



**UNIVERSIDAD  
ANDRÉS BELLO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**ASIGNATURA DE SALUD PÚBLICA Y**  
**ODONTOPEDIATRÍA**

Ansiedad del niño, de su tutor, del operador y el comportamiento que presenta el paciente en la clínica odontopediátrica.

Trabajo de Investigación para optar al Título de Cirujano-Dentista.

Alumno:

Licenciada Daniela Díaz Pérez

Licenciada Paulina Gaete Araya

Tutor Principal:

Dr. Alfredo Cueto Urbina

VIÑA DEL MAR – CHILE

NOVIEMBRE – 2016

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. ANSIEDAD.....	10
2.1.1. Ansiedad en odontología .....	11
2.1.2. Ansiedad y miedo .....	12
2.1.3. Ansiedad en los agentes que participan en el tratamiento .....	13
a) Ansiedad de los niños en la clínica odontológica.....	13
b) Ansiedad del tutor en la atención odontopediátrica .....	15
c) Ansiedad del Operador .....	15
2.1.4. Instrumentos de medición de ansiedad .....	17
Medición de Ansiedad en el Operador .....	20
2.2. EL COMPORTAMIENTO .....	21
2.2.1. Manejo del comportamiento .....	22
2.2.2. Clasificación de Comportamiento FRANKL.....	23
2.2.3. Factores que podrían estar influyendo en el comportamiento del niño 25	
a) Apego .....	25
b) Inteligencia Emocional .....	25
c) Tipo de Crianza .....	26
2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	27
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....	29
3.1. OBJETIVO GENERAL: .....	29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	29
4. MATERIAL Y METODOLOGÍA .....	30
4.1. CONSIDERACIONES Y CRITERIOS PARA DEFINIR EL ESTUDIO .....	30
a) Diseño de estudio: .....	30
b) Población de estudio:.....	30
c) Cálculo de tamaño muestral: .....	30

d) Selección de la muestra:.....	31
e) Criterios de Inclusión: .....	31
f) Criterios de Exclusión: .....	32
g) Diagrama de flujo de selección de la muestra .....	33
4.2. VARIABLES EN ESTUDIO .....	34
4.2.1. Variable dependiente: Comportamiento del Niño .....	35
4.2.2. Variables independientes: Ansiedad .....	37
a) Ansiedad del tutor .....	37
b) Ansiedad del niño .....	38
c) Ansiedad del operador.....	39
4.3. IMPLICANCIAS ÉTICAS, BIOSEGURIDAD Y OTROS. ....	41
4.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	43
4.5. ANÁLISIS INFERENCIAL .....	43
5. RESULTADOS .....	44
5.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	44
5.1.1. Edad de los Pacientes.....	44
5.1.2. Comportamiento del paciente.....	45
5.1.3. Ansiedad del Paciente.....	49
5.1.4. Ansiedad del Tutor .....	50
5.1.5. Ansiedad del Operador.....	53
5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL .....	55
5.2.1. Regresión logística .....	57
6. DISCUSIÓN .....	61
7. CONCLUSIONES.....	68
8. BIBLIOGRAFÍA .....	69
9. ANEXOS .....	74
9.1. Anexo 1: Planificación Carta Gantt .....	74
9.2. Anexo 2: Consideraciones éticas en el protocolo.....	75
9.3. Anexo 3: Criterios Éticos aplicados al Consentimiento Informado .....	77
9.4. Anexo 4: Carta Certificación comité de ética .....	78

9.5.	Anexo 5: Carta de certificación para proceder con las encuestas .....	79
9.6.	Anexo 6: Consentimiento Informado del Tutor .....	80
9.7.	Anexo 7: Consentimiento Informado del Operador .....	81
9.8.	Anexo 8: Asentimiento Informado .....	82
9.9.	Anexo 9: Asentimiento Informado para niños analfabetos .....	83
9.10.	Anexo 10: Escala de Evaluación del Comportamiento del Niño .....	84
9.11.	Anexo 11: Encuesta de Corah Modificada.....	85
9.12.	Anexo 12: Escala de Valoración para la Ansiedad del Niño .....	86
9.13.	Anexo 13: Encuesta para valorar la Ansiedad del Operador .....	87
9.14.	Anexo 14: Encuesta de Calibración para Alumnos de V año.....	89
9.15.	Anexo 15: KAPPA.....	91
9.16.	Anexo 16: Criterio de Exclusión .....	92

Colaboradores:

- Dr. Alfredo Cueto Urbina.
- Dra. Beatríz Beytía Caillaux.
- Mg. Sebastián Espinoza.
- Ing. Edgardo Torres Guzmán.

*Agradecimientos:*

*A Dios por guiarnos y cuidarnos en cada momento.*

*A nuestros padres por apoyarnos en todos estos años de carrera.*

*A nuestros novios, Mauricio y Edgardo por estar siempre.*

*A nuestros hermanos por protegernos.*

*A las funcionaras de la Universidad que nos ayudaron cuando lo necesitamos.*

*A nuestros amigos que pudieron ver la realidad de la carrera sin prejuicios.*

*A nuestros tutores por revisar cada paso de este trabajo.*

## 1. INTRODUCCIÓN

En odontología es de suma importancia entender los factores que pueden influir en el comportamiento del paciente en la consulta dental. El éxito de un tratamiento odontológico depende de diversos elementos, como la habilidad del profesional para conseguir la cooperación por parte del niño. Por ello son necesarios los conocimientos centrados en el desarrollo emocional y en el manejo de la conducta del grupo etario de trabajo. Esta necesidad adquiere una mayor relevancia por tratarse de pacientes pediátricos.

A veces el odontólogo se ve enfrentado a niños desadaptados o no colaboradores, en donde se hace decisivo establecer desde el principio una relación de confianza entre el clínico con el paciente pediátrico, y con el tutor del paciente. Por ello la aplicación de técnicas de psicología en odontología, en el caso de pacientes pediátricos, en especial pacientes desadaptados, va a facilitar la relación niño-profesional y a la vez mejorará la relación familia-profesional.

Se estima que a nivel mundial existe una prevalencia entre el 5% y 40 % (1) de ansiedad en pacientes en edad escolar, siendo el origen, en la mayoría de los casos, del comportamiento negativo (2).

Así pues, la ansiedad frente a la atención dental infantil y un mal comportamiento durante la atención odontológica es un obstáculo en el tratamiento dental del niño, pudiendo afectar finalmente la óptima resolución de sus problemas de salud bucal.

El manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación únicamente de determinadas técnicas en situaciones específicas; son muchas las variables que pueden influir de un paciente a otro, incluso de una cita a otra. Por ello, el manejo del comportamiento del infante es un componente clave para el éxito en odontopediatría.

Un comportamiento negativo o desadaptación del niño puede estar condicionado por niveles de ansiedad por parte del infante, el tutor de éste y/o el prestador de la salud, que en este proyecto de investigación será un estudiante de Odontología de 5ª año.

El presente trabajo pretende evaluar si la presencia de ansiedad dental del tutor, ansiedad rasgo o ansiedad estado del operador y/o ansiedad del paciente previo a la atención, condiciona un mal comportamiento en la atención odontológica.

A nivel nacional faltan estudios que observen la ansiedad del tutor, la ansiedad del niño y del operador en relación al comportamiento que el infante presente en el sillón. Este estudio comunica aspectos de ciencias del comportamiento y odontopediatría en un aspecto específico, sin



embargo podría abrir nuevas interrogantes y de esta forma poder orientar el manejo del paciente pediátrico observando al odontólogo, al niño y el entorno que lo rodea.

El objetivo de este estudio es relacionar la ansiedad del operador, del tutor y del paciente pediátrico con la evaluación del comportamiento que presenta el niño en el sillón dental por parte del operador.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANSIEDAD

En términos generales la ansiedad se podría definir como un estado emocional displacentero que es acompañado de reacciones fisiológicas, cognitivas y comportamentales (3).

La palabra ansiedad proviene del latín “*anxietas*”, que significa congoja o aflicción. Horacio la define como “un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se evidencia como una amenaza inminente” (4). La ansiedad es una respuesta emocional (sentimientos de miedo, aprensión, tensión, inquietud) y /o respuesta fisiológica (transpiración, inquietud, tenso, taquicardia) a causas conocidas o desconocidas que puede variar de una reacción normal a una disfunción extrema (indicativo de un desorden de ansiedad) (5). Freud hace distinción entre ansiedad real y ansiedad neurótica, sugiere que la ansiedad real es bastante racional y observó que el susto y otras reacciones estarían asociadas a situaciones peligrosas externas a diferencia de la ansiedad neurótica en donde las situaciones peligrosas no son externas, son internas y representan un peligro a su persona; en respuesta a este peligro interno el individuo se pone ansioso (6).

Cabe destacar que la ansiedad, siendo considerada en el campo de la psicología como una emoción, tiene tres dimensiones: fisiológica, cognitiva y conductual, siendo conocido también como el “Modelo Tripartito de la Ansiedad de Lang” (4). Las emociones se caracterizan por una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por la facilitación de determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas. Un acercamiento al estudiar la ansiedad es entenderla como un constructo multidimensional, por lo que realizar mediciones de ella y del comportamiento reflejan diferentes ámbitos de la ansiedad (5).

#### 2.1.1. Ansiedad en odontología

La ansiedad dental denota un estado de temor de que algo terrible va a suceder en relación con el tratamiento dental, y se combina con un sentido de perder el control. Se presenta sobre todo en pacientes que han desarrollado un temor específico hacia algún procedimiento. La ansiedad se desarrolla por causa multifactorial, y consiste en síntomas somáticos, cognitivos y elementos emocionales (7).

La ansiedad dental presenta una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos (1), siendo un fenómeno "sumamente extendido" en el Reino Unido (8). En Sudamérica, estudios dan cuenta de tasas del 34,7% en preescolares (9), mostrando a su vez que los padres de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental (41,1%) (1). A nivel mundial se testimonia en la literatura que la prevalencia de ansiedad dental en niños y adolescentes oscila entre 5 y 40% (1).

En el ámbito odontológico, la ansiedad dental es uno de los factores más relevantes a considerar en la atención de un paciente, ya que interviene enormemente entorpeciendo tanto la adherencia al tratamiento.

### 2.1.2. Ansiedad y miedo

La ansiedad y el miedo se consideran una de las mayores barreras en la atención odontopediátrica, por lo que esto debe ser eliminado para que no se desarrolle la fobia al dentista (10).

El miedo en la atención odontopediátrica se define como un estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, que va asociado a una situación de desconocimiento o de inseguridad. Es muy frecuente la presencia de miedo en los pacientes de menor edad, especialmente cuando asisten por primera vez a la consulta y desconocen por completo el ambiente, así como al odontólogo y al personal auxiliar (11).

La intensidad de la ansiedad es más fuerte que el miedo. La diferencia entre ansiedad y miedo radica en que la primera tiene características irreales, su intensidad y duración es amplificadas y puede llegar a desarrollar un estado de pánico o fobia. En cambio, el miedo se forma y se define a medida que el niño empieza a entender, aceptando la realidad de peligro y riesgos. El miedo en el niño es basado en conocimiento adquirido desarrollando conocimientos y experiencias. La ansiedad dental es adquirida a temprana edad y es relativamente común en adolescentes y adultos (12).

El tema del miedo y la ansiedad dental ha sido estudiado extensamente, y presenta un problema importante para los pacientes y los dentistas. Una proporción considerable de la población está preocupada por el tratamiento dental, y se reconoce que este factor puede actuar como una barrera para tener acceso a la atención odontológica. Otros autores hablan como el miedo o ansiedad puede influir en la presencia de un mal comportamiento, el cual se puede modificar poniendo en práctica técnicas como “decir, mostrar, hacer” (13).

### 2.1.3. Ansiedad en los agentes que participan en el tratamiento

Tal y como se planteará en la pregunta de investigación, se buscará entender y evaluar la presencia de ansiedad en los tres agentes que participan en la atención dental, esto es el niño (o paciente), el tutor y el operador.

#### a) Ansiedad de los niños en la clínica odontológica

La ansiedad en niños es de tipo neurótica, un peligro interno que podría estar asociado al miedo de perder a su madre y a herirse (14). De este modo la ansiedad dental que presenta el niño es consecuencia de una amenaza, de un peligro interno basado en las percepciones del niño y en la imaginación conectada con el tratamiento dental (15). En niños entre 6-11 años de edad se cataloga el sonido de la turbina dental como principal factor desencadenante y, de forma secundaria, la espera en la sala de recepción de la consulta dental (8).

El tratamiento de las enfermedades más prevalentes en los niños debe ser seguro y efectivo, y usualmente requiere de la modificación y adaptación del

comportamiento del niño. La orientación del comportamiento es un continuo de interacciones que involucra al odontólogo y equipo dental, al paciente, y al cuidador, dirigido hacia la comunicación y educación. Entre las metas que tiene la “Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient” (16) de comportamiento del paciente pediátrico es que el odontólogo pueda establecer una buena comunicación, aliviar miedo y ansiedad, entregar cuidados dentales de calidad, construir una relación de confianza y promover una actitud positiva del niño hacia los cuidados de salud oral/dental (17).

Los niños reaccionan de manera diferente ante el tratamiento dental, es importante examinar el rol funcional de la familia, diadas madre-hijo, desarrollo psicológico y experiencias de vida del niño. La transmisión familiar es otra causa importante de ansiedad dental, evidenciándose una relación entre la ansiedad dental de padres y niños. Lara, Crego y Romero-Maroto comprobaron la importante correlación entre ansiedad dental familiar y la de los niños, identificando el rol mediador de la ansiedad dental del padre sobre la relación entre la ansiedad de la madre y del niño, concluyendo la influencia de todos los miembros de la familia en este fenómeno (18).

Es fundamental que tanto el odontólogo general como el odontopediatra sea capaz de reconocer a un paciente que está en estado de ansiedad. Éste estado psicológico en ciertos casos puede llegar a presentar síntomas físicos donde se puede encontrar un paciente sudoroso, con taquicardias, que parece cansado,

con cambios de conducta y tensión muscular, entre otros (19).

#### b) Ansiedad del tutor en la atención odontopediátrica

Se han encontrado altas tasas de prevalencia de ansiedad por parte del tutor. De 90 pacientes estudiados por Araya (20) se encontró que el 76,4% de los tutores presenta algún grado de ansiedad frente a la consulta odontológica del niño(a), de los cuales el 88,45% califican una experiencia dental previa como desagradable.

En la Clínica de Odontopediátrica de la Primera Infancia de la Universidad de São Paulo (USP/SP) y en el curso de especialización en Odontopediatria de la Asociación brasileña de educación odontológica de Sao Paulo (ABENO/SP), se encuestaron 100 madres, cuyos hijos eran atendidos. Los resultados obtenidos mostraron que 52% de las madres presentaban baja ansiedad, 23% ansiedad moderada, 21% se presentaban sin ansiedad y 4% con ansiedad considerada alta (21).

#### c) Ansiedad del Operador

Aparte de la ansiedad propia del niño y del cuidador hacia la atención dental, se agrega la que presenta el estudiante al enfrentarse por primera vez o en sus primeras veces a la atención de un paciente infantil.

La ansiedad, al igual que la depresión, es uno de los trastornos psicológicos más registrados en los centros de salud en población general y con mayor presencia en el ámbito universitario (22). La mayoría de los estudiantes de pregrado se

encuentran en la etapa de adolescencia tardía, fase de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que demandan del joven estrategias de afrontamiento que le permitan consolidar su identidad, autonomía y éxito personal y social; esta fase es importante para el logro de comportamientos saludables, que disminuyan riesgos y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante la adolescencia y en el transcurso de la adultez (23).

En el ambiente universitario se ponen a prueba competencias y habilidades para alcanzar los objetivos durante el periodo de formación profesional, sometiendo continuamente al estudiante a una gran carga de exigencias académicas, nuevas responsabilidades, evaluaciones, presiones familiares, económicas y sociales, que al interactuar con factores identificados como de riesgo para la presencia de ansiedad y depresión (como el género, antecedentes familiares y personales de depresión, diagnóstico de enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres y el consumo de alcohol), pudieran causar eventualmente un deterioro en su salud mental (23).

Un significativo número de estudiantes, sobre todo de los últimos cursos, se enfrentan a situaciones que pueden tener impacto negativo en la salud mental y favorecer la aparición de ansiedad patológica (22). Estudios demuestran que el aumento de los niveles de ansiedad se relaciona con el avance curricular al enfrentarse a situaciones de mayor complejidad (24). La odontología está catalogada como una de las profesiones más estresantes (22). Las raíces de esta



tensión podrían tener su origen en el transcurso del proceso educativo, ya que éstos experimentarían altos niveles de ansiedad o estrés durante su entrenamiento (25).

En Estados Unidos se ha observado que los estudiantes de odontología presentan niveles de ansiedad cercanos a pacientes que acuden a terapia psiquiátrica. Además ha sido frecuente observar mayor nivel de estrés en estudiantes de pregrado que en recién titulados, patrón que probablemente refleja la naturaleza de la carrera de odontología en pregrado (25).

#### 2.1.4. Instrumentos de medición de ansiedad

Existen muchas técnicas para evaluar ansiedad dental y problemas de comportamiento, incluyendo calificaciones de éste por observadores directos durante el tratamiento dental, reportes de la ansiedad dental por el niño o su acompañante usando escalas psicométricas, mediciones psicológicas y técnicas proyectivas (11).

Escalas para medir ansiedad:

- Para valorar la ansiedad general: Anxiety Inventory for Children (STAIC).

- Para valorar la ansiedad dental existen escalas como: *Facial image scale* (FIS), *Corah's Dental Anxiety Scale* (C-DAS) , *The Smiley Faces Program* (SFP), *Dental Anxiety Scale* (DAS), *A modified dental anxiety scale for children* (CDAS), *Escala de Venham* (VPT) o *The Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDAS) (7).
- La evaluación del miedo dental se puede registrar mediante escalas como: *Escala de evaluación del miedo dental en niños* (CFSS-DS) (IV), *Dental fear survey* (DFS), *The Dental Cope Questionnaire* (DCQ).

La escala de ansiedad de Corah toma la forma de un cuestionario auto administrado consistente en 4 ítems, cada uno de los cuales tiene cinco alternativas. Usando la escala, el rango de puntuación total va desde 4 puntos (no ansioso) a 20 puntos (extremadamente ansioso). La escala fue desarrollada en adultos, y aún no ha sido demostrado que su uso sea adecuado para aplicar en niños (26). Otras mediciones incluyen el Test Pictórico de Venham ó VPT, que consiste en 8 dibujos que muestran un niño tranquilo y uno ansioso. El puntaje del niño representa el número de veces que el paciente elije al miembro ansioso de cada par de dibujos. Por lo tanto, los puntajes pueden variar de 0 a 8 puntos (27). Existe, sin embargo, una escala psicométrica que ha sido ampliamente utilizada en la investigación odontopediátrica: la Subescala Dental del programa de encuesta del miedo infantil o Children's Fear Survey Schedule Dental-Subscale (CFSS-DS). Se considera que funciona bien en base a grupos, pero no

ha sido evaluada como herramienta diagnóstica en un nivel individual. La CFSS-DS consiste en 15 ítems con puntuación que van desde 1 (no tiene miedo en absoluto), a 5 (muy asustado), con un puntaje total desde 15 a 75 como rango, y con un puntaje igual o mayor a 38 se define como dentalmente ansioso. Actualmente la prueba es usada en dos versiones: el auto-reporte del niño y la versión para padres (11). Ha mostrado buenas propiedades psicométricas, aunque su uso en la clínica dental previo al tratamiento no es apropiado ya que incluye algunos elementos irrelevantes como “tener que ir al hospital”, cuando la mayoría de los pacientes no son tratados en un hospital. Más aún, la escala con 15 ítems puede ser muy larga y el niño pierda su interés a medida que se completa (28). Existe también una versión modificada de la escala de ansiedad dental para niños, o MCDAS, creada a partir de la escala de ansiedad dental de Corah, que presenta 8 preguntas que evalúa sobre procedimientos dentales específicos. En este sentido se asemeja a CFSS-DS, que también presenta procedimientos en específico al niño. Otros autores han complementado esta encuesta con una versión de figuras representativas de caras para que sea más fácil la respuesta del niño, pero manteniendo las 8 preguntas iniciales (29). Al igual que la CFSS-DS, se basa en procedimientos dentales específicos por lo que ambas tienen preguntas que los niños podrían no haber experimentado, o posiblemente podrían no entender, como por ejemplo “raspado y pulido coronario”, o incluso, “diente extraído” (28). También usando figuras representativas de caras, pero de forma más sencilla, Buchanan y Niven (27)

desarrollaron la Escala de imagen de caras o Facial Image Scale (FIS). Esta consiste en una fila de cinco caras clasificadas desde “muy feliz” a “muy triste”. Durante su desarrollo los autores evaluaron su aplicabilidad comparándola con otro instrumento psicométrico, mediante su grado de correlación. Obtuvieron una fuerte correlación entre VPT y FIS ( $r= 0.7$ ,  $n=100$ , 16 P).

La escala de ansiedad de Corah (C-DAS) está considerada como una de las “escalas de oro” para valorar la ansiedad dental (7). La escala FIS es fiable para la valoración de la ansiedad dental en niños muy pequeños, superando las desventajas de la escala VPT que carece de imágenes de sexo femenino, lo cual hace que la infanta no se sienta representada a través de las ilustraciones.

### Medición de Ansiedad en el Operador

La Ansiedad-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientes percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Es un sentimiento momentáneo, es el ahora. (24)

La Ansiedad-Rasgo, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder ante situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad Ansiedad-Estado. Calidad más estable y relativamente permanente. (24)

Según Spielberger aun cuando este inventario se construyó para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, se ha demostrado que también es útil en la medición de ella en estudiantes de secundaria y universitarios (25).

El instrumento de evaluación IDARE consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente (para la escala Ansiedad-Rasgo) y de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten en ese momento (para la escala Ansiedad-Estado). Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad.

Los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala Ansiedad-Estado son: 1. No en lo absoluto; 2. Un poco; 3. Bastante; y 4. Mucho. En la escala Ansiedad-Rasgo son: 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Frecuentemente; y 4. Casi siempre.

## 2.2. EL COMPORTAMIENTO

El comportamiento humano es el conjunto de actos exhibidos por el hombre y está determinado por absolutamente todo el entorno en que se vive; tiene influencias sociales, es decir, viene de los valores culturales, los valores de la persona, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la persuasión, la coerción

e influencias propias de cada individuo. El odontólogo suele distinguir los problemas de comportamiento mejor que la ansiedad dental. Los problemas de manejo de comportamiento son los que el dentista puede observar, mientras que el miedo o ansiedad dental es lo que el paciente siente (7).

### 2.2.1. Manejo del comportamiento

El manejo de conducta durante el tratamiento odontológico consta de técnicas no farmacológicas, como la adecuación, la modelación, el decir-mostrar-hacer, la comunicación no verbal, la distracción y el control de voz. Otras medidas incluyen el uso de restrictores físicos y, finalmente, las técnicas farmacológicas como la sedación consciente y la anestesia general, las cuales se deben considerar como últimas opciones coadyuvantes del tratamiento (30).

El manejo comunicativo para el paciente puede ser usado universalmente en los distintos estilos de crianza que puede presentar el niño. Sin embargo, se necesitan técnicas adicionales para niños con padres permisivos y padres autoritarios. Una percepción negativa hacia el tratamiento por parte del paciente se asocia comúnmente a niños de la categoría de crianza permisiva, resultando un comportamiento no cooperativo y peligroso, como en los pacientes con movimiento de pies y manos en el sillón dental, que requieren restricciones físicas adicionales por parte de los padres (31).

Rapee (32) hace referencia a que los padres de niños ansiosos tienden a presentar una conducta controladora, de rechazo y sobreprotección hacia sus hijos. Estudios recientes han encontrado que si un adulto presenta ansiedad y no la controla esta podría influir en el tipo de crianza que tiene sobre sus hijos, caracterizada por sobreprotección y en menor grado falta de atención y calidez (32).

El comportamiento suele relacionarse con la actitud de los padres. Los padres pueden culpar a otros adultos de que jueguen un papel de supervisión o autoridad, y se sienten inconformes cuando se usan técnicas como mano sobre boca o algún tipo de restrictor físico con sus hijos (33).

### 2.2.2. Clasificación de Comportamiento FRANKL

El dentista en la práctica general debe reconocer el tipo de paciente al que va a atender y para esto es útil la clasificación de Frankl (33).

La clasificación de Frankl es simple y objetiva, es una escala que permite de manera sencilla clasificar el comportamiento del niño. Ha sido ampliamente usada en el mundo en trabajos de investigación; en Chile en estudios de la Universidad de Concepción (32) y Universidad de Chile (20).

La escala de valoración del comportamiento de Frankl (34) consiste en cuatro puntajes/estamentos en los cuales el odontólogo debe clasificar el comportamiento del niño. El puntaje 1 corresponde a “Definitivamente Negativo:

rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera”; el puntaje 2 corresponde a “Negativo: Acepta el tratamiento con mucha dificultad, se muestra arisco y/o lejano y ausente”. Estas dos se consideran como malos comportamientos o baja cooperación durante la atención. El puntaje 3 corresponde a “Positivo: acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso”; y el puntaje 4 a “Definitivamente Positivo: ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento” (34).

Existen otros instrumentos, como la escala de Venham (11) que consiste en una escala de clasificación de seis estamentos, con puntuaciones del 0 al 5, en que 0 es la total cooperación y 5 es una protesta general sin cooperación (35). Además de las escalas especificadas, muchos estudios han usado registros dentales y diseños retrospectivos que han quedado como registro en la ficha clínica, que expresan claramente la existencia de comportamientos disruptivos severos que resultan en retraso del tratamiento o frustrando la terapia (11). De forma similar, se utiliza la grabación de video del comportamiento del niño o del audio, para luego ser evaluados por esquemas de codificación, tal como los 11 estudios que revisaron Zhou y colaboradores (36).

Estudios recientes demuestran que en aquellos procedimientos en donde no se presenta dolor o es muy leve, el paciente presenta un buen comportamiento en base a la escala conductual de FRANKL (37).



### 2.2.3. Factores que podrían estar influyendo en el comportamiento del niño

Existen distintos factores que influyen el desarrollo emocional y cognitivo del niño y por tanto en su comportamiento, tales como apego, inteligencia emocional y el tipo de crianza, que han sido estudiados para encontrar respuesta al comportamiento que el niño presenta.

#### a) Apego

Partiendo de la base, los lactantes forman fuertes vínculos iniciales con ambos progenitores, sobre todo cuando han tenido un contacto regular y constante con ellos desde el nacimiento. Cuanto más fuerte sea el apego inicial mayor será la influencia que el padre ejerza más tarde sobre la socialización posterior (38).

#### b) Inteligencia Emocional

La inteligencia emocional se refiere a una habilidad de reconocer el significado de las emociones y sus relaciones, razonar y solucionar problemas sobre esta base. Existe evidencia preliminar de que el comportamiento del niño en la consulta dental está relacionado con la inteligencia emocional de la madre (31). La forma en que la inteligencia emocional de las madres influye el comportamiento del niño en la consulta dental puede estar influenciada por la habilidad del niño para manejar condiciones estresantes; niños con madres con mayor inteligencia emocional tendrían un mejor comportamiento en la atención dental (39). Los padres les facilitan a sus hijos las competencias emocionales a

través del modelo que les proveen sobre expresión y regulación de las emociones; sus reacciones a las emociones de los niños; sus discusiones y enseñanzas sobre emociones con otros niños; y los contextos emocionales a los cuales exponen a sus hijos. Se sugiere que la inteligencia emocional de los padres, por ejemplo, relaciones interpersonales, control de impulsos, solucionar problemas, asertividad y otros componentes se transmiten a sus hijos principalmente en la interacción diaria. Se destaca la importancia de la crianza temprana y, por supuesto, la inteligencia emocional como una fuente de acciones, sentimientos y del desarrollo emocional reflexivo inicial en los niños (31).

#### c) Tipo de Crianza

Existe evidencia que el desarrollo cognitivo en los niños y que las reacciones del niño frente a procedimientos restauradores dentales están influenciados por el tipo de crianza que recibe por parte de sus padres o cuidador. Existen cuatro tipos de crianza: autoritativa, autoritaria, permisiva y negligente. Una crianza autoritativa se define como un estilo que utiliza la calidez y cercanía al niño mientras que al mismo tiempo mantiene control firme sobre el comportamiento del mismo. El tipo de crianza autoritaria se define como un estilo de crianza estricto donde se utilizan técnicas potentes que incluyen castigos físicos, órdenes y gritos mientras carece de calidez y comunicación. En la crianza permisiva los padres son permisivos caracterizándose por tener poco control sobre los niños mientras muestran gran calidez hacia ellos. El cuarto estilo de crianza, llamado

negligente, se caracteriza por baja calidez y bajo control, algunas veces está referido como no involucrado y enfatiza el desapego emocional por parte de los padres. Estos padres tienden a mantener a sus hijos distantes, respondiendo las demandas de los niños solo para mantenerlos tranquilos (31).

Las actitudes y emociones de los padres tienen profundos efectos en el desarrollo emocional de los niños. Estudios sugieren que padres no responsables tienen niños que no enfrentan de forma adaptada las situaciones de estrés y experimentan interacciones reducidas en actividades sociales (39).

Se infiere entonces que el comportamiento del niño en el entorno odontológico es un fenómeno multifactorial. Varios factores, incluyendo características psicológicas y comportamentales, temperamento, nivel socio-económico, y edad, afectan el comportamiento del niño en diferentes situaciones clínicas dentales (17).

### 2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Muchas veces en el actuar odontológico en el área pediátrica el operador se enfrenta a niños ansiosos y que no tienen un buen comportamiento. Además su cuidador no demuestra ser un factor coadyuvante para el tratamiento.

**Previo a la atención odontológica, ¿La presencia de ansiedad del niño, tutor y/u operador se relaciona con un mal comportamiento del paciente en la atención odontopediátrica?** El estudio a realizar busca responder la

incertidumbre si la ansiedad del niño, tutor y/u operador se encuentran presentes cuando un niño presenta un mal comportamiento durante un tratamiento invasivo en la atención dental, en la clínica de la cátedra de odontopediatría, Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar. Se entenderá como tratamiento invasivo cuando el operador ocupe instrumentos como turbina, micromotor, piezoeléctrico y/o anestesia.

## 3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### 3.1. OBJETIVO GENERAL:

Relacionar el comportamiento del paciente pediátrico durante el tratamiento odontológico con el nivel de ansiedad que experimenta el niño, su tutor y el operador.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir niveles de ansiedad del niño, del tutor y del operador.
- Medir el comportamiento del niño en la atención odontopediátrica.
- Relacionar la ansiedad dental en el tutor y el tipo de comportamiento del paciente pediátrico.
- Enlazar la experiencia odontológica anterior del tutor y el tipo de comportamiento del paciente pediátrico.
- Relacionar la ansiedad del niño con su comportamiento en la atención odontológica.
- Relacionar tipo de tratamiento realizado con el comportamiento del paciente pediátrico.
- Vincular edad de paciente y el tipo de comportamiento de éste.
- Referir la ansiedad del operador con el nivel de comportamiento del paciente pediátrico.

## 4. MATERIAL Y METODOLOGÍA

### 4.1. CONSIDERACIONES Y CRITERIOS PARA DEFINIR EL ESTUDIO

- a) **Diseño de estudio:** descriptivo de tipo transversal.
- b) **Población de estudio:** preescolares (3-6 años) y escolares (7-12 años) en tratamiento de carácter invasivo, atendidos en la Clínica Odontológica UNAB 2016, cátedra de Odontopediatría.
- c) **Cálculo de tamaño muestral:** El tamaño muestral se calculó utilizando las herramientas estadísticas asociadas a los intervalos de confianza que se manejarán para los probables resultados. Se tomará por supuesto que el universo de niños se comportará de manera normal. Se considerará la prevalencia de niños con mal comportamiento en base al estudio "Influencia de la ansiedad dental del acompañante en el comportamiento de niños 4 a 10 años durante su atención odontológica en CESFAM San Pedro, período Mayo a Julio de 2014" (20).

Fórmula para Tamaño muestral en estudios de prevalencia:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{d^2}$$

*Ecuación 1: Cálculo de tamaño muestral para el estudio. (20)*

- $n$  = el tamaño de la muestra.
- $Z$  = valor relacionado a los niveles de confianza que se asumirán en la muestra. Se asumirá un error de tipo I de 5% por lo que, de acuerdo a la tabla de distribución de probabilidad del estadístico  $Z$ , equivale a 1,96.
- $p$  = prevalencia en la bibliografía. En el estudio de la Universidad de Concepción (20) el 18% de los niños presentaron mal comportamiento en general. Se considera 0.18 de prevalencia.
- $q = (1-p)$
- $d$  = Límite aceptable de error muestral. Nuevamente de acuerdo a los estándares de la distribución estándar se asumirá un valor de 0,05.
- Tomando en consideración lo anteriormente expuesto se puede calcular el tamaño muestral como:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,18 * (1 - 0,18)}{0,05^2} = 56.58 = 57 \text{ niños}$$

*Ecuación 2: Resultado del cálculo muestral para el estudio. Elaboración propia.*

Por lo tanto se deberá evaluar mínimo 57 niños.

d) Selección de la muestra: agrupación casual.

e) Criterios de Inclusión:

- Niños que sean atendidos en la clínica de la cátedra de odontopediatría Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar, año 2016.
- Niños en edad preescolar y escolar.
- Niños acompañados con sus padres o el tutor a cargo mayor de edad.

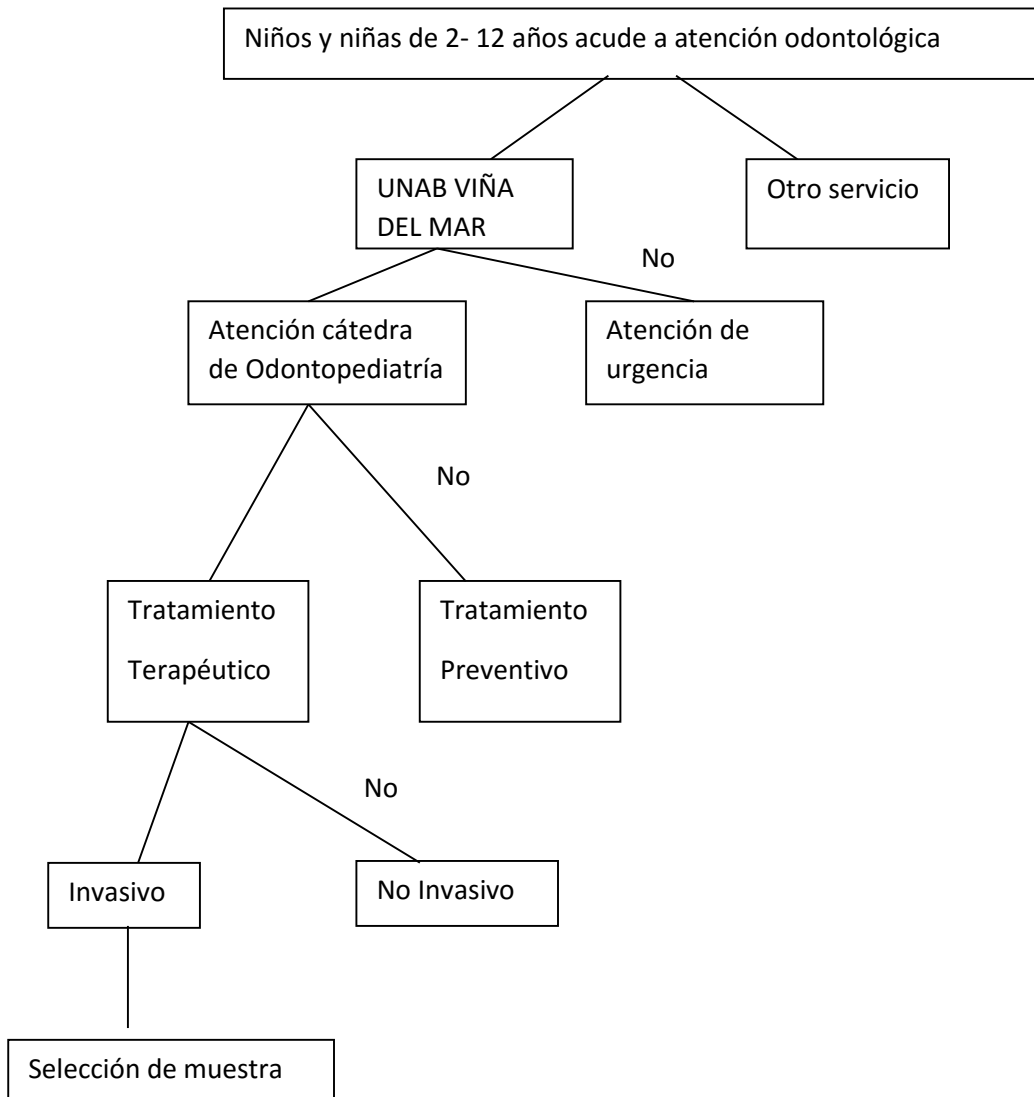
- Niños a los que se les realizará una restauración directa de sellantes, resina compuesta o cemento ionómero de vidrio.
- Niños a los que se les realizará exodoncia o tratamiento pulpar.
- Niños a los que se les realizará destartraje.

f) **Criterios de Exclusión:**

- Niños que presenten alguna discapacidad cognitiva, según Ley criterios de exclusión a los pacientes incapacitados psíquico e intelectualmente para participar en proyectos de estudios científicos (Ley 20.584, Título II, párrafo 8º, artículo 28; incluida en el Anexo 9.16).



g) Diagrama de flujo de selección de la muestra



Los pacientes a estudiar que acudan a la Cátedra de Odontopediatría de la UNAB, sede Viña del Mar, deben estar acompañados de tutores mayores de edad, para firmar los consentimientos informados incluidos en las fichas de la

Universidad. Previo al ingreso a la atención odontológica se encuestó al paciente, al tutor y al operador para evaluar ansiedad.

Los operadores fueron instruidos para calificar el comportamiento que presentó el niño según la escala de Frankl. Posterior al tratamiento invasivo (uso de turbina, micromotor, piezoeléctrico y/o anestesia) se pedirá al operador ya calibrado que califique el comportamiento del paciente.

#### 4.2. VARIABLES EN ESTUDIO

En este estudio se tomaran ocho variables.

Variable	Dimensiones	Tipo de variable	Definición Conceptual	Instrumento	Definición Operacional
<b>Comportamiento del niño</b>	Conductual	Ordinal	Valoración del nivel de conducta.	Escala de valoración de la conducta de FRANKL.	Tipos de comportamiento: 1-Definitivamente negativo 2-Levemente negativo 3- Positivo 4-Definitivamente positivo
<b>Ansiedad del niño</b>	Cognitiva	Ordinal	Valoración del nivel de ansiedad frente a la atención dental de acuerdo a cómo se siente el niño en ese momento.	Escala de FIS (Facial Image Scale).	Cinco caras que van de mucha felicidad a mucha infelicidad:  1-Muy feliz 2-Feliz 3-Indiferente 4-Triste 5-Muy triste  *4 y 5: se consideran ansiedad dental.

Variable	Dimensiones	Tipo de variable	Definición Conceptual	Instrumento	Definición Operacional
<b>Edad del niño</b>	No aplica	Cuantitativa	Observación de la cantidad de años que tiene el niño.	Encuesta del operador al paciente	Años entre 3 y 18.
<b>Ansiedad del tutor</b>	Cognitiva	Ordinal	Valoración de nivel de ansiedad frente a la atención dental de acuerdo a cómo se siente el apoderado en ese momento.	MDAS (Escala de Norman Corah)	Puntaje 0-20: 0-4- sin ansiedad 5-9- baja ansiedad 10-14- ansiedad moderada 15-20- ansiedad alta
<b>Sexo del tutor</b>	No aplica	Cualitativa dicotómica	Descripción del género del tutor	Encuesta al tutor	Género Masculino o Femenino
<b>Experiencia odontológica anterior del tutor</b>	Cognitiva	Categoría ordinal	Valoración de la experiencia odontológica anterior del tutor ante la atención dental.	Encuesta al tutor	Selección múltiple : A- Excelente B- Buena C- Regular D- Mala
<b>Ansiedad del operador</b>	Cognitiva	Ordinal	Valoración de la ansiedad estado y rasgo del operador	Inventario IDARE	Nivel de ansiedad estado: Bajo: 20<30 Medio: 30-44. Alto: >44  Nivel de ansiedad rasgo: Bajo: 20<30 Medio: 30-44. Alto: >44
<b>Tratamiento odontológico aplicado</b>	No aplica	Categoría	Tipo de tratamiento aplicado al paciente	Encuesta al operador	Tipos de tratamiento: - Ionómero de vidrio - Resina compuesta - Destartraje - Tratamiento pulpar - Exodoncia

Tabla 1: Variables en estudio. Elaboración propia.

#### 4.2.1. Variable dependiente: Comportamiento del Niño

Esta será la variable dependiente ordinal. El comportamiento del niño medido a través de la escala de FRANKL, que es politómica.

Esta escala que se detalla a continuación tiene cuatro categorías:

- Definitivamente Positivo (Frankl 4): ríe, coopera disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.
- Levemente Positivo (Frankl 3): acepta el tratamiento con cautela. Obedece y se encuentra ansioso.
- Levemente Negativo (Frankl 2): acepta tratamiento con dificultad, se muestra arisco o lejano y ausente.
- Definitivamente Negativo (Frankl 1): rechazo total del tratamiento, grita, llora, no coopera.

El nivel Frankl 2 y Frankl 1 se considera mal comportamiento, así como Frankl 3 y Frankl 4 se considera buen comportamiento. Esta escala se realizará por el operador que realiza la atención odontológica (11). Para la calibración de los operadores se les instruyó sobre la escala de Frankl. Luego se les presentaron 10 casos tipo (Anexo 9.14) para ser evaluados de acuerdo a esta escala. Se consideró calibrado al operador que obtuvo un resultado de Kappa > 0.8. De 51 alumnos que cursan Odontopediatría, 51 calificaron para ser considerados operadores calibrados.

#### Escala de Valoración de la conducta de Frankl

**Instrucciones:** Evalúe el comportamiento del niño, durante la atención dental, de acuerdo a la siguiente pauta.

Categoría	Conducta
1 Definitivamente negativo	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera
2 Negativo	Acepta el tratamiento con mucha dificultad, se muestra arisco y/o lejano y ausente
3 Positivo	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso
4 Definitivamente positivo	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

Ilustración 1: Escala de valoración de Frankl.

### 4.2.2. Variables independientes: Ansiedad

#### a) Ansiedad del tutor

Ésta es una variable de tipo ordinal. Para estimar la ansiedad dental del tutor se utilizará la escala de Norman Corah (Anexo 9.11), psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. En el año 1969 elaboró un pequeño cuestionario (DAS) para detectar y establecer una graduación de dicha ansiedad. Posteriormente el cuestionario se amplió y se modificó en el año 1995 por Humphris y colaboradores (MDAS) (24). La escala es el *gold standard* para revisar la ansiedad dental del operador (7).

Este instrumento tiene cinco ítems, con cinco alternativas para cada una, siendo atribuida los siguientes puntajes: puntuaciones igual a 4 (sin ansiedad), puntuaciones entre 5 y 9 (baja ansiedad), puntuaciones entre 10 y 14 (ansiedad moderada) y puntuaciones entre 15 y 20 (ansiedad alta). La confiabilidad de la escala ha sido evaluada, siendo calificada como satisfactoria. En general, se

puede asumir las primeras dos categorías como “sin ansiedad” y las segundas dos como “con ansiedad” (24).

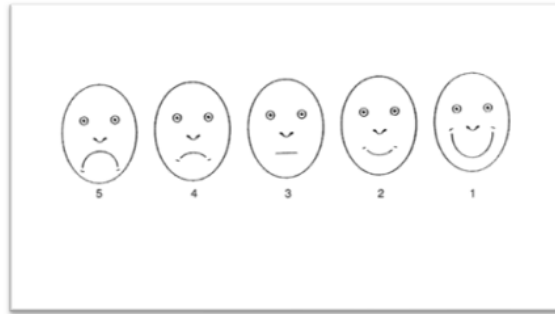
Se realizó este cuestionario en el momento en que el tutor acude acompañando al niño a su atención dental, sólo en pacientes a los que se les hizo un tratamiento invasivo (uso de turbina, micromotor, piezoeléctrico y/o anestesia). Previo a responder el cuestionario el tutor debió firmar el consentimiento informado (Anexo 9.6).

#### b) Ansiedad del niño

Es una variable independiente y será medida de manera ordinal. Se utilizará la escala de FIS, el cual es un instrumento de auto referencia fiable para la valoración de la ansiedad dental (7), aplicable en niños desde 3 años hasta 18 años (9). Se compone de una hilera de cinco caras que van de mucha felicidad a mucha infelicidad, se pide al niño que puntúe cuál de las caras representa cómo se siente en ese momento. Este instrumento ha sido utilizado en contextos europeos y latinoamericanos, en Chile por estudios realizados en la Universidad de Concepción (20) y Universidad de Chile (32).

### Escala FIS (Face Image Scale)

Instrucciones: "Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la Total tristeza. La idea es que me digas cual de las caras es la que mejor representa como te sientes en este momento"



*Ilustración 2: Face Image Scale (20),(32).*

El niño en la sala de espera respondió este cuestionario, previo a eso el paciente dio el asentimiento informado en presencia de un testigo diferente a sus padres (Anexo 9.8 y 9.9).

#### c) Ansiedad del operador

Es una variable independiente y será medida de manera ordinal. Para medir la ansiedad del operador se utilizará el Inventario IDARE, versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory). El IDARE está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: Ansiedad-Rasgo (AxR) y Ansiedad-Estado (AxE).

Se decidió usar completo el cuestionario para realizar un estudio integral de la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo. Se tomará este test el mismo día que sean encuestados los pacientes del operador.

El instrumento de evaluación IDARE consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente (para la escala Ansiedad-Rasgo) y de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten en ese momento (para la escala Ansiedad-Estado). Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad.

Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala Ansiedad-Estado son: 1. No en lo absoluto; 2. Un poco; 3. Bastante; y 4. Mucho; y en la escala Ansiedad-Rasgo son: 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Frecuentemente; y 4. Casi siempre.

Una vez obtenida la puntuación, se lleva a la siguiente escala para ver el nivel de ansiedad:

- Bajo= 20-29 ptos.
- Medio= 30-44 ptos.
- Alto= 45 o más ptos.

Esta encuesta se realizó antes de que los alumnos comiencen sus actividades clínicas, el mismo día que atendieron a los pacientes. Previo a eso debieron firmar un consentimiento informado (Anexo 9.7).



Las encuestas para cada caso están validadas internacionalmente (9) y son ampliamente usadas en el estudio de las ciencias del comportamiento (Anexo 9.5).

#### 4.3. IMPLICANCIAS ÉTICAS, BIOSEGURIDAD Y OTROS.

El presente trabajo de investigación fue aceptado por el comité de ética de la facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar (Anexo 9.4).

Considerando que se trata de una investigación con seres humanos, se tomó en cuenta las implicancias éticas para su desarrollo. De acuerdo al diseño del estudio, este no supone riesgos para los niños y para ninguno de los participantes, ni tampoco para el plan tratamiento odontológico, que en ningún caso será modificado.

En el informe Belmont de 1976 se identifican tres principios o conceptos generales establecidos que se relacionan con las investigaciones que incluyen sujetos humanos. En esta declaración se enuncian los principios éticos básicos y las directrices para la investigación en seres humanos, los cuales son respeto a las personas, beneficencia y justicia (40). El respeto incluye que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas, que es el caso de los niños que son la muestra para el presente estudio. Por esto se solicitará consentimiento informado de los cuidadores y asentimiento informado firmado de

los niños por medio de testigos (declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, 1964) (41). La beneficencia implica procurar el bienestar y maximizar los beneficios. Este estudio cumple con ello y cumple con el principio de no maleficencia, ya que no involucra riesgos para la integridad del paciente. En cuanto al principio de justicia, los niños que se incluyeron en esta investigación corresponden a pacientes inscritos en la Universidad Andrés Bello.

Cada vez que un sujeto adulto fue encuestado firmó un consentimiento informado. Se mantendrá la información en anonimato (a través de asignación de números al apoderado, paciente y operador), que es estrictamente confidencial y solo será usado con el fin de realizar este proyecto de investigación.

Para los niños se realizó un asentimiento firmado por algún adulto presente testigo, sin obsequio alguno para realizar la encuesta.

Respecto a las implicancias de bioseguridad se consideró que:

- En la sala de espera para encuestar a los tutores no existen consideraciones de bioseguridad. Así también la realización de la encuesta a los niños.
- En la clínica odontológica para realizar la encuesta al operador antes de que entre el niño, debe ser realizado en el área administrativa del box dental para no contaminar el área limpia y estéril. El operador debe estar sin guantes de procedimiento.

- Para realizar la encuesta de FRANKL, posterior a la atención dental, el operador debe realizarla sin guantes de procedimiento y en el área administrativa.

#### 4.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El análisis descriptivo realizado busca entender el comportamiento de cada variable respecto a centralidad (moda, media, mediana), dispersión (desviación estándar) y frecuencias observadas. Se realizaron cruces entre distintas variables para observar el comportamiento de las mismas tanto entre variables dependientes e independientes, como también entre variables independientes. Para los criterios de simetría y curtosis se utilizan límites de  $\pm 2$ .

#### 4.5. ANÁLISIS INFERENCIAL

Para todo el análisis se utilizó el software STATA 12. Al realizar el análisis de significancia en las varianzas se utilizó el test Kruskal-Wallis no paramétrico (42), debido a la presencia de variables ordinales; como prueba post-hoc se seleccionó Dunn's Test (43). Durante la regresión logística se utilizó su versión ordinal, prosiguiendo con una comparación de modelos mediante criterios Akaike y Bayesianos (44). Para todos los análisis de p-valor se utilizó un  $\alpha=0,05$  para determinar la significancia de la variable, modelo o prueba.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Durante la investigación se analizaron variables relativas a los distintos agentes (paciente, tutor, operador) que permiten comprender y conocer las características de la muestra, acto que permitirá luego enfocar los comentarios acerca de los resultados obtenidos

En total la muestra consta de 165 niños y 165 tutores que asistieron a la clínica de odontopediatría de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, durante el año 2016. Se entrevistó a 51 operadores calibrados para conocer el nivel de comportamiento de sus pacientes, y a su vez su estado de ansiedad.

#### 5.1.1. Edad de los Pacientes

La edad de los pacientes corresponde a una variable continua y discreta (enteros). El menor de los encuestados tiene una edad de 3 años y el mayor de 14.

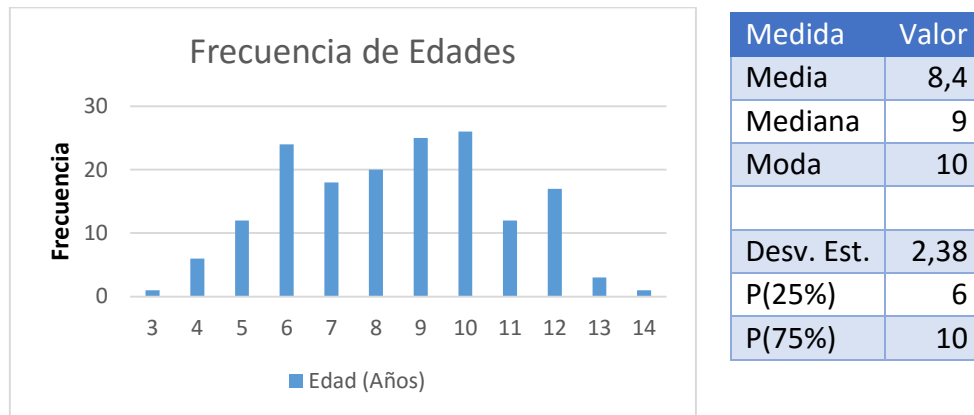


Ilustración 3: Descripción y características de las edades de los pacientes. Elaboración propia.

Se puede observar a partir de las medidas de centralidad que la muestra se comporta de manera simétrica (-0,01), sin embargo dada su curtosis (2,17) sería correcto afirmar que la distribución es platicúrtica; en conclusión, no se puede asumir que se comporta de acuerdo a una distribución normal.

Para simplificar la observación de los resultados de esta variable se agruparon los datos en niños mayores y menores a 9 años (mediana), criterio utilizado para poder contrastar las demás variables analizadas.

### 5.1.2. Comportamiento del paciente

El comportamiento de los pacientes fue medido en una escala categórica ordinal (Frankl), pudiendo tomar valores desde 1 (Definitivamente negativo) a 5 (Definitivamente positivo). Un 78% de los pacientes presentaron un comportamiento positivo al momento de la atención clínica.

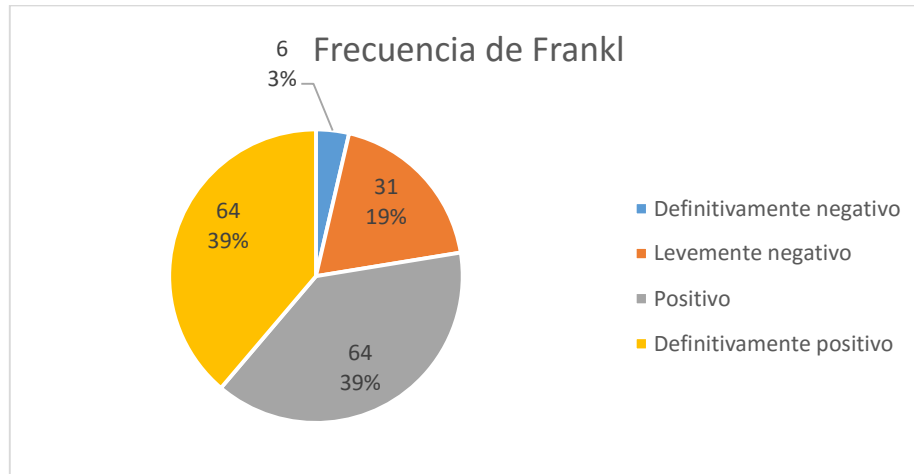


Ilustración 4: Frecuencia de resultados de evaluación Frankl. Elaboración propia.

Se puede observar que en general los niños menores o igual a 9 años presentan una tendencia notoria a un buen comportamiento (82%), mientras que los niños mayores a 9 años tienen un comportamiento un poco más homogéneo, pero aún tendiendo a un buen comportamiento (72%).

Edad	Comportamiento		Total general Frec.
	Negativo Frec. (% fila)	Positivo Frec. (% fila)	
Mayor a 9 años	22 (27,2%)	59 (72,8%)	81
Menor o igual a 9 años	15 (17,8%)	69 (82,2%)	84
<b>Total general</b>	<b>37 (22,4%)</b>	<b>128 (77,6%)</b>	<b>165</b>

Tabla 2: Distribución de comportamiento por edad. Elaboración propia.

Si se incorpora además la variable ansiedad del paciente se puede observar, en primera instancia, que al no haber casos de niños mayores a 9 años que con ansiedad dental no se puede evaluar su comportamiento. Contemplando el resto de las sub categorías se observa que los niños no ansiosos menores a 9 años tienden a presentar un mejor comportamiento que los mayores a 9 años, sin

embargo debido a la baja cantidad de niños ansiosos (sólo 4) no sería correcto concluir sobre ellos con porcentajes de frecuencias, ya que los datos se ven tergiversados a números poco representativos. Se sugiere sólo observar los casos no ansiosos en el análisis.

Comportamiento según edad	Ansioso Frec. (% fila)	No ansioso Frec. (% fila)	Total general Frec. (% fila)
<b>Mayor a 9 años</b>		<b>59 (36,7%)</b>	<b>59 (35,8%)</b>
Negativo		9 (5,6%)	9 (5,4%)
Positivo		50 (31%)	50 (30,3%)
<b>Menor o igual a 9 años</b>	<b>4 (100%)</b>	<b>102 (63,3%)</b>	<b>106 (64,2%)</b>
Negativo	1 (25%)	27 (16,8%)	28 (17%)
Positivo	3 (75%)	75 (46,6%)	78 (47,3%)
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>161</b>	<b>165</b>

Tabla 3: Comportamiento vs FIS y Edad. Elaboración propia.

Ahora bien, si se revisa el comportamiento por género se observa que un 77,28% de los hombres presentan un comportamiento Positivo o Definitivamente Positivo, en contraste de un 77,92% en las mujeres.

Etiquetas de fila	Hombre Frec. (% fila)	Mujer Frec. (% fila)	Total general Frec. (% fila)
Definitivamente negativo	2 (2,27%)	4 (5,19%)	6 (3,63%)
Levemente negativo	18 (20,45%)	13 (16,89%)	31 (18,79%)
Positivo	37 (42,05%)	27 (35,06%)	64 (38,79%)
Definitivamente positivo	31 (35,23%)	33 (42,86%)	64 (38,79%)
<b>Total general</b>	<b>88</b>	<b>77</b>	<b>165</b>

Tabla 4: Frecuencia de comportamiento por género. Elaboración propia.

En general al revisar el comportamiento contra el tratamiento aplicado en cada caso se pudo observar que la mayoría de los pacientes mostraron un comportamiento positivo independiente del tratamiento, aunque existe un peor comportamiento al momento de realizar Destartrajes y Exodoncias.

Comportamiento	Acción clínica					Total general
	Destartraje	Exodoncia	Resina compuesta	Sellante	Tratamiento pulpar	
Definitivamente positivo	11 (36,7%)	3 (30%)	36 (40,4%)	9 (33,3%)	5 (55,6%)	64 (38,8%)
Positivo	14 (46,7%)	5 (50%)	33 (37,1%)	10 (37%)	2 (22,2%)	64 (38,8%)
Levemente negativo	2 (6,7%)	1 (10%)	18 (20,2%)	8 (29,6%)	2 (22,2%)	31 (18,8%)
Definitivamente negativo	3 (10%)	1 (10%)	2 (2,2%)	(0%)	(0%)	6 (3,6%)
<b>Total general</b>	30 (100%)	10 (100%)	89 (100%)	27 (100%)	9 (100%)	165 (100%)

Tabla 5: Comportamiento del paciente vs Tratamiento. Elaboración propia.

Si se analiza la dispersión de las edades por cada categoría de comportamiento se puede observar que ésta es parecida en cada una, sin embargo su mediana no se presenta centrada respecto a los percentiles 25 y 75.



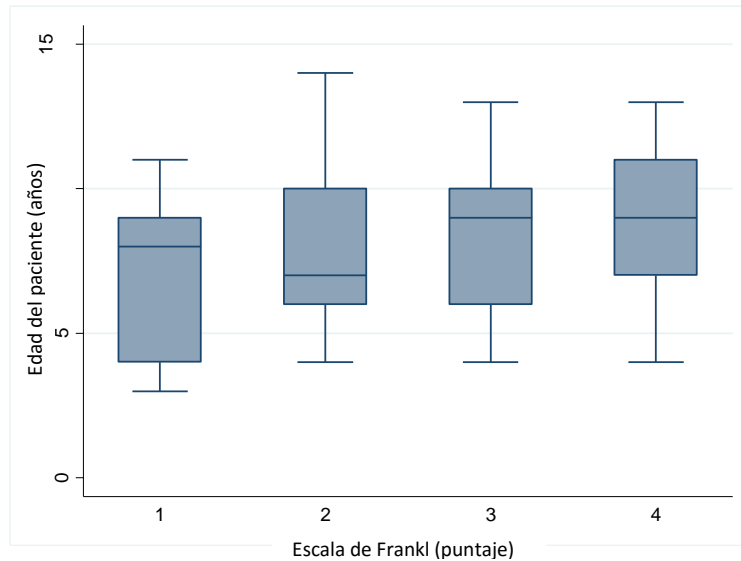


Ilustración 5: Gráfico la distribución de la edad por cada categoría de comportamiento. Elaboración propia.

### 5.1.3. Ansiedad del Paciente

La ansiedad del paciente fue medida en una escala categórica ordinal (FIS), pudiendo tomar valores entre 1 (Muy feliz) y 5 (Muy triste). Esta variable tuvo una notoria concentración en niños Muy Felices (52,7%), Felices (24,2%) e Indiferentes (20%), y una muy baja concentración de niños Tristes y Muy Tristes (3% entre ambos).

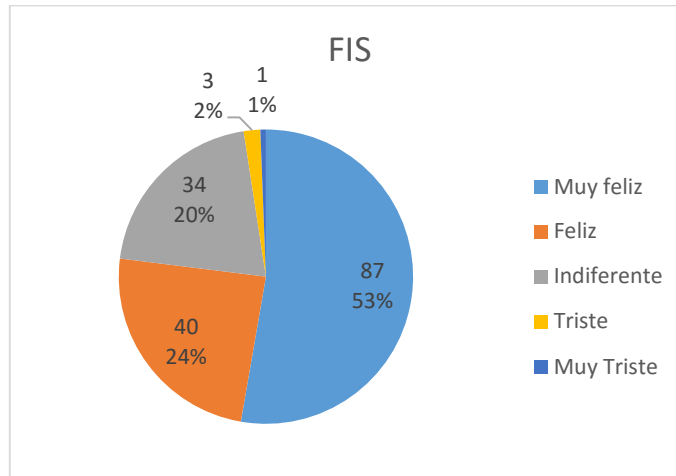


Ilustración 6: Frecuencia de ansiedad de niños (FIS). Elaboración propia.

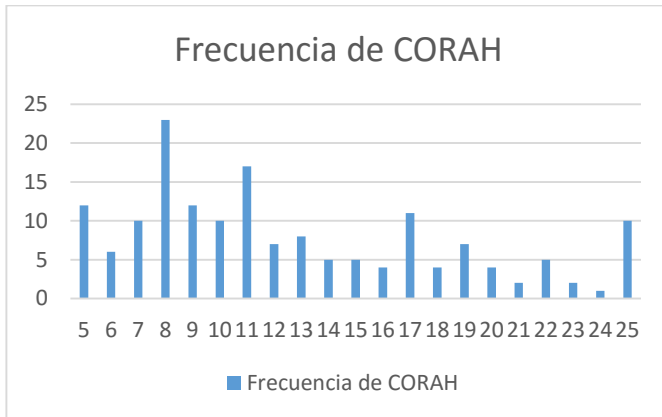
Al cruzarlo contra los resultados de comportamiento se puede observar que hay cambios en el comportamiento al variar la ansiedad del niño.

FIS			
Comportamiento	Alta ansiedad Frec. (% fila)	Baja Ansiedad Frec. (% fila)	Total general Frec. (% fila)
<b>Negativo</b>	1 (25,0%)	36 (22,4%)	37 (22,4%)
<b>Positivo</b>	3 (75,0%)	125 (77,6%)	128 (77,6%)
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>161</b>	<b>165</b>

Tabla 6: Comportamiento del niño vs la ansiedad presente en la atención. Elaboración propia.

#### 5.1.4. Ansiedad del Tutor

El 92% de los tutores que fueron evaluados corresponden a género femenino y el 8% masculino. La ansiedad del apoderado fue medida en una escala numérica discreta, tomando valores entre 5 y 25 puntos.



Medida	Valor
Media	<b>12,64</b>
Mediana	11
Moda	8
Desv. Est.	5,74
P(25%)	8
P(75%)	17

Ilustración 7: Descripción y características de la ansiedad de los apoderados. Elaboración propia.

A partir de las medidas de centralidad y curtosis presentadas anteriormente se puede concluir que los datos son aceptablemente simétricos (0,67) y platicúrticos (2,41), por lo que no se puede asumir una distribución normal. Existe una clara tendencia a que el apoderado que acompaña generalmente al niño sea la Madre (84,2%).

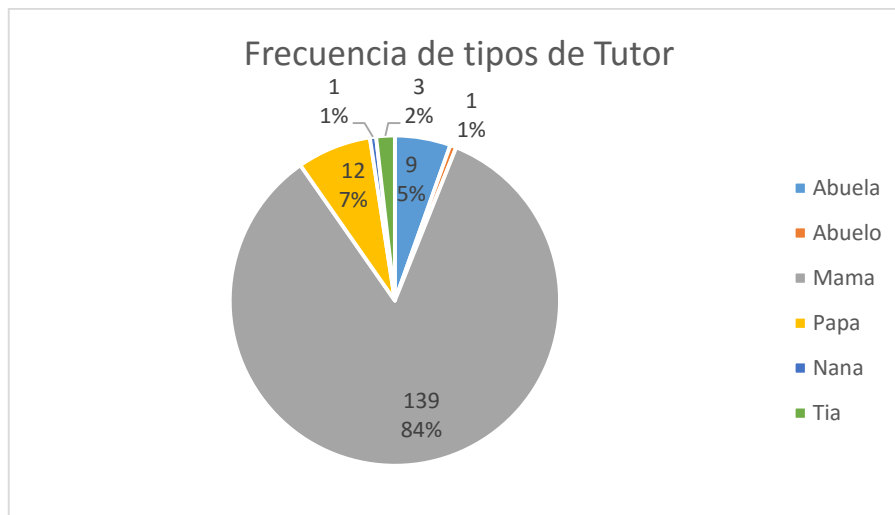


Ilustración 8: Frecuencia de tipo de apoderado. Elaboración propia.

Si se analiza la ansiedad del tutor segmentando dada su experiencia odontológica anterior se puede observar claramente que existe una relación entre

ambas variables, disminuyendo notoriamente su ansiedad al haber tenido una mejor experiencia al punto que no se encontraron tutores con ansiedad alta cuando su experiencia anterior fue excelente.

Experiencia anterior					
Nivel de Ansiedad	MALA Frec. (% fila)	REGULAR Frec. (% fila)	BUENA Frec. (% fila)	EXCELENTE Frec. (% fila)	Total general Frec. (% fila)
<b>Ansiedad alta</b>	31 (77,5%)	22 (40%)	2 (11,8%)	(0%)	55 (33,3%)
<b>Ansiedad moderada</b>	8 (20%)	21 (38,2%)	6 (35,3%)	12 (22,6%)	47 (28,5%)
<b>Baja ansiedad</b>	1 (2,5%)	12 (21,8%)	9 (52,9%)	41 (77,4%)	63 (38,2%)
<b>Total general</b>	<b>40 (100%)</b>	<b>55 (100%)</b>	<b>17 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>165 (100%)</b>

Tabla 7: Ansiedad del tutor vs Experiencia odontológica previa. Elaboración propia.

Al observar los datos de ansiedad agrupados por comportamiento del niño se puede ver que cuando el paciente presenta un comportamiento “Definitivamente Negativo” se asocia con una alta Ansiedad Dental del Tutor. En resto de las categorías no se observan grandes cambios.

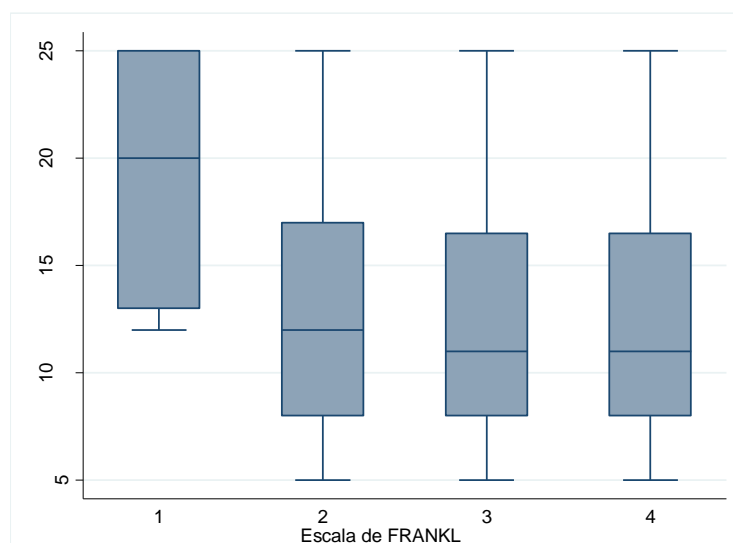


Ilustración 9: Gráfico de Ansiedad del Tutor por cada categoría de comportamiento. Elaboración propia.

### 5.1.5. Ansiedad del Operador

Se encuestó a un total de 51 operadores, a los cuales se les midió su Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. La ansiedad del operador fue medida en una escala numérica discreta con un mínimo de 21 y un máximo de 61 puntos. La Ansiedad Estado presenta simetría (0,85) y una curtosis platicúrtica (3,37); la Ansiedad Rasgo presenta un valor aceptable de simetría (0,65) y también una curtosis platicúrtica (3,47). En conclusión ninguna de las dos evaluaciones presenta una distribución normal.

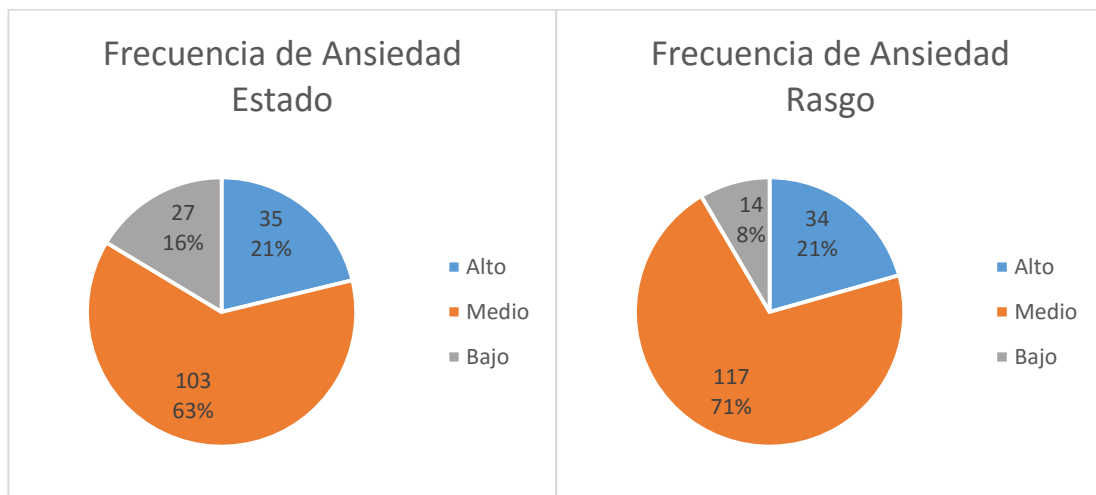


Ilustración 10: Frecuencia de ansiedad Estado y Rasgo en operadores. Elaboración propia.

En general no se observa una gran diferencia en la distribución del nivel de ansiedad de ambos tipos. Es más, dada la media del resultado y su baja desviación estándar sugiere que en la gran mayoría de los casos se debiera esperar una ansiedad media al momento de realizar la atención odontopediátrica.

Media	37,35	39,47
Mediana	36	39
Moda	36	44
Desv. Est.	8,60	7,73
Curtosis	0,42	0,52

*Tabla 8: Características de la distribución de ansiedad Estado y Rasgo. Elaboración propia.*

En general, si se analiza esta variable por género se puede observar que la Ansiedad Estado no difiere en gran medida dependiendo de si el operador es hombre o mujer; no así la Ansiedad Rasgo, que tiene una mayor concentración de nivel medio en las mujeres y ninguna de ellas presenta una ansiedad baja.

	Ansiedad Estado		Ansiedad Rasgo	
	Hombres Frec. (% fila)	Mujeres Frec. (% fila)	Hombres Frec. (% fila)	Mujeres Frec. (% fila)
<b>Alto</b>	5 (20,8%)	7 (25,9%)	6 (25,0%)	6 (22,3%)
<b>Medio</b>	16 (66,7%)	16 (59,3%)	14 (58,4%)	21 (77,7%)
<b>Bajo</b>	3 (12,5%)	4 (14,8%)	4 (16,6%)	0 (0,0%)
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>27</b>

*Tabla 9: Ansiedad del operador por género. Elaboración propia.*

Al contrastar estas variables contra el comportamiento observado por los pacientes se observa que no hay grandes cambios en el comportamiento respecto de la ansiedad del operador, puesto que los resultados presentan una alta simetría a la ansiedad media tanto para Rasgo como Estado.

Ansiedad Rasgo				
Comportamiento	Bajo	Medio	Alto	Total general
Definitivamente negativo	1 (3,7%)	3 (2,9%)	2 (5,7%)	6 (3,6%)
Levemente negativo	4 (14,9%)	20 (19,4%)	7 (20,0%)	31 (18,8%)
Positivo	11 (40,7%)	42 (40,8%)	11 (31,4%)	64 (38,8%)
Definitivamente positivo	11 (40,7%)	38 (36,9%)	15 (42,9%)	64 (38,8%)
<b>Total general</b>	<b>27</b>	<b>103</b>	<b>35</b>	<b>165</b>
Ansiedad Estado				
Comportamiento	Bajo	Medio	Alto	Total general
Definitivamente negativo	1 (3,7%)	3 (2,9%)	2 (5,7%)	6 (3,6%)
Definitivamente positivo	11 (40,7%)	38 (36,9%)	15 (42,9%)	64 (38,8%)
Levemente negativo	4 (14,9%)	20 (19,4%)	7 (20,0%)	31 (18,8%)
Positivo	11 (40,7%)	42 (40,8%)	11 (31,4%)	64 (38,8%)
<b>Total general</b>	<b>27</b>	<b>103</b>	<b>35</b>	<b>165</b>

Tabla 10: Distribución de frecuencia de comportamiento de acuerdo a la ansiedad del operador. Elaboración propia.

## 5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Como primera medida se evaluará la normalidad de todas las variables no categóricas (CORAH e IDARE) con el fin de determinar el método correcto para analizar la significancia de las variables independientes sobre la dependiente. Para esto se realizó un test Omniform, el cual entrega un p-valor bajo la hipótesis nula de existencia de normalidad. Se concluye que las variables no se comportan de manera normal.

	p-valor
<b>CORAH</b>	0,0006
<b>IDARE Rasgo</b>	0,0012
<b>IDARE Estado</b>	0,0000

Tabla 11: Resultado Omniform para normalidad. Elaboración propia.

Se evaluará el p-valor de cada variable independiente, individualmente utilizando Kruskal Wallis, para determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa en el comportamiento al variar la ansiedad de cada agente.

	p-valor
<b>FIS</b>	0,0023
<b>CORAH</b>	0,3508
<b>IDARE Rasgo</b>	0,6302
<b>IDARE Estado</b>	0,9086

Tabla 12: Compilación de resultados de Kruskal-Wallis sobre las variables independientes. Elaboración propia.

De estos resultados se puede observar que la única variable que resulta tener una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de sus categorías es la ansiedad del paciente, mientras que en el resto de las variables no; por lo tanto la ansiedad del apoderado como la del operador no provocan cambios significativos en el comportamiento del niño.

Kruskal-Wallis es un test ómnibus y por tanto sólo permite determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de cada categoría, pero no permite determinar cuál o cuáles categorías son las que influyen en el resultado. Para esto se realizará la prueba post-hoc Dunn's Test.

	Muy Feliz	Feliz	Indiferente	Triste	Muy triste
<b>Muy Feliz</b>	N/A				
<b>Feliz</b>	0,2161				
<b>Indiferente</b>	0,0000	0,0023			
<b>Triste</b>	0,4369	0,3422	0,0667		
<b>Muy triste</b>	0,3072	0,3623	0,3822	0,3017	N/A

Tabla 13: Resultado (p-valor) de Dunn's test sobre las categorías de ansiedad del niño. Elaboración propia.



En la tabla anterior se muestran los p-valor para cada diferencia de categoría. Dados estos resultados se concluye que los cambios de ansiedad del niño realmente relevantes para generar una diferencia estadísticamente significativa en su comportamiento son al pasar de estar Indiferente a Muy Feliz, y de Indiferente a Feliz.

#### 5.2.1. Regresión logística

Se han determinado las variables que resultan estadísticamente significativas, individualmente, al momento de analizar el comportamiento de los niños en una asistencia odontopediátrica. Sin embargo es de interés evaluar la fuerza de la asociación entre las variables independientes y la dependiente, así como reevaluar la significancia de las variables al operar en conjunto. Se realizó para esto una regresión logística ordinal.

Al realizar la regresión logística ordinal (incluyendo las variables Edad del Paciente, Sexo del paciente y Tipo de Apoderado) se pudo observar que las variables que resultan estadísticamente significantes sobre el comportamiento son FIS (Ansiedad indiferente y feliz), la Edad del paciente, que el apoderado haya tenido una Buena experiencia anterior y ser acompañado por la Abuela.

Variable	Odds Ratio	p-valor	[85% interv. Confianza]	
<b>FIS</b>				
Feliz	0,458	0,050	0,258	0,813
Indiferente	0,111	0,000	0,058	0,211
Triste	1,257	0,861	0,191	8,269
Muy Triste	0,440	0,627	0,039	4,99
<b>CORAH</b>	0,982	0,666	0,924	1,043
<b>IDARE Estado</b>	0,978	0,384	0,943	1,015
<b>IDARE Rasgo</b>	0,999	0,978	0,96	1,040
<b>Edad del paciente</b>	1,219	0,004	1,104	1,347
<b>Sexo del paciente</b>	1,191	0,579	0,756	1,876
<b>Experiencia anterior apod.</b>				
Regular	1,676	0,288	0,832	3,377
Buena	6,740	0,011	2,277	8,995
Excelente	2,292	0,199	0,904	5,807
<b>Tipo de apoderado</b>				
Papá	0,762	0,678	0,296	1,959
Abuela	3,488	0,078	1,259	9,665
Abuelo	0,556	0,725	0,051	6,119
Tía	0,436	0,400	0,105	1,806
Nana	1,572	0,795	0,128	1,933

Tabla 14: Regresión Logística Ordinal incluyendo todas las variables disponibles en el estudio. Elaboración propia.

Dados estos resultados se realizó una nueva regresión sólo contemplando las variables significativas para el modelo, con el fin de verificar cuál de los dos modelos tiene una mejor bondad de ajuste. Al realizar esto se encontró que se mantenían las mismas variables como estadísticamente significativas sobre el comportamiento del niño, a excepción de la presencia de la Abuela como acompañante.

Variables	Odds Ratio	p-valor	[85% interv. Confianza]	
<b>FIS</b>				
Feliz	0,457	0,043	0,262	0,797
Indiferente	0,116	0,000	0,062	0,219
Triste	1,429	0,789	0,210	9,744
Muy Triste	0,448	0,623	0,043	4,708
<b>Edad del paciente</b>	1,206	0,005	1,095	1,329
<b>Experiencia anterior apod.</b>				
Regular	1,794	0,157	0,990	3,250
Buena	8,440	0,001	3,297	9,161
Excelente	2,476	0,031	1,352	4,532
<b>Tipo de apoderado</b>				
Papá	0,869	0,828	0,344	2,198
Abuela	3,204	0,090	1,191	8,618
Abuelo	0,541	0,707	0,051	5,690
Tía	0,502	0,481	0,123	2,051
Nana	1,192	0,919	0,099	1,430

Tabla 15: Regresión logística ordinal sólo con variables significativas para el modelo. Elaboración propia.

Al comparar la bondad de ajuste de ambos modelos mediante los criterios de información de Akaike y Bayesiano (44) se concluye que se ajusta mejor el modelo de regresión que sólo contempla las variables estadísticamente significativas.

	Chi-cuadrado	GL	p-valor	Pseudo- R2	AIC	BIC
<b>Completo</b>	44,16	17	0,0003	0,1144	381,7173	443,8362
<b>Sólo variables significativas</b>	41,93	13	0,0001	0,1087	375,9524	425,6475

Tabla 16: Bondad de ajuste de ambos modelos mediante Akaike y Bayesiano. Elaboración propia.

Finalmente, analizando los Odds Ratios para los resultados significativos se obtuvo lo siguiente:

Variable	p-valor	OR	Factor
<b>FIS (Feliz)</b>	0,043	0,46	Protector
<b>FIS (Indiferente)</b>	0,000	0,12	Protector
<b>Edad del paciente</b>	0,005	1,21	Riesgo
<b>Experiencia apod (Buena)</b>	0,001	8,44	Riesgo
<b>Experiencia apod (Excelente)</b>	0,031	2,48	Riesgo

*Tabla 17: Resultado de Odds Ratios. Elaboración propia.*

Lo que más influye al cambio de comportamiento (desde negativo a positivo) es una mejor experiencia anterior del apoderado, mientras que un cambio en la ansiedad del niño tiende a proteger este cambio.

## 6. DISCUSIÓN

El estudio permitió observar el tipo de comportamiento que presenta un niño según la ansiedad que presenta el tutor, el operador y él mismo durante un tratamiento odontológico. Teniendo en cuenta los resultados, se observó que existen otras variables que pueden estar influyendo en el tipo de comportamiento que presenta el niño, tales como edad del paciente, tipo de tutor y la experiencia anterior de éste.

La ansiedad del tutor fue medida por encuesta de Corah, observándose que no es un factor de riesgo en el comportamiento que presenta el niño que el tutor tenga niveles altos de ansiedad ( $p=0.3508$ ). Al igual que los estudios realizados por Espinoza (40) y Lara (17), se infiere que no existe diferencia estadísticamente significativa en relación a los niveles de ansiedad del cuidador y los niveles de conducta del niño. Esto podría ser explicado según Themessl-Huber (45), debido a que cuando los apoderados tienen altos niveles de ansiedad dental se esfuerzan por preparar a sus hijos adecuadamente para las visitas al dentista. De forma similar otros investigadores (46) estudiaron cómo los padres podían predecir el comportamiento de sus hijos; agregan que a pesar de la ansiedad expresada por los tutores éstos no esperan la misma respuesta y actitud de sus hijos en relación a la atención odontológica. Además, aunque Corah ha sido mencionada como una escala fidedigna y de fácil aplicación donde los apoderados no conocen el puntaje, existe la posibilidad de que estén cometiendo

error tipo II (falso-negativo) respecto a su baja ansiedad en su autoevaluación ya que podrían estar omitiendo la verdad (21). Al momento de ejecutar la encuesta en la muestra estudiada es importante destacar la falta de comprensión hacia quién iba dirigida la encuesta por parte de algunos tutores, siendo necesario recalcar la necesidad de instrucciones más explicativas de parte de los encuestadores, indicando que el objetivo de la encuesta es medir la ansiedad del tutor y no la del niño.

Se observó también en este estudio que el tipo de tutor que acompaña al niño no es significativo al momento de evaluar su comportamiento. Dentro de la población de los pacientes de la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, es frecuente que el apoderado de los pacientes sea la madre (84%), seguido por el padre y la abuela. Esto es importante de destacar ya que la relación que el tutor pueda tener con el niño, y por lo tanto una posible transmisión de ansiedad, es distinta en todos los casos. Cardoso y Loureiro (47) midieron una alta prevalencia de ansiedad en los acompañantes madres, y se ha hallado evidencia que las madres tienen mayores niveles de ansiedad que los padres (17). Es así como estos autores han propuesto un modelo en que el padre es un agente mediador entre la ansiedad de la madre y la del hijo. Se sugiere para estudios posteriores realizar investigación del comportamiento en distintas citas con padres y madres para identificar si esto podría estar influyendo en el nivel de comportamiento del niño en un estudio comparativo.

Otro de los factores del tutor que podría tener relación con el comportamiento del niño es su experiencia odontológica anterior. Se buscó indagar su relación a través de una selección múltiple previa a la encuesta de Corah. En el comportamiento en relación al apoderado, lo que más influyó al tipo de comportamiento del niño (desde negativo a positivo) en el tratamiento odontológico es una buena experiencia anterior de éste ( $p=0.003$ ,  $OR=8.44$ ). Locker, Shapiro y Liddell (48) demostraron que el factor predictor de la ansiedad dental corresponde a una relación entre la ansiedad dental y experiencias odontológicas negativas, estableciendo que es la naturaleza de la experiencia más que la edad en que se vive. Dicha asociación es confirmada por el estudio de Olivera y Colares (1), quienes establecieron la asociación entre ansiedad dental y la historia de dolor dental que es experimentada a la edad de 5 años o menos. De todas las variables analizadas, una buena experiencia previa del tutor es la que mayor cambio debiera proporcionar al comportamiento del paciente por lo que se sugiere al operador identificar esta variable. Cabe mencionar que, de acuerdo a los resultados de este estudio, existe una estrecha relación entre la experiencia anterior del tutor y su nivel de ansiedad; sin embargo, dado lo mencionado anteriormente, parece ser que lo realmente relevante para el comportamiento del niño es la experiencia anterior y no la ansiedad del tutor. Es importante brindar una buena experiencia a los niños para que su futuro sea prometedor en relación al tratamiento odontológico, y por otra parte a nivel del estudio del tutor se necesitan herramientas validadas a nivel nacional para poder

identificar la historia odontológica de los apoderados ya que la experiencia anterior podría ser un factor coadyuvante de niveles de comportamientos.

La mayoría de los niños encuestados se concentran en rangos de muy felices y felices según lo autoevaluado en FIS, es decir baja presencia de ansiedad. Al relacionarlo con la variable comportamiento se puede observar influencia cuando varía la ansiedad del niño. Mediante los test utilizados se observó que es un factor protector sobre el comportamiento la presencia de nula o baja ansiedad del niño. Los resultados del presente estudio coinciden con lo descrito por Salem y colaboradores (15) donde se estableció una relación entre la ansiedad dental infantil y los problemas de comportamiento, pero no así con la ansiedad dental de los padres.

Además, se buscó establecer en este estudio si hay diferencia significativa entre niños de sexo femenino y masculino en la medición de ansiedad. Se observó que no hay correlación al igual que Espinoza (40) y Kyritsi (46) , en contraste con otros donde las niñas tienen mayor ansiedad como Lara (17). Salem (15) explica que de existir diferencias esto podría ser por factores tales como cultura, experiencias sociales, o pertenencias a sociedades en que la ansiedad es socialmente aceptada en las niñas según lugar geográfico. En la muestra se evidencia una gran concentración de niños con nula o baja ansiedad pero esto no significa que todos los niños se comportaron dentro de FRANKL 3 o 4, debido a que existen niños que presentan mal comportamiento aunque tengan bajos



niveles de ansiedad. Cabe destacar que este estudio fue solamente medido antes de ingresar el paciente a la clínica y no durante el tratamiento, donde el paciente experimenta distintas situaciones que podrían traer consigo ansiedad y esto afectar el comportamiento.

Se puede observar que en general los niños menores o igual a 9 años presentan una tendencia notoria a un buen comportamiento (82%). Se debe tener en cuenta que en la clínica de V año de la sede de Viña del Mar, en general se toman pacientes de fácil manejo y los de difícil son derivados a internado de VI año u otros centros de especialidad, siendo dados de alta disciplinaria previo al estudio. De igual forma al realizar el análisis inferencial se encontró que la edad, además de ser estadísticamente significativa sobre el comportamiento, es un factor de riesgo (OR=1,21) para el mismo, generando cambios considerables en el comportamiento cada vez que se varía la edad. Los resultados muestran que a medida que aumenta la edad el paciente pediátrico tiene más riesgo de presentar mal comportamiento, lo que se contradice con el estudio Martínez Merino (49) donde los resultados reflejan que el grado de comportamiento de los niños mayores de 6 años es mayormente positivo, existiendo una diferencia significativa con respecto a las otras categorías. La muestra se concentra en niños que se encuentran en fase de latencia (6-10 años) según Freud (6). Esta fase se caracteriza por ser una etapa de paz y quietud en donde el niño tiene conciencia de su cuerpo, siendo esto un factor coadyuvante para el manejo del comportamiento y la respuesta al tratamiento, lo que podría explicar que aunque

existen diferencias significativas en este estudio sobre la edad la mayoría de los niños presentan niveles de conducta positivo.

En general al analizar el comportamiento presentado con el tratamiento aplicado en cada caso, se pudo observar que la mayoría de los pacientes mostraron un comportamiento positivo independiente del tratamiento, aunque existe un peor comportamiento al momento de realizar destartrajes y exodoncias, que son tratamientos donde los niños sienten más vibración y presión. Es de suma importancia destacar que estos procedimientos fueron de baja prevalencia en la muestra estudiada, por ende se sugiere para estudios posteriores poder analizar el comportamiento según el tipo de intervención.

En cuanto a otros factores que pueden estar presentes ante el comportamiento de los niños, se pensó estudiar al operador como factor influyente en el tipo de comportamiento del niño durante un tratamiento odontológico. Se observa que, en general, no es estadísticamente significativo el nivel de ansiedad que presenta el operador con el comportamiento del niño. No se ha medido el IDARE contra FRANKL en estudios anteriores a nivel nacional, se sugiere realizar más estudios para llegar a ver si existe o no relación en otros tipos de población.

Martínez Merino (49) encontró evidencia que el operador de sexo femenino presenta mayor nivel de ansiedad en comparación con el operador masculino, al igual que el presente estudio donde el 58% promedio de las personas ansiosas

fueron mujeres. Se observó que la Ansiedad Estado es independiente del sexo y que la Ansiedad Rasgo es más marcada en género femenino, siendo esto consecuente con lo expuesto anteriormente por Corsini (25) donde se explica que las mujeres en edad fértil pueden sufrir 2 o 3 veces más trastornos de ansiedad que los hombres. Sería importante realizar estudios en distintos cursos de la facultad de Odontología Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, para poder indagar sobre la ansiedad que presentan los alumnos. La población de V año se encuentra en el último año antes de egresar de pregrado, siendo este curso donde por primera vez se enfrentan a pacientes infantiles en los cuales deben cumplir un programa con ciertos requisitos mínimos. Para poder disminuir estados de ansiedad que podrían estar influyendo en el comportamiento que presenta el paciente pediátrico durante el tratamiento odontológico se necesitan buscar herramientas de apoyo por parte del cuerpo docente a los estudiantes tanto de sexo femenino y masculino para que no lleguen a desarrollar problemas psicológicos al estudiar una carrera estresante.

## 7. CONCLUSIONES

Se logró medir la ansiedad del paciente, tutor y operador a través de distintas herramientas en la literatura (FIS, CORAH, IDARE respectivamente) relacionadas con el tipo de comportamiento que presenta el paciente, dando como resultado que el nivel de conducta del niño sólo se ve influenciado por la ansiedad de este.

- Se describieron los niveles de ansiedad que presentan el niño, tutor y operador a través de herramientas validadas.
- Se relacionó la ansiedad del tutor y el comportamiento del paciente pediátrico determinando que no existen diferencias significativas en la conducta del niño.
- Existe una relación significativa entre la experiencia odontológica anterior del tutor y el comportamiento del paciente pediátrico.
- El paciente poco ansioso tiene mejores niveles conductuales que pacientes ansiosos.
- El nivel de conducta no se relaciona significativamente con el tipo de tratamiento dental aplicado al paciente.
- El comportamiento del paciente es significativamente dependiente de la edad. A mayor edad se observa un peor comportamiento.
- No existe relación de la ansiedad del operador con el comportamiento que presenta el niño en la clínica odontológica.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Oliveira MMT CV. A relação entre ansiedade odontológica e a dor de dente em crianças com idade entre 18 e 59 meses: estudo em Recife, Pernambuco, Brasil. 2009.
2. Rodríguez N, Olmo R, Mourelle R, Gallardo N. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. Tesis. Madrid: Universidad Complutense, Odontología; 2011.
3. Burgos Fonseca P. Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble. Tesis. Chillán: Universidad del Bío Bío, Psicología; 2013.
4. Horacio A. La ansiedad y sus trastornos. Material diagnóstico y terapéutico. 2nd ed. Buenos Aires: Polemos; 2007.
5. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Febrero; 32(1): p. 67-72.
6. Freud A. The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanalytic Study of the Child.* 1998; 7: p. 69-81.
7. Fonseca García L, Sanchis Fóres C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. Tesis. Valencia: Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir", Odontología; 2013.
8. Muppa R BP. Comparison of anxiety levels associated with noise in the dental clinic among children of age group 6-15 years. *Noise and Health.* 2013; 15(64):190-193.
9. Rios Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol.* 2014 Febrero; 30(1): p. 39-46.
10. Markovic Duric L, Kos-Dragivecic A, Bektasevic M. Dental anxiety in children aged 6-15 años. *Scr Med.* 2015 Abril; 46(1): p. Cap.7-11.
11. Klingberg G, Broberg A. Dental fear anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent.* 2007 Noviembre; 17(6): p. 391-406.
12. Freeman R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *Int J Paediatr Dent.* 2007 Noviembre; 17(6): p. 407-418.

13. Bruno L. Comparación entre la utilización de elementos rotatorios de baja velocidad y tratamiento químico mecánico de caries dentinal en dentición decidua. *Acta Odontológica Venezolana*. 2009; 47(4).
14. Aminabadi NA, PF, Erfanparast L., Najafpour E., Jamali Z., Adhami SE. (2011) Impact of Temperament on child behavior in the dental setting. 2011.
15. Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental Fear and concomitant factors in 3-6 year-old children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*. 2012 Junio; 6(2): p. 70-74.
16. AAPD. Guideline on Behaviour Guidance for the Pediatric Dental Patient. Reference Manual. ; 1990.
17. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent*. 2012 Septiembre; 22(5): p. 324-330.
18. Frankl S, Shiere F, Fogels H. Should the parent remain with the child in the dental operatory? *Journal of Dentistry for Children*. 1962; 29: p. 152-163.
19. Coscolín E, Ellacuría J, Roig J, Rodríguez G. Reacciones psicológicas al tratamiento dental. *Revista Europea de Odonto-Estomatología*. 2003 Febrero; 15(1): p. 33-38.
20. Araya C, González C, Barra A, Salazar K. Influencia de la ansiedad dental del acompañante en el comportamiento de niños 4 a 10 años durante su atención odontológica en CESFAM San Pedro, período Mayo a Julio de 2014. Tesis. Concepción: Universidad de Concepción, Odontología; 2014.
21. Albuquerque W, Pires Correa M, Abanto Alvarez J. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Rev Estomatol Herediana*. 2007; 17(7): p. 22-24.
22. Martínez-Otero Pérez V. Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación de Albacete. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. 2014; 29(2).
23. Arriata Vergara K, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Depression and anxiety symptoms in young university dentistry students: prevalence and related factors. *Rev Clin Med Fam*. 2014 Febrero; 7(1).
24. Corah N. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*. 1969 Julio; 48(4): p. 596.
25. Corsini M. G, Bustos M. L, Fuentes N. J. Niveles de Ansiedad en la Comunidad Estudiantil Odontológica. Tesis. Temuco: Universidad de la Frontera, Odontología; 2012.

26. Foyalan M, Adekoya-Sofowora C, Otuyemi O, Ufomata U. Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *Int J Paediatr Dent*. 2002 Julio; 12(4): p. 255-259.
27. Buchanan H, Niven N. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent*. 2002 Enero; 12(1): p. 47-52.
28. Buchanan H. Development of a computerized dental anxiety scale for children: validation and reliability. *Br Dent J*. 2005 Septiembre; 199(6): p. 359-362.
29. Howard K, Freeman R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Int J Paediatr Dent*. 2007 Julio; 17(4): p. 281-288.
30. Holmes R, Girdler N. A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. *Int J Paediatr Dent*. 2005 Mayo; 15(3): p. 169-176.
31. Aminabadi N, Pourkazemi M, Babapour J, Oskouei S. The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012 Noviembre; 17(6): p. 1089-1095.
32. Rapee R. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clin Psychol Rev*. 1997; 17(1): p. 47-67.
33. Silvo Rodriguez C, Pinto Segura F, Alcócer Delgado J. Técnicas de atención y control de la conducta infantil. *Odontología Vital*. 2009 Septiembre; 2(11): p. 59-69.
34. Pizano M, Bermudez L. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. I: Evaluación del paciente e indicación de la técnica. *Revista ADM*. 2004 Septiembre; 61(5): p. 165-170.
35. Venham L, Bengston D, Cipes M. Children's Response to sequential dental visits. *J Dent Res*. 1977 Mayo; 56(5): p. 454-459.
36. Zhou Y, Cameron E, Forbes G, Humphris G. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. *Patient Educ Couns*. 2011; 85(1): p. Cap 4-13.
37. Suprabha B, Rao A, Choudhary S, Shenoy R. Child dental fear and behavior: The role of environmental factors in a hospital cohort. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2011 Septiembre; 29(2): p. 95-101.
38. García Martínez M. Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar. Tesis. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Odontología; 2012.

39. Reitman D, Assef J. Parenting practices and their relation to anxiety in young adulthood. *J Anxiety Disord.* 2010 Agosto; 24(6): p. 565-572.
40. Espinoza P. Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la Región Metropolitana. Tesis. Santiago: Universas de Chile, Odontología; 2013.
41. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, enmendada por la 52ª Asamblea General, Edimburgo. [Online].; 1964 [cited 2016 Julio 02. Available from: [http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion\\_helsinki.pdf](http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf).
42. Wallis , Kruskal. Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association.* 1952; 47(260): p. 583-621.
43. Dunn OJ. Multiple comparisons among means. *Journal of the American Statistical Association.* 1961; 56(293): p. 52-64.
44. Claeskens G, Hjort NL. *Model Selection and Model Averaging.* Cambridge University Press. 2008; 3(2).
45. Themessl-Huber M, Freeman R, Humphris G. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent.* 2010 Marzo 83-101; 20(2).
46. Kyritsi M, Dimou G, Lygidakis N. Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behavior in Greek population. A clinical study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009 Enero; 10(1): p. 29-32.
47. Cardoso CL, Loureiro SR. Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. *Psicol.estud.* 2008 Enero; 13(1).
48. Shapiro M, Melmed R, Sgan-Cohen H, Eli I, Parush S. Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. *Eur J Oral Sci.* 2007 Diciembre; 115(6): p. 479-483.
49. Martínez Merino F. Nivel de ansiedad previa atención de niños con diferentes grados de comportamiento en estudiantes de odontopediatría, quinto año. Tesis. Santiago: Universidad Andrés Bello, Odontología; 2014.
50. Frankl SN. SF,FH. Should the parent remain with the child in the dental operatory?. 1962.

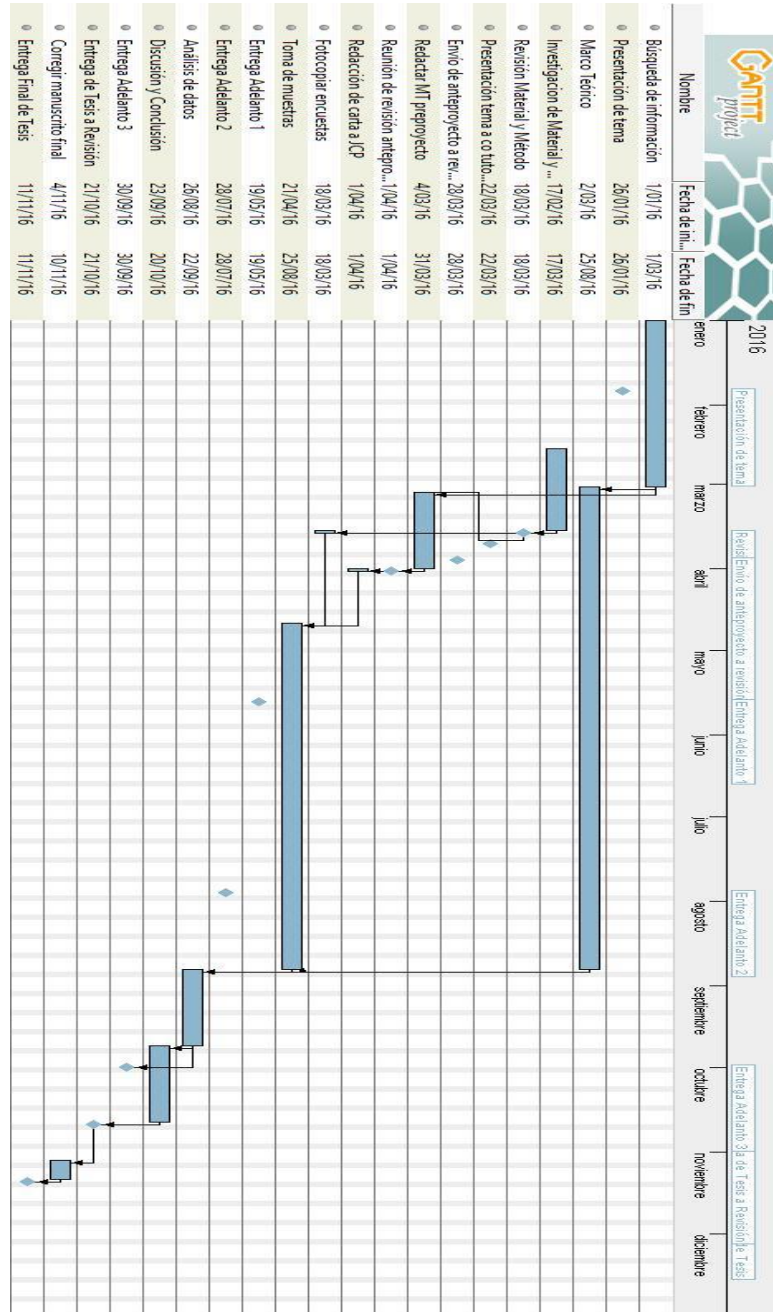


51. McGrath C, Bedi R. A relação entre ansiedade odontológica e a dor de dente em crianças com idade entre 18 e 59 meses: estudo em Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Abril; 25(4): p. 743-750.
52. Aminabadi N, Puralibaba F, Erfanparast L. Impact of Temperament on child behavior in the dental setting. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*. 2011 Diciembre; 5(4): p. 119-122.
53. WM AO. Perceived sources of stress within a dental educational environment. *J Contemp Dent Pract*. 2015 Noviembre; 6(4): p. 64-74.
54. LD R. Perceived sources of stress among dental students at the University of Jordan. *J dent Educ*. 2001 Marzo; 65(3): p. 232-241.
55. Schneller T, Wolff G. Psicología en Odontopediatría. *Labor Dental*. 1999; 4(4): p. 308-3012.
56. Erfanparast L, Vafaei A, Sohrabi A, Bahram R. Impact of Self-concept on Preschoolers' Dental Anxiety and Behavior. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2015 Septiembre; 9(3): p. 188-192.
57. Jain A, Bansal R. Stress among Medical and Dental Students: a Global Issue. *J Dent Med*. 2012 Septiembre; 1(5): p. Cap 5-7.
58. A. H. La Ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. 1 edición Buenos Aires: Polemos; 2002.
59. Astrøm AN SEHO. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007.. 2011.
60. Makorvic L KDABM. Dental anxiety in children aged 6-15 años.. 2015.
61. Al-Omari WM. Perceived sources of stress within a dental educational environment. 2005.
62. Rajab LD. Perceived sources of stress among dental students at the University of Jordan.. 2001.
63. Pérez Díaz F, Cartes-Valásquez R. Estrés y burnout en estudiantes de Odontología: una situación preocupante en la formación profesional. *Rev. Edumecentro*. 2015 Junio; 7(2).

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo 1: Planificación Carta Gantt

- Fecha estimada de inicio y término de la investigación
- Inicio: abril 2016
- Término: octubre 2016



## 9.2. Anexo 2: Consideraciones éticas en el protocolo

### Informe de autoevaluación a presentar al Comité de Ética Científica UNAB

#### Título trabajo de Investigación

*Ansiedad del niño, de su tutor, del operador y el comportamiento que presenta el paciente en la clínica odontopediátrica*
--

**NOTA:** para ampliar información solicitada respecto al protocolo que se presenta informe en hoja aparte haciendo referencia respecto a la línea que amplía información.

#### Este proyecto de investigación utiliza:

1	Al ser humano como sujeto experimental (estudio clínico)	X
2	Datos personales (encuestas o datos de fichas clínicas)	X
3	Muestras de tejido humano (biopsias de tejido duro o blando, dientes)	

#### UTILIDAD SOCIAL

4	La investigación propuesta considera utilidad social	SI	X	NO
5	Justifique si su respuesta es No.			

#### RELACIÓN RIESGOS Y BENEFICIOS

6	La metodología aplicada en este estudio es invasiva y/o puede potencialmente causar algún grado de malestar, daño físico al paciente, estrés físico, psicológico o emocional.	SI		NO	X
7	Si su respuesta es Si, exponga cuáles son los potenciales riesgos.				
8	La realización de esta investigación beneficiará directa o indirectamente a los sujetos participantes.	SI		NO	X
9	Si su respuesta es Si, especifique cuales son los beneficios directo y los indirectos.				

#### SELECCIÓN JUSTA DE SUJETOS

10	Los sujetos de investigación pertenecen a grupos vulnerables (niños, enfermos psiquiátricos, hospitalizados, personas con déficit cognitivo y/o físico, mujeres en etapa fértil, de lactancia, embarazadas, reclusos, adulto mayor)	SI	X	NO	
11	Si su respuesta es Sí, justifique e indique cuáles serán las medidas de protección adoptadas.				
12	Las medidas de protección adaptadas: Este estudio es de tipo descriptivo, no afecta la vulnerabilidad del niño. Los Niños participantes del estudio siempre serán acompañados por terceros. Se presenta consentimiento informado al tutor del niño (anexo 6). Se presenta consentimiento del niño a testigo para niños analfabetos o para el mismo si sabe leer (revisar anexos 8 y 9 respectivamente).				
13	Se ofrecerá alguna remuneración monetaria o de otro tipo a los participantes.	SI		NO	X
14	Si su respuesta es Sí, justifique.				

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

15	El protocolo de investigación incluye el consentimiento informado de los sujetos participantes y la formalización de este en un documento	SI	X	NO	
16	El propósito de la investigación será conocida por los sujetos participantes	SI	X	NO	
17	Justifique si su respuesta es No.				

#### RESPECTO POR LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

18	El diseño especifica el destino de los datos personales y asegura confidencialidad.	SI	X	NO	
19	Las encuestas se identificarán mediante un número de folio que coincidirá con los datos personales del paciente, tutor y operador. Los datos sólo estarán disponible para el investigador.				

20	Aporta evidencia contundente sobre lo inocuo de las maniobras a desarrollar sobre las personas	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
21	<i>Si su respuesta es No, justifique.</i>				
22	Los sujetos de investigación serán informados de nuevos riesgos o beneficios descubiertos durante el desarrollo de la investigación	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
23	<i>La investigación solo describirá las características del paciente alterar la salud del paciente</i>				
24	Está considerado en el estudio el retiro de la investigación y/o la aplicación de tratamiento para aquellos sujetos que experimenten afectos adversos o eventos imprevisibles durante el desarrollo de la investigación	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
25	Dada las características de la investigación no se presentaran efectos adversos en los participantes del estudio. Si el paciente y tutor desea retirarse del estudio, no existirán daños ni prejuicios hacia él. Se puede comunicar por teléfono o correo electrónico dejado en información dentro del consentimiento				
26	El protocolo de investigación especifica el destino de las muestras de tejidos obtenidas.	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
27	<i>La investigación no contempla el uso de muestras de tejidos.</i>				
28	Si la investigación implica costos o gastos para los participantes por los servicios recibidos	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
29	<i>Si su respuesta es Sí, justifique.</i>				

#### AUTORIZACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

30	El protocolo de investigación está autorizado por el director de la institución y/o jefe de servicio donde se ejecutará	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
31	<i>Justifique si su respuesta es No.</i>				
32	El protocolo de investigación corresponde a un estudio financiado y/o generado por alguna empresa farmacéutica o comercial	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
33	<i>Si su respuesta es Sí, especifique empresa y vínculos del investigador.</i>				
34	Existe beneficios directos para el investigador (publicación, pecuniarios) según los resultados de la investigación	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
35	<i>Justifique si su respuesta es Sí</i>				

El investigador responsable (tutor), individualizado más abajo, declara que toda la información descrita en este formulario corresponde a la verdad. A su vez se compromete a informar al Comité de Ética Científica sobre cualquier cambio en el protocolo de investigación presentado, como también la aparición de nuevos riesgos y/o daños generados en el desarrollo de la investigación y que afecten a los sujetos de investigación

Fecha de entrega 10 06 16

Nombre Tutor Responsable 1: Dr. Alfredo Cueto Urbina.
Nombre Interno Responsable 2: Daniela Díaz P. – Paulina Gaete A.
Firma Tutor 1: <span style="float: right;">Firma Interno 2:</span>

### 9.3. Anexo 3: Criterios Éticos aplicados al Consentimiento Informado

#### Anexo 3: CRITERIOS ÉTICOS APLICADOS AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título trabajo de Investigación:		10	06	16
En caso de diseño experimental en personas debe cumplir con cada acápite o en su defecto justificar debidamente		si	no	no aplica
36	Se informa el título de la investigación	X		
37	Se describe brevemente en que consiste el estudio, lo indispensable.	X		
38	Se describen los objetivos.	X		
39	Se detalla la metodología a utilizar en relación a los voluntarios.	X		
40	Explica por que fue elegido para participar en la investigación.	X		
41	Se explica el tratamiento que puede ser utilizado.			X
42	Se indican riesgos, molestias y efectos adversos.			X
43	Se especifica el balance riesgo-beneficio.	X		
44	Se definen los tratamientos alternativos posibles.			X
45	Se precisa la voluntariedad en la participación.	X		
46	Se puntualiza la retirada voluntaria en cualquier momento.	X		
47	Se especifica que la retirada del ensayo no afectara la calidad del tratamiento.			X
48	Se orienta qué personas tendrán acceso a los datos.	X		
49	Se indica como se resguardaran la confidencialidad de los datos.	X		
50	Se describe el modo de compensación, mencionando solo aquellas que serán beneficios reales y no aquella a que tienen derecho aunque no participen.			X
51	Se indica el especialista responsable del ensayo y los internos que apoyan la ejecución.	X		
52	Se especifica cómo contactar con el responsable en caso de urgencia.	X		
53	Se compromete a compartir con el participante información sobre el estado de su salud	X		
54	Se especifica que el participante antes de aceptar puede hablar con alguien con quien se sientan cómodos acerca de la investigación.	X		
55	Se informa al voluntario que puede tomarse tiempo para reflexionar si quieren participar.	X		
56	Se explica si no entiende alguna de las palabras o conceptos, se tomará tiempo para explicarle por un miembro del equipo de investigación.	X		
57	Se registra la aceptación formal por parte del paciente (firma)	X		
58	acepta el representante en caso de personas incompetentes que participan	X		

El paciente o participante debe recibir la cantidad y calidad de información suficiente adecuada a su grado de comprensión, expresada a través de un lenguaje comprensible adaptado a la condición tanto cultural como emocional del paciente

El investigador responsable, declara que toda la información descrita en este formulario corresponde a la verdad.

Fecha de entrega		10	06	16
Nombre Tutor Responsable 1: Dr. Alfredo Cueto Urbina				
Nombre Interno Responsable 2: Daniela Diaz P. - Paulina Gaete A.				
Firma Tutor 1:		Firma Interno 2:		

#### 9.4. Anexo 4: Carta Certificación comité de ética

Folio N° 037

Viña del Mar, Septiembre 2016

### **CERTIFICADO**

El Comité Ético Científico de la Escuela de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, certifica que el trabajo de investigación: "ANSIEDAD DEL NIÑO, DE SU TUTOR, DEL OPERADOR Y EL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTA EL PACIENTE EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA", de las estudiantes Paulina Gaete y Daniela Díaz, bajo la tutoría de Dr. Alfredo Cueto y tutor asociado: Dra. Beatriz Beytía ha sido **APROBADO**.

En virtud de lo anterior, en este acuerdo se estableció de forma unánime la implementación de la investigación, refrendándose en la sesión de fecha 1 de septiembre de 2016. Sin desmedro de lo anterior, cualquier cambio posterior en el transcurso del estudio deberá ser informado formalmente a este Comité para su re-evaluación y nueva aprobación.



DR. ALFREDO CUETO U.  
Miembro Comité Ético Científico  
Universidad Andrés Bello  
Campus Viña del Mar



MARCELA GUTIERREZ C.  
Secretaria Comité Ético Científico  
Universidad Andrés Bello  
Campus Viña del Mar

## 9.5. Anexo 5: Carta de certificación para proceder con las encuestas



Valparaíso, 16 de Junio del 2016

### CERTIFICADO

La Psicóloga que suscribe, certifica la colaboración en calidad de experto en psicometría de constructos psicológicos para la Tesis: "ANSIEDAD DEL NIÑO, DE SU TUTOR, DEL OPERADOR Y EL COMPORTAMIENTO QUE PRESENTA EL PACIENTE EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA".

Cuyas reuniones de validación tienen lugar los días 25 y 31 de Mayo, además del 2 de Junio, a partir de las 19:00 hrs. En las dependencias de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso.

Finalmente se establece la pertinencia metodológica de los instrumentos dispuestos para la medición del constructo de la Ansiedad, tanto en su validez como en su confiabilidad.

PAULINA IBACETA GONZÁLEZ

PSICÓLOGA

MG@ EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

FACULTAD DE FARMACIA

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Av. Gran Bretaña 1093, 4° piso Edificio B, Valparaíso

Fono: (032) 2508111

## 9.6. Anexo 6: Consentimiento Informado del Tutor

Yo, \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en esta investigación, titulada ““Ansiedad del niño, de su tutor, del operador y el comportamiento que presenta el paciente en la clínica odontopediátrica” realizada por las alumnas internas Daniela Díaz y Paulina Gaete de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, en conjunto con Dr. Alfredo Cueto y Dra. Beatriz Beytía.

He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es reunir información sobre los niveles de ansiedad dental frente a la atención odontológica de mi hijo(a), y del tipo de comportamiento que este presente. Reconozco que mi hijo fue elegido debido a asistir como paciente a la Clínica de la Cátedra de Odontopediatria. Se me ha indicado que previo a la atención dental de mi hijo(a), debo responder una encuesta en la sala de espera voluntariamente, que puedo consultar con un tercero de confianza que opina sobre la investigación. Posteriormente se me informará el resultado de la misma.

Es de mi conocimiento que la información entregada 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 con 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 \_\_\_\_\_

Ante cualquier comentario o consulta comunicarse con Lic. Paulina Gaete al correo [pauli.g7@gmail.com](mailto:pauli.g7@gmail.com) o Lic. Daniela Díaz al teléfono: 998841945.



## 9.7. Anexo 7: Consentimiento Informado del Operador

Estimado Estudiante:

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado ““Ansiedad del niño, de su tutor, del operador y el comportamiento que presenta el paciente en la clínica odontopediátrica”, dirigido por Dr. Alfredo Cueto, académico del Departamento de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello, y la Dra. Beatriz Beytia, académica de la cátedra de odontopediatría Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar.

El objetivo de este estudio es: Relacionar el tipo de comportamiento con el nivel de ansiedad que experimenta el niño, su tutor y el operador.

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará que responda, un cuestionario, que contiene preguntas sobre ansiedad estado y rasgo, el cuestionario en sí le tomará aproximadamente 15 minutos. La participación en esta actividad es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, ni académica. Usted puede negarse a participar en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción. .

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con un número asignado a cada participante, la identidad de los alumnos estará disponible sólo para el personal del proyecto y se mantendrá completamente confidencial. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de la tesis para optar al título de cirujano dentista. Todos los nuevos hallazgos significativos desarrollados durante el curso de la investigación, le serán entregados a Usted. En formato de tesis disponible a partir de Diciembre 2016 en la Biblioteca Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

De participar de todo el estudio no se contemplan ningún otro tipo de beneficios directos para Usted. La informaciones recolectadas no serán usadas para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

Acepto conforme,

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ante cualquier comentario o consulta comunicarse con Lic. Paulina Gaete al correo [pauli.g7@gmail.com](mailto:pauli.g7@gmail.com) o Lic. Daniela Díaz al teléfono: 998841945.

## 9.8. Anexo 8: Asentimiento Informado

Hola nuestros nombres son Daniela Díaz, y Paulina Gaete, licenciadas en Odontología, trabajando en la tesis en el Departamento de salud pública de la Universidad Andrés Bello, sede viña del mar. Actualmente se está realizando un estudio para conocer acerca de [tus sentimientos cuando vienes al dentista](#) y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en [elegir un dibujo de caras según como te sientas en este momento](#).

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá o abuela hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una ( ✓ ) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna ( ✓ ), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

---

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## 9.9. Anexo 9: Asentimiento Informado para niños analfabetos

Hola nuestros nombres son Daniela Díaz, y Paulina Gaete, licenciadas en Odontología, trabajando en la tesis en el Departamento de salud pública de la Universidad Andrés Bello, sede viña del mar. Actualmente se está realizando un estudio para conocer acerca de [tus sentimientos cuando vienes al dentista](#) y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en [elegir un dibujo de caras según como te sientas en este momento](#).

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá o abuela hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionas/ las mediciones será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

“He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentimiento al participante potencial y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando de que ha dado su asentimiento libremente”.

Nombre del testigo (diferente de los padres) \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de investigador a cargo \_\_\_\_\_

## 9.10. Anexo 10: Escala de Evaluación del Comportamiento del Niño

### Escala de Valoración de la conducta de Frankl

**Instrucciones:** Evalúe el comportamiento del niño, durante la atención dental, de acuerdo a la siguiente pauta.

	<b>Categoría</b>	<b>Conducta</b>
<b>1</b>	Definitivamente negativo	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera
<b>2</b>	Negativo	Acepta el tratamiento con mucha dificultad, se muestra arisco y/o lejano y ausente
<b>3</b>	Positivo	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso
<b>4</b>	Definitivamente positivo	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

Tratamiento realizado: \_\_\_\_\_

Edad Paciente: \_\_\_\_\_

## 9.11. Anexo 11: Encuesta de Corah Modificada

**Nombre Tutor:** \_\_\_\_\_

**Relación familiar con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

*Experiencia Odontológica anterior: ( ) Excelente ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala*

### **RESPONDA LA ALTERNATIVA QUE MÁS LO IDENTIFIQUE:**

**1. Si tuviera que ir al dentista mañana para una revisión, ¿cómo se sentiría al respecto?**

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave).

**2. Cuando está esperando su turno en el consultorio del dentista en la silla, ¿cómo se siente?**

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave).

**3. Cuando usted está en la silla del dentista esperando mientras el dentista prepara el taladro (TURBINA DENTAL) para comenzar de trabajo en los dientes, ¿cómo se siente?**

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave).

**4. Imagínese que usted está en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras espera el dentista o higienista saca los instrumentos que serán utilizados para raspar (LIMPIAR) sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?**

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

**5. Si le van a inyectar con una aguja anestésico local para su tratamiento dental ¿cómo se siente?**

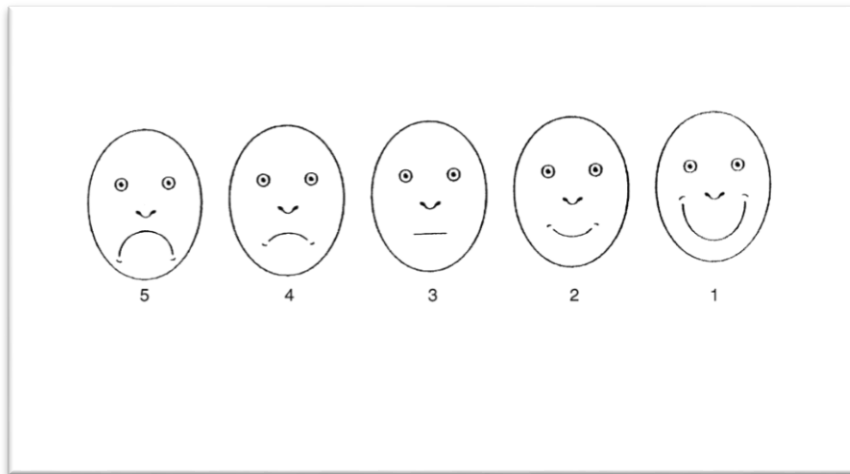
- a. Relajado, nada ansioso

- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

## 9.12. Anexo 12: Escala de Valoración para la Ansiedad del Niño

### Escala FIS (Face Image Scale)

Instrucciones: “Te voy a mostrar una serie de caras, que van desde la total felicidad a la Total tristeza. La idea es que me digas cual de las caras es la que mejor representa como te sientes en este momento”



### 9.13. Anexo 13: Encuesta para valorar la Ansiedad del Operador

#### **IDARE**

#### INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente ahora mismo***, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	<b>NO</b>	<b>UN POCO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>MUCHO</b>
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

## IDARE

### INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Me canso rápidamente	1	2	3	4
3. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
4. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
5. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
6. Me siento descansado	1	2	3	4
7. Soy un persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
8. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
10. Soy feliz	1	2	3	4
11. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
12. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
13. Me siento seguro	1	2	3	4
14. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
15. Me siento melancólico	1	2	3	4
16. Estoy satisfecho	1	2	3	4
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19. Soy una persona estable	1	2	3	4
20. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4



### 9.14. Anexo 14: Encuesta de Calibración para Alumnos de V año

Responda las preguntas sobre el tipo de comportamiento que presenta el niño según la encuesta de FRANKL.

#### Escala de Valoración de la conducta de Frankl

**Instrucciones:** Evalúe el comportamiento del niño, durante la atención dental, de acuerdo a la siguiente pauta.

	Categoría	Conducta
1	Definitivamente negativo	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera
2	Negativo	Acepta el tratamiento con mucha dificultad, se muestra arisco y/o lejano y ausente
3	Positivo	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso
4	Definitivamente positivo	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

#### Preguntas:

- 1) Juan, 6 años, acude a la Clínica odontológica UNAB, ingresa al box dental en los brazos de su madre, reclama al subirse al sillón dental. Al saludarlo y explicarle lo que se hará no responde. Se le explican que son los instrumentos dentales y que se le contarán los dientes, el paciente insiste en no responder y abre la boca solo por algunos segundos. Se logra sellar un diente. Respuesta: \_\_\_\_\_
- 2) Martina, 4 años de edad, acude a Clínica odontológica UNAB, al ingresar al box dental se muestra alegre, se sube sola al sillón dental y abre la boca instantáneamente. Mantiene la boca abierta todo el tiempo, al poner anestesia infiltrativa no se molesta y solamente mantiene la boca abierta. Es capaz de seguir órdenes por parte del odontólogo para poder realizar la obturación de composite del diente 7.4. Respuesta: \_\_\_\_\_
- 3) Daniel y Francisca son mellizos y acuden juntos a la Clínica odontológica UNAB. Tienen 8 años de edad, su madre relata que a Daniel no le gusta lavarse los dientes y la esquivo cada vez que ella intenta realizar la limpieza bucal. Por otro lado cuenta que Francisca se lava los dientes dos veces al día pero no permite la ayuda de su madre. Daniel se niega ingresar al box dental, llora y grita arrastrándose por el suelo en la sala de espera, se intenta conversar con él pero no cede a ingresar al box dental. Hoy es el día donde a Daniel se le deben realizar exodoncias seriadas, se niega a ingresar al box dental y grita arrastrándose por el suelo de la sala de espera. Mamá no coopera y solamente le grita. Después de 30 minutos entra al box y se sienta en el sillón, se niega al abrir la boca y no se realizan las exodoncias en esta sesión. Respuesta: \_\_\_\_\_
- 4) Francisca, a la vez, se encuentra sentada esperando su ingreso al box dental, se le observa con movimiento constante de piernas. Una vez que ingresa al box dental espera

órdenes para sentarse en el sillón, en el cual se afirma fuertemente de los costados. Posterior a la explicación de los procedimientos a realizar, Francisca coopera pero de manera intermitente, se logran sellar los dientes. Respuesta: \_\_\_\_\_

- 5) Paciente de 7 años de edad asiste a la consulta odontológica por presentar dolor en el lado derecho de su cara, al ingresar al box dental, acompañado de su madre, sigue instrucciones sin dificultad alguna, sin embargo, al momento de poner anestesia se muestra inquieto y no sigue instrucciones. Se le da un momento para que se relaje y se procede nuevamente sin dificultad alguna. Respuesta: \_\_\_\_\_
- 6) Isidora de 5 años de edad asiste a la consulta odontológica acompañada de su padre, al momento de ingresar se esconde detrás de él. Su padre opta por sentarla en el sillón dental, ella se muestra nerviosa y le toma fuertemente la mano a su padre. Al momento de hacer el examen odontológico sigue correctamente las instrucciones, a pesar de que está en un evidente momento de estrés hace lo mejor para cooperar. Respuesta: \_\_\_\_\_
- 7) Belén tiene 9 años de edad, acude a la clínica dental por múltiples caries, sus padres están preocupados, pero ella al parecer no toma conciencia alguna sobre su salud oral. Se muestra un poco temerosa al examen odontológico. Se decide comenzar con tratamientos mínimamente invasivos en los cuales demuestra completa cooperación y adaptación. A la tercera sesión se intenta poner anestesia pero ella se desadapta completamente y no sigue ningún tipo de instrucción, se pone a llorar y promete al odontólogo que la próxima sesión sería diferente, sin embargo en la sesión siguiente no hubo cambio alguno y se decide derivar a un especialista.  
Respuesta: \_\_\_\_\_
- 8) Juanita 8 años de edad, acude a urgencias por dolor en el lado izquierdo de la mandíbula junto a su padre. Al examen se observa un diente con movilidad y que tiene la encía hinchada. Se decide realizar la extracción. Al poner la anestesia, la niña empieza a llorar y a decir que quiere a su papá. Lloro y grita, se le envía afuera para poder avanzar con otros pacientes y que le tome la anestesia. 15 minutos después entra a la consulta y llora gritando, se sienta en el sillón y se realiza la exodoncia sin problemas. Al salir abraza fuertemente a su padre. Respuesta: \_\_\_\_\_
- 9) Vicente 5 años, acude para tratamiento pulpar del diente 8.5, se sienta tranquilamente en el sillón, se separa fácilmente de la madre. Al poner la anestesia se mantiene en silencio, afirmándose fuertemente al sillón. Al empezar a sentir que la cara está dormida, empieza a llorar, se mantiene asustado. Se pone un tope de mordida para que mantenga la boca abierta pero a medida que avanza el tratamiento el niño sigue triste, se pone rojo y sigue llorando. Logra sacarse el tope de goma en reiteradas ocasiones y muerde los dedos de los odontólogos fuertemente. Se deja con fermin el diente y no se logra realizar el tratamiento. Respuesta: \_\_\_\_\_
- 10) Joaquín 6 años, acude al consultorio, donde en una sesión se debe sellar los dientes ya que es necesario darlo de alta GES. El niño es muy tímido, se sienta temerosamente en el sillón, se le explica cada paso a realizar. El niño se asusta al sentir levemente el sabor

acido, y empieza a presentar arcadas. Se mantiene quieto y triste unos minutos, logra volver a abrir la boca y se realizan los sellantes pertinentes. Respuesta: \_\_\_\_\_

9.15. Anexo 15: KAPPA

Operador	Regla										Kappa	Operador	Regla										Kappa
	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3			2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	
1	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	26	2	4	1	3	3	3	1	2	1	2	0,86
2	2	4	1	3	2	3	3	2	1	3	0,71	27	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1
3	2	4	1	3	2	3	2	2	1	3	0,71	28	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1
4	2	4	1	3	3	3	1	2	1	2	0,86	29	2	4	1	3	3	3	1	2	2	3	0,85
5	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	30	2	4	1	2	3	3	1	2	1	3	0,86
6	2	2	1	3	3	3	1	2	1	3	0,86	31	2	2	1	3	3	3	1	2	1	3	0,86
7	2	4	1	3	3	3	2	2	1	3	0,85	32	2	4	1	3	3	3	1	2	1	2	0,86
8	2	4	1	2	3	3	1	2	1	3	0,86	33	2	4	1	3	3	3	2	2	1	3	0,85
9	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	34	2	1	1	3	3	3	1	2	1	3	0,85
10	2	4	1	3	3	1	1	2	1	3	0,85	35	2	4	2	3	3	3	1	2	1	3	0,85
11	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	36	2	4	1	2	3	3	2	2	1	3	0,71
12	2	4	1	2	3	3	1	2	1	3	0,86	37	2	4	1	3	3	3	1	2	1	2	0,86
13	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	38	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1
14	2	4	1	3	3	3	1	2	1	2	0,86	39	2	4	1	3	3	3	1	2	1	2	0,86
15	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	40	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1
16	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	41	2	2	1	3	3	3	1	2	1	3	0,86
17	2	1	1	3	3	3	1	2	1	3	0,85	42	2	4	1	3	3	3	2	2	1	3	0,85
18	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	43	2	4	1	3	1	3	1	2	1	3	0,85
19	2	4	1	3	3	2	1	2	1	3	0,86	44	2	4	1	3	3	1	1	2	1	3	0,85
20	2	4	1	3	3	3	1	2	2	3	0,85	45	2	4	1	3	2	3	1	2	1	3	0,86
21	2	4	1	3	3	3	2	2	1	3	0,85	46	2	4	1	3	3	3	2	2	1	3	0,85
22	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	47	2	4	1	3	3	3	1	1	1	3	0,85
23	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	48	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1
24	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1	49	2	4	1	2	3	3	1	2	1	3	0,86
25	2	4	1	3	3	3	1	1	1	3	0,85	50	2	4	1	3	3	3	1	2	2	3	0,85
												51	2	4	1	3	3	3	1	2	1	3	1

## 9.16. Anexo 16: Criterio de Exclusión

Extracto Ley N° 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Título II, párrafo 8°, artículo 28

Artículo 28.- Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica. En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal. En contra de las actuaciones de los prestadores y la Autoridad Sanitaria en relación a investigación científica, podrá presentarse un reclamo a la Comisión Regional indicada en el artículo siguiente que corresponda, a fin de que ésta revise los procedimientos en cuestión.