

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO APLICANDO DISEÑO DE
PROGRAMA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 4 A
14 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO**

PRESENTADO POR:

ANNAIS ADELY CRISTAL CARRILLO MARCOS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD**

ASESOR:

Dra. SOLEDAD DIONISIA LLAÑEZ BUSTAMANTE

HUACHO - 2021

**ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO APLICANDO DISEÑO DE
PROGRAMA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 4 A
14 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO**

ANNAIS ADELY CRISTAL CARRILLO MARCOS

TESIS DE MAESTRÍA

ASESOR:

Dra. SOLEDAD DIONISIA LLAÑEZ BUSTAMANTE

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
HUACHO**

2021

DEDICATORIA

A mis progenitores quienes me han brindado sus enseñanzas y consejos, así como su apoyo en toda mi formación académica y profesional a lo largo de todos los años.

..

Annais Adely Cristal Carrillo Marcos

AGRADECIMIENTO

A los profesores de la UNJFSC, los que me brindaron su conocimiento en mi formación profesional

Annais Adely Cristal Carrillo Marcos

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación de la investigación	4
1.4.1 Teórica	4
1.4.2 Práctica	4
1.4.3 Metodológica	4
1.5 Delimitaciones del estudio	5
1.5.1 Disponibilidad de tiempo	5
1.5.2 Limitados medios económicos	5
1.6 Viabilidad del estudio	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.1.1 Investigaciones internacionales	6
2.1.3 Investigaciones nacionales	8
2.2 Bases teóricas	12
2.2.1 Diseño de un programa	12
2.2.1.1 Concepto de programa	12
2.2.1. La Ansiedad	18
2.3 Bases filosóficas	25
2.4 Definición de términos básicos	26
2.5 Hipótesis de investigación	28

2.5.1 Hipótesis general	28
2.5.2 Hipótesis específicas	28
2.6 Operacionalización de las variables	28
CAPÍTULO III	30
METODOLOGÍA	30
3.1 Diseño metodológico	30
3.2 Población y muestra	31
3.2.1 Población	31
3.2.2 Muestra	31
3.3 Técnicas de recolección de datos	33
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información	34
CAPÍTULO IV	35
RESULTADOS	35
4.1 Análisis de resultados de grupo de control y experimental	35
Valores extremos de los datos	36
4.2 Análisis descriptivo cualitativo por grupo de control y experimental	37
4.2 Prueba de Normalidad (Shapiro - Wilk)	39
4.3 Contrastación de hipótesis	39
CAPÍTULO V	46
DISCUSIÓN	46
5.1 Discusión de resultados	46
CAPÍTULO VI	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
6.1 Conclusiones	48
6.2 Recomendaciones	49
REFERENCIAS	50
7.1 Fuentes documentales	50
7.2 Fuentes bibliográficas	52
7.3 Fuentes hemerográficas	52
7.4 Fuentes electrónicas	53
ANEXOS	54
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
Matriz de consistencia	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Operacionalización de la variable X</i>	28
Tabla 2: <i>Operacionalización de la variable Y</i>	29
Tabla 3: <i>Población de estudio</i>	31
Tabla 4: <i>Muestra de estudio</i>	32
Tabla 5: <i>Estadísticos descriptivos del Pre y Post test de la Ansiedad</i>	35
Tabla 6: <i>Valores extremos</i>	36
Tabla 7: <i>Nivel alcanzado en la Ansiedad</i>	37
Tabla 8: <i>Pruebas de normalidad</i>	39
Tabla 9: <i>Estadísticos descriptivos de la disminución de la Ansiedad</i>	40
Tabla 10: <i>Estadísticos descriptivos de contraste de la Ansiedad</i>	41
Tabla 11: <i>Estadísticos descriptivos de la disminución de la Ansiedad antes de la Intervención</i>	42
Tabla 12: <i>Estadísticos de contraste de la disminución de la Ansiedad antes de la Intervención</i>	43
Tabla 13: <i>Estadísticos descriptivos de la disminución de la Ansiedad después de la Intervención</i>	44
Tabla 14: <i>Estadísticos de contraste de la disminución de la Ansiedad</i>	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Nivel alcanzado en la Ansiedad en el grupo de control</i>	38
Figura 2: <i>Nivel alcanzado en la Ansiedad en el grupo experimental</i>	38
Figura 3: <i>Disminución de la Ansiedad en la atención odontológica en niños de 4 a 14 años</i>	41
Figura 4: <i>Disminución de la Ansiedad en la atención odontológica antes de la Intervención</i>	43
Figura 5: <i>Disminución de la Ansiedad en la atención odontológica después de la Intervención</i>	45

RESUMEN

El trabajo de investigación titulado: “Estudio de Cohorte Prospectivo aplicando Diseño de Programa a fin de menguar el Ansia en infantes con 4 a 14 Añitos en el Hospital Regional de Huacho”, es una labor de indagación con el fin de alcanzar el nivel educativo de Maestría en Gerencia de servicio de salud de la escuela de Postgrado de la UNJFSC-Huacho.

La sistemática empleada se halla adentro del diseño casi. empírico y la teoría trazada es: “el empleo de un programa de salud tiene un gran impacto en la disminución del ansia en el cuidado odontológico en infantes con 4 a 14 añitos en el Hospital Regional de Huacho”. En la indagación, el colectivo quedo formado en 160 infantes atendidos en el hospital en mención. En la indagación se estableció la usanza de un modelo no probabilístico intencionado con 160 educandos: 80 conjunto de controles y 80 grupo de experimento. la herramienta esencial empleada en la indagación es la Prueba Escala de FIS, la cual se empleó a la sucesiva inconstante. Los efectos demuestran que el empleo del programa de salud de ansiedad ha disminuido los niveles de ansias en el cuidado odontológico en infantes con 4 a 14 añitos en el hospital antes mencionado.

La autora

Palabras claves: prospectivo, salud, ansiedad

ABSTRACT

The research work entitled: "Prospective Cohort Study applying Program Design to reduce Anxiety in children aged 4 to 14 at the Huacho Regional Hospital", is a research work to obtain the academic degree of Master in Service Management Department of the Graduate School of the UNJFSC- Huacho.

The methodology used is within the quasi design. experimental and the hypothesis raised was: "The application of a health program has a great impact on reducing anxiety in dental care in children from 4 to 14 years old at the Huacho Regional Hospital." For the research, the population was made up of 160 children treated at the hospital in question. The research determined the use of an intentional non-probabilistic sample of 160 students: 80 control group and 80 experimental group. The main instrument used in the research was the FIS Scale Test, which was applied to the second variable. The results show that the application of the anxiety level health program has decreased anxiety in dental care in children aged 4 to 14 at the Huacho Regional Hospital.

The author

Keywords: prospective, health, anxiety

INTRODUCCIÓN

La labor a realizar se ve condicionada en ciertos caracteres, en el presente tema, los efectos conseguidos en dicho análisis, solamente serán válidas en el colectivo muestra de este estudio.

La sistemática empleada a fin de realizar el este compromiso basado en un análisis de campo, no empírico, en el hospital Regional de Huacho, aplicando una Prueba de entrada y salida a los pacientes el cual admita precisar las perspectivas que poseen con relación a los programas de Cohorte prospectivo y su influencia en la disminución de la ansiedad

La teoría se distribuye en capítulos enumerados así:

- 1er.- Proposición del inconveniente, adonde se realiza la exposición del contexto problemático, la estructuración del inconveniente y el fundamento del trabajo realizado.
- 2do.- Cuadro Hipotético, el que muestra las referencias y las raíces hipotéticas del argumento de este trabajo.
- 3er.- Metodología, se muestra el esbozo metodológico, el colectivo y modelo, y las metodologías y herramientas utilizadas en la indagación.
- 4to.- Efectos, lo cual es la autovaloración de los procesos utilizados.
- 5to.-, Discusiones sobre las posibilidades, efectos y significaciones encontradas en este trabajo. En cada conclusión y recomendación, se hace reseña a los efectos precisos obtenidos en el progreso de este trabajo, y adonde se efectúa la proposición de maniobras y acciones a asumir en el procedimiento del inconveniente que se desentraña.
- En cada referencia bibliográfica, se congrega los fundamentos consultados en la elaboración de este trabajo y la fundamentación de los informes.
- Los anexos, que vendrían a ser el instrumento y otros tipos de documentos los cuales fueron ineludibles en el progreso de la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En todo el planeta las ansiedades dentales en los infantes fueron reconocidas como un inconveniente público el que consigue llevar a los escasos de atención bucal y por lo que simboliza un inconveniente en los que lo sufren y los doctores para uno y otro de la misma manera.

En la actualidad la mayor tasa de afectación en la etapa de la infancia es la caries dental ; considerándose antiguamente como una enfermedad multifactorial, hoy en día la caries dental es una disbiosis, quiere decir que es la modificación de la proporción y la igualdad en cuanto a la desigual especie de los microorganismo que están en la flora oral, teniendo como causa principal al sustrato (alto consumo de azúcar) , en la cual intervienen factores predisponentes y determinantes , por lo tanto es un inconveniente muy usual a nivel mundial, donde el 90.4% de peruanos padecen de caries dental (Minsa), debido a ello se emplea atención de promoción, prevención y recuperación. Sin embargo, se toma en cuenta la atención odontológica en niños, ya que la hay múltiples factores negativos que provocan ansiedad y miedo, convirtiéndose en un entorpecimiento en cuando al manejo de conducta.

La ansiedad se comprende como un estado psicológico, se manifiesta de forma desapacible reflejado en la conducta; identificado como miedo o temor ante una acción.

El temor dental o estrés en infantes es un problema o un obstáculo durante la atención odontológica, donde el profesional no puede realizar los tratamientos adecuados que en consecuencia tiene un gran impacto en salud bucal; ya que los padres se rehúsan a seguir con el tratamiento bucal al observar el gran temor que manifiesta el niño.

También es importante los métodos básicos de conducción de comportamiento aplicado en el paciente infantil, ya sea al proporcionar un ambiente acogedor, presentar comunicación o aplicar medios didácticos debido a ello; la respectiva investigación se basa en implementar un protocolo de atención indicada para niños en la primera consulta dental mediante organización, planificación y procedimiento; todo con base de estrategias con el objetivo de obtener una guía de referencia con nivel primario con la objetivo de reducir la reacción negativa de los infantes durante la intervención.

Por ello, el proyecto de investigación se basa en disminuir el estrés en niños de 4-14 años aplicando un programa diseñado antes de la intervención odontológica comparando con niños del mismo rango de edades que no se hayan sometido a la intervención del programa, así se podrá evaluar y buscar aportes para mejorar la atención odontológica mediante métodos, técnicas.

Este trabajo investigativo se realizó en el Hospital Regional de Huacho el cual se funda un 02 de oct. -1970, y fundado en Centro Base, convirtiéndose en Hospital de ayuda y después en 1990 fue distinguido como Hospital Regional. Sus estructuras horizontales, cuentan con 04 ambientes, el primer ambiente quedo diseñado para de Consultas Externas y las Módulos Administrativos, en el 2do piso se hallan las especialidades de Pediatría y Medicina, en el tercer piso la Sala de Alumbramientos y Neonatologías y atención de UCI, y 4to. el área de Cirugías y tres Salas de Operación, del mismo modo la Unidad de Hemodiálisis. Este Hospital es el foco de referencia de la atención básica en Huaura - Oyón teniendo 45 Puestos y 09 Centros de Salud. En la Jurisdicción de Huaura los Centros de Salud de Végueta,

Hualmay, Carquín, Sta. María y Huaura, en la Costa y en la Sierra en Ambar y Sayán. En Oyón, Churín.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué efectos tendrá la aplicación de un programa de salud en la disminución de la ansiedad en la atención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cómo conocer el grado de ansiedad de los grupos de control y experimental antes de la intervención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho?

¿Qué diferencias tendrá el grado de ansiedad de los grupos de control y experimental después de la intervención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar los efectos que tendrá la aplicación de un programa de salud en la disminución de la ansiedad en la atención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar el grado de ansiedad de los grupos de control y experimental antes de la intervención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Establecer las diferencias entre el grado de ansiedad de los grupos de control y experimental después de la intervención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La ansiedad dental es el inconveniente psíquico adonde el que la padece ingresa a un cambio de temor al acudir a realizarse un diagnóstico odontológico, la mayor parte de los procesos odontológicos no son de dolores fuertes, no obstante, el hecho de hacerse examinar logra hacer que el que lo padece se estrese. La ansiedad dental logra mostrarse de diferentes maneras, lo cual depende de los niveles se pueden establecer si los procedimientos serán positivos y con excelentes efectos o netamente negativos, de la misma manera para el que opera como para el que lo sufre.

1.4.2 Práctica

Va a permitir que los profesionales de la odontología mejoren su conocimiento y aplicación para disminuir la ansiedad y el temor al momento de extracción de un diente.

1.4.3 Metodológica

Después de haber realizado una revisión íntegra en relación con los trastornos de angustia, logramos demostrar que, en todo el ámbito a nacional y también local, no se encontraron conocimientos precisos de la prevalencia de dichas perturbaciones, que reflejan la escasa de atención en dicho colectivo de edad.

1.5 Delimitaciones del estudio

1.5.1 Disponibilidad de tiempo

La investigadora tuvo que adecuar su horario de trabajo para poder realizar la recopilación de bases teóricas en las bibliotecas de la Escuela de Postgrado de la UNJFSC, y realizar el trabajo de campo para el procesamiento estadístico.

1.5.2 Limitados medios económicos

La realización de este trabajo requirió un presupuesto económico el cual, de acuerdo con su particularidad de ser ejecutado con autofinanciamiento por la propia investigadora quien tuvo que asumir algunas restricciones. Sin embargo y, teniendo la exigencia y responsabilidad de emplearla, se logró realizar y las costas fueron asumidas, con recursos particulares de la investigadora.

1.6 Viabilidad del estudio

Este compromiso el cual trata sobre investigar, cuenta con las pesquisas necesarias para su progreso y se realizó la disposición de los recursos precisos como las herramientas, instrumentos, para la ejecución de esta investigación, se pudo crear un programa que nos servirá para el manejo de ansiedad, lo cual permitirá aportar medidas apropiadas y correctivas que contribuirán a disminuir la ansiedad dental, así mismo contamos con el apoyo del personal del área odontológica del Hospital Regional de Huacho para realizar las estrategias con la finalidad de mejorar este problema en los pacientes infantiles.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

2.1.2 A nivel Internacional

Carrión (2015) en “*Angustia dental en infantes con 4 a 12 añitos en la clínica de Odontopediatría Hospital de la universidad de Motupe, ciclo marzo - julio 2015*”, asumió el objetivo de realizar una evaluación de la angustia dental en un colectivo de infantes con 4 – 12 añitos en la Clínica de Odontopediatría del Hospital de la Universidad de Motupe, dicho análisis es de pauta cualitativa, de corte colateral y descriptiva a fin de conseguir el develamiento de un origen y determinar cuál es la procedencia que más falta en el inconveniente a fin de instituir los desenlaces, se efectuó a 150 infantes de ambos sexos entre Marzo y Julio 2015.

La herramienta utilizada es una indagación la cual contenía medidas que establecieron los límites de angustia dental en los infantes. En los efectos se encontraron a un 20% de infantes presentando angustia y las infantas el 11.33% de 4 a 12 años de edad en el momento de hacerse la consulta de odontología, lo cual se debía a que su enorme miedo es percibir la presencia del odontólogo realizando el taladrado en el 15%, en escasa proporción un 2% es tener que asistir al consultorio dental; y al emplear el procedimiento de manejar la conducta consiguió enorme efecto el método Indicar, Exponer y realizar” en el 86% reduciendo de manera significativa la angustia dental en los infantes de ambos sexos optimizando el aspecto de las emociones.

Mautz (2017) realizó la tesis *“Prevalencias de angustia dental en infantes que se atienden en el Servicio de Salud Público de Valdivia, Chile”*, donde obtuvo una mayor incidencia de angustia dental en infantes y niñas con 6 a 10 años, es un análisis de esbozo de observación de corte colateral por medio de la aplicación de la escala de imágenes faciales (FIS), el cual concluye implementar esta aplicación adentro del análisis odontológico pediátrico, a fin de proporcionar un óptimo acomodo y adhesión al procedimiento. Se concluye afirmando que La incidencia de AD en Valdivia es más a la vista en otros estudios similares realizados en Chile. Encomendamos realizar FIS, adentro del servicio odontológico pediátrico, a fin de suministrar un óptimo acomodo y adhesión al procedimiento.

Jimenez (2017) en su *“Diseños de programas de Intervención a fin de disminuir la angustia en infantes escolares de nivel Primario”*, donde se intenta sensibilizar a todos los individuos, principalmente a los profesores, de que en los salones de clase de nivel Primario hay, en este momento, unos eminentes indicadores de angustia infantil lo cual queda perturbando al contorno particular y educativo de los educandos. Se sabrá y realizarán trabajos de investigación en los aspectos que desencadenan de la angustia en los niños y se hará insistencia en los aspectos los cuales en el contorno educativo influyen en el incremento de los niveles de angustia. Asimismo, se averiguarán si hay métodos para disminuir la angustia en el dentro educativo. Además, se diseñarán programas para disminuir los niveles de angustia en los educandos de nivel Primario, con el propósito de ayudar a los profesores al momento de participar en salón de clase.

Mafla (2016). el propósito de su investigaciones es establecer la eficiencia del videojuego en la merma del nivel de angustia de los niños, por medio de una sistemática basada en un análisis médico fortuito empírico de prototipo colateral, el cual se realizó en 80 infantes de 6 a 10 años los cuales concurren a la clínica de la U. de las Américas, por

medio del control pulsioxímetro anticipadamente graduado, la averiguación y un examen directo, logrando como consecuencia probada la teoría trazada de que la certidumbre del videojuego consigue reducir la angustia y lograr pacientes pediátricos más colaboradores a fin de admitir su procedimiento dental.

Gallegos (2016). El objetivo de esta tesis es cotejar los métodos de musicoterapia y gafas de distracciones audiovisuales a fin de reducir los niveles de angustia en infantes con 6 a 8 añitos del centro educativo consejo de Pichincha. El cálculo de la angustia se ejecutó con medidas objetivas y subjetivas, a la que se les incluyo el pulso y escalas de imágenes faciales. En lo que se eligieron 210 infantes con 6 a 8 añitos los cuales se fraccionó en 2 conjuntos a fin de realizar una evaluación de los niveles de angustia al dar uso a los métodos seleccionados; conjunto A: 105 infantes con musicoterapias, conjunto B: 105 infantes con gafas, a los infantes se midió el pulso y la escala de imagen facial, precedentemente al procedimiento (higiene dental) y luego del procedimiento. El estudio de detalles se efectuó por medio del SPSS versión 21. cuyos efectos de análisis establecieron y al ejecutar el cotejo en cuanto a una y otra técnica se contempló similitudes de efectos en los controles de la angustia ($p > 0,121$). Y el método de musicoterapias el pulso se redujo luego de un procedimiento. Y el método de gafas el pulso seguía de la misma manera que al comienzo y luego del procedimiento pues no se hallaron diferenciaciones al respecto. Se llega a la conclusión que uno y otro método es efectivo para reducir los niveles de angustia en infantes con 6 a 8 años.

2.1.3 Investigaciones nacionales

Gutierrez y Walde (2017) en *“Estimación de angustia dental empleando 3 escalafones en infantes los cuales concurren a la 1ra vez a los centros universitarios de salud”*, cuyo propósito es Valorar el nivel de angustia dental utilizando 3 escalas en infantes

con 5-10 años los cuales asisten por 1ra vez al Centro Universitario de Salud. El modelo quedó conformado con 203 infantes con 5 y 10 años los cuales visitaron por 1ra vez al Centro Universitario de Salud de la UPC, durante el periodo julio-diciembre 2016. En la valoración con el escalafón RMS- Pictorials, el nivel de edades 9-10 añitos, todos varones consiguieron un nivel elevado de (± 1.97). En la escala de Venham, en el nivel de 5-6 años, las niñas obtuvieron el nivel más elevado (± 0.063) con diferencias a que los niños (± 0.00). En la escala de FIS, en el nivel de 9-10 años, las niñas obtuvieron el nivel más elevado (± 2), de igual manera que los niños, en el nivel de 7-8 añitos, obtuvieron (± 2). El escalafón RMS- Pictorial es el escalafón de más proporción de aprobación (54.67%), continuada del escalafón de FIS (24.63%) y, definitivamente, el escalafón de Venham (20.68%). Se concluye en la escala RMS-Pictorial, Venham y FIS consintieron valorar la angustia odontológica en infantes con 5 a 10 añitos precedentemente de las 1ras visitas al odontólogo en los Centros Universitarios de Salud UPC.

Chipana (2018) en *“Efectos del uso del videojuego en el dominio de angustia en infantes los cuales asisten a la Clínica de Odontología UNA- Puno 2018”*. Es una tesis cuantitativa, prolongada, prospectiva y casi empírica, en la que se tuvo la cooperación de 50 infantes con 5 a 8 años los cuales fueron a la consultorio odontológico UNA-Puno y estuvieron escogidos por comodidad del autor de esta tesis; el modelo quedo dividido en 2 conjuntos: controles y empírico, se evaluaron el nivel de angustia con el escalafón de imagen facial; se efectuaron en uno y otro grupo 2 estimaciones de niveles de angustia, la 1ra se realizó anteriormente a ejecutar el procedimiento, posteriormente en el agregado empírico se utilizaron los lentes de realidades virtuales y se le colocaron videojuegos a lo largo del procedimiento de reconstrucción; en tanto al agregado de control no se le efectuaron intervenciones en los transcurso del tratamientos odontológicos restauradores; finiquitando

el procedimiento se evaluaron por 2da vez el nivel de angustia en uno y otro agregado proporcionando la misma indicación al infante que en la 1ra valoración. terminado el acopio de antecedentes se vincularon al ensayo estadístico U de Mann Withney y Wilcoxon ($p < 0.05$) en la contratación de teorías. Suministrando en resultados donde el videojuego es eficaz en el control de angustia en infantes los cuales asistieron a las clínicas odontológicas de la UNA- PUNO 2018

Espinola (2019) en “*Prevalencias de angustia odontológica en niños de 6 a 9 añitos que se atendieron en la Clínica Dental docente asistencia de la Universidad Antenor O. 2019*”, donde valoraron a 98 niños utilizándose la indagación en relación a los niveles de angustia en el servicio odontológico por medio de la Facial Image Scale. Los efectos en el actual análisis establecieron a la angustia odontológica es mas en niños con angustia ligera (40%), y en menos proporción la angustia regular a rigurosa y rigurosa (11%), correspondientemente. Al ejecutar el estudio descriptivo se encontraron diferencias significativas en uno y otro grupo ($p = 0.000 < 0.05$). de acuerdo al sexo, los niños consiguieron más proporción en angustia ligera (41%), continuado de las niñas (39%), en tanto que uno y otros sexos lograron igual y menos proporción haciendo diferencia en el nivel de angustia, las niñas angustia regular (8%), los niños angustia regular a rigurosa (8%). Al efectuarse el estudio descriptivo no se encontró diferencias significativas en uno y otro conjunto ($p = 0.873 > 0.05$).

De acuerdo a la experiencia odontológica, la alta proporción de angustia en los niños con nada de experiencias fue rígida (36%), en los que disfrutaron excelentes experiencias es ligera (59%) y los que asumieron malas experiencias fue moderado a severo (36%). Al efectuarse el estudio descriptivo se encontró diferencias significativas en uno y otro conjunto ($p = 0.007 > 0.05$). Alcanzando al desenlace la angustia dental asumió diferencias

significativas en uno y otro grupo; y de acuerdo al sexo, las niñas obtuvieron la más elevada proporción en angustia regular a rigurosa y angustia rigurosa, en tanto que de acuerdo a la experiencia odontológica previa la más elevada proporción lo alcanzó los pacientes con ansiedades leves.

Meza y Cárdenas (2017). Realizo una investigación sobre *“Influencias de la angustia de los progenitores e infantes de la 1ra visita estomatológica”*, en el centro de salud de la jurisdicción de Huaricolca, en Tarma, se obtuvo que los padres presentaron ansiedad alta con un 54% mientras que un 31,7% presenta ansiedad moderada, respecto a los niños la mayoría presenta ansiedad con un 58,7% en tanto que un 41,3% se presenta no afanoso, donde concluyeron que hay reciprocidad en la angustia del progenitor y el infante ante 1ra visita dental.

Evelyn, (2018). Una investigación sobre *“Correspondencia en cuanto a angustia, temor dental de los progenitores y la ayuda de infantes al procedimiento estomatológico”* en la UNMSM, se consiguió que los progenitores mostraron escasa angustia (57%), los infantes en su mayor parte, son no afanosos (64,54%), donde se concluyó que la angustia incitada por el procedimiento estomatológico en los infantes y padres no queda relacionada, más si el temor.

Abreú y Poche (2018) en *“Efectividad de la usanza de la musicoterapia en el empleo de la angustia en infantes con 5 a 10 años los cuales concurren a la zona de odontopediatrías de la clínica dental Dr. René Puig B. de la U.N. Pedro Henríquez U., mayo - agosto 2018”*. dicha tesis examinó la seguridad de la usanza de la musicoterapia en el empleo de la angustia en infantes con 5 a 10 años, los cuales concurren por 1ra vez a la zona de odontopediatrías de la clínica dental Dr. René Puig B. de la UNPHU. La tesis realizada con 2 fases

anteriormente y a lo largo del tratamiento de la higiene en 50 niños. En una y otra etapa se les realizó una medición del pulso con un oxímetro y los estados de ánimos de cada uno usando el Test de dibujo de Venham.

El colectivo en análisis se fraccionó de igual manera para los dos a fin de establecer las influencias de la musicoterapia. Las variaciones del pulso con el método antes y a lo largo el procedimiento es más efectivo, reduciendo 13.72 palpitations por minuto en correspondencia al método sin música con 2.56. las niñas obtuvieron mejor resultado en uno y otro método, en la edad de 5 y 6 años. Exponiendo que el tratamiento con música origina la mengua del pulso y el nivel de angustia de infantes con menos edades.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Diseño de un programa

2.2.1.1 Concepto de programa

Koontz y Weihrich precisan así al programa: Son un grupo de fines, políticos, métodos, pautas, asignación de tareas, gestiones a alcanzar, materiales a utilizar y demás componentes obligatorios a fin de efectuar una concluyente trayectoria de labores.

Concepto de definición (2020) sostiene que la expresión Programa vale para indicar a la congregación de acciones las cuales tanto en secuencias o simultánea son realizadas por un agregado de individuos con el propósito de que se efectúe el objetivo. A partir del programa de una ostentación, hasta los actos que forman a un entretenimiento en la televisión toman la denominación de programa. Su cambiante empleo no obstante difunde su usanza a todos los espacios de la indagación y estudio. Sin apartarnos demasiado de la idea única del vocablo, un programa es un agregado de componentes concordados que despliegan las labores de una ocupación a fin de perfeccionar un trabajo.

Significados (2018) La expresión programa hace reseña a un procedimiento o propósito constituido de las diferentes acciones que se irán a efectuar. Asimismo, es un método de repartimiento de las diferentes componentes de un curso o asignaturas. La locución palabra es de origen latín “programma” la cual a su vez posee su inicio en una expresión griega.

Rodríguez Espinar et al.; (1993) un programa es “un agregado de actividades metodologías, esmeradamente proyectadas, encaminadas a unos objetivos como contestación a las insuficiencias formativas de los educandos, progenitores y maestros de una institución.

2.1.1.2. Las características de los programas de trabajo son las siguientes:

- El programa es un proyecto de tareas, calculado y definido ordenadamente.
- El programa proporciona informaciones y muestra etapas de adelanto.
- Desplegar un programa de labores nos faculta a reducir coste y tiempo perdido en el transcurso del mismo, valiéndose de los espacios convenientes.
- El programa de labores va conexo con el presupuesto del mismo, consintiendo así un estudio más escrupuloso de los materiales que manejaremos.
- El programa coordina los ordenamientos de los diferentes departamentos adentro de un centro.

2.1.1.3. Dimensiones del programa de investigación

Para poder reducir la angustia en los infantes con 4 a 14 años hemos considerado la siguiente estructura:

a. Los video juegos

Lasaca (2011) precisa como una acción de adiestramiento, la cual deserta de la realidad y ordinaria y sobrelleva al interesado a sumirse en un universo virtual, con un propósito fijo en cualesquiera de sus exposiciones, que se dictaminan por pautas estableces y metódicas en áreas transitorias limitadas. Dicha acción es garante de interacciones sociales a fin de colaborar habilidades y componentes a fin de conseguir la esencia del esparcimiento, dichos dispositivos presentaron un progreso tecnológico, que actualmente es diverso y asemeja individuos y maneras del universo real.

Llanco (2014) el papel colectivo del videojuego tiende a estar en discusiones, en un comienzo fueron estimados como distracción para infantes y jóvenes, no obstante, hoy varios mayores todavía son encantados por los videojuegos; en tanto que varias veces se consideraron al videojuego como para perder el tiempo y fuentes de distracciones, los peritos suelen actualmente a subrayar su valor educativo y pedagógico.

Rol del juego en la intervención del programa

los juegos son el quehacer esencial del infante y por lo que es el recurso más fuerte para conseguir el logro de algún propósito del procedimiento de pediátrica, pues consiente desarrollar los rangos de progreso en los infantes, proporciona la ventaja del rol y hábito ocupacional en cada uno, impulsa el progreso de la conveniente composición sensoria, la cual proporciona las interpretaciones de la pesquisa del contorno y forma la manifestación de contestación adaptativa conforme a estos incitaciones externas.

Por medio del juego, los terapeutas pueden suministrar estimulaciones a nivel del sistema sensorial táctil, propioceptivos, auditivos, visuales, olfativos y gustativos, lo que viabiliza el progreso de diferentes destrezas y habilidades psicomotrices, cognoscitivas, perceptibles, sensorias y psicosocial. Hurlock (2008).

Se consigue impulsar el canalizado de la acometividad y la locución de agitaciones, pues este proporciona la exclusión de energías retenidas y beneficia las expresiones de impresiones por medio de cosas y caracteres que manifiestan las experiencias del infante y focos confusos que estos logren causar.

Influencia de videojuegos en la conducta

A lo largo de tiempo, se ha conversado de la impresión que el videojuego ejerce en los infantes, varias veces son permanentes los argumentos negativos que ingresan al universo de las adicciones, la violencia, el ímpetu; en nuevos trabajos de investigación citados, estudiosos plantean realizar dichos componentes en la formación y desarrollo de los infantes asimismo trabajan para impulsar las conductas alimentarias, promocionarla a la salud, instruirse sobre reglas sociales e incitar a la creatividad, solucionar inconvenientes por medio de los videojuegos.

El triunfo del videojuego en las sociedades obtiene un cuidado específico pues hay 2 argumentos de bastante fundamento, por la similitud entre los valores de actitudes y comportamientos los cuales estimulan los videojuegos y, por otro lado, el estudio, como exigencias que una enérgica instrucción la cual debe considerar.

b. La musicoterapia.

Benenson (2011) Es una particularidad usada desde hace poco tiempo, nuevo y novedosos, un procedimiento que maneja resonancias y melodías a fin de tener un resultado

en los pacientes. Esta estrategia se usa a fin de optimizar la calidad de existencia y recobro colectivo de los sentidos a través de cada instrumento corpóreo-sonidos-musicales. De acuerdo a Benenzon: “el tratamiento con música es el área de la medicina la cual investiga el complejo psíquico - sensorial con un propósito de hacer ingreso a fuentes de comunicaciones a los seres humanos, proporcionar resultados beneficiosos y psicoprofiláctico.

Palacios (2018) En el presente a la musicoterapia se le considera de manera científica, pues está en interacciones entre la música, su medio de empleo, el terapeuta y los pacientes. Se basa en elementos científicos y algunos propósitos beneficiosos; el sonido, los ritmos, la armonía, establecen las percepciones de esta. A fin de alcanzar los resultados terapéuticos de la musicoterapia entran técnicas neurofisiológicas complejas mediadas por el tálamo, hipotálamo y el tronco cerebral, con contestación psicofisiológicos frente a estas incitaciones, que proporcionan espacio al alivio.

El uso de melodías, consecuencias sonoras y sonidos posee el propósito el suministrar recursos no amenazadores para la iniciación de los conductos de comunicaciones, suministrar catalizadores para la libertad de agitaciones impasibles.

La musicoterapia y la ansiedad

La musicoterapia comúnmente se usa en neutralizar los sentimientos de angustia de la persona, optimizando el discernimiento y las diferenciaciones de los sentimientos, incrementando las motivaciones, reduciendo la angustia, la conmoción y la autonomía de expresar las impresiones, ilusiones y temores al operante. La música consigue animar y ayudar impresiones y reminiscencias, la cual puede redireccionarlos a las impresiones en un ambiente no amenazador, de manera oral o no oral.

La musicoterapia al ser usada no solamente se hizo su camino en las materias de la psicología, sino que casualmente fue utilizada en medicina y en odontología. Al usar este método procede de manera directa en relación al sistema nervioso reduciendo sus acciones, favoreciendo y concediéndole al paciente impresiones de alivio y sosiego, lo cual crea una mengua de la presión arterial y frecuencia cardíaca.

Efectos biológicos de la musicoterapia

Rever y Arts (2018) La música en relación a los organismos vivos posee varios resultados biológicos y consigue causar diversas secuelas, de acuerdo a las particularidades de las melodías; las cuales son el aumento o mengua de las inconstantes hemodinámicas. En cuanto a dicha variación orgánica se hallan:

- Acrecienta el metabolismo.
- Apresura la respiración o reduce su asiduidad.
- Repercute en el volumen referente de sangre.
- Varía la presión arterial.
- Reduce el impacto del estímulo sensorial.
- Ritmo cardíaco.
- Tensión arterial.
- Secreciones del jugo gástrico.
- Tonicidades musculares.
- Trabajo de cada glándula sudorípara.
- Equilibrios térmicos de la piel

2.2.1. La Ansiedad

2.1.1.1. Definiciones de la ansiedad

Bisquerra, Punset, Mora, García, y López de manera general los seres vivos soportan adentro de ellos un gran motor, el que es la emoción. Por lo que, son idóneos de manifestarse a un específico contexto el cual se les muestra diciendo emociones no obstante, simplemente un conjunto de los seres vivos, específicamente las personas, son consecuentes de la reacción emocional. Por lo que, son las personas los que saben y conocen como diferenciar las distintas emociones las cuales consiguen advertir y esto sucede gracias a los que poseen sentimientos. Las mencionadas reacciones las cuales brotan de manera instintiva en el organismo como contestación a los diversos contextos a los cuales se afrontan las personas. Dichos contextos consiguen ser en ciertas situaciones peligrosos o placenteros para el mismo sujeto.

Rodríguez (2009) La ansiedad pueril es precisada como una "experiencia no placentera la cual usualmente sucede como contestación a contextos de amenazas, efectiva o imaginaria, mencionada por medio de sintomatologías físicas o psíquicas que poseen funciones defensivas frente a la vivencia de amenazas" (p.47)

De Corral y Echeburúa (2009) dice la angustia como la reacción a la cual las personas proporcionamos frente a una situación de amenaza, la cual puede ser real o irreal, es indicar que, como una contestación estándar y adecuada.

Sandín (1997) sugiere al vocablo ansiedad y también adiciona que la angustia posee sentidos anticipatorios, es indicar que, tiene la habilidad de anticiparse a la misma persona frente a un riesgo o intimidación. Por lo que, este investigador resguarda que la angustia se trataría de una reacción apasionada, de ambiente anticipatorio y con finalidad adaptativa, es indicar que, su objetivo es adecuar al sujeto frente a los contextos los cuales alcanzan a ser

amenazador o estresante para éste, con el propósito de lograr solucionarla de manera conveniente.

Moreno (2013), asimismo subraya que las diferencias principales entre temor y angustia es que el temor surge en el momento en que hay un contexto que libera esta misma emoción y, no obstante, la angustia se muestra tanto si se proporcionan incitaciones liberadoras como sin que los mencionados estén. Por lo que, el investigador muestra la angustia como una emoción la cual se rige al porvenir, anticipándose a las intimidaciones que pueden suceder o no.

2.1.1.2. Tipos de ansiedad

Hay distintos discernimientos para catalogar las tipologías de angustia las cuales se consiguen mostrar en las personas. Dos de los discernimientos más significativos para concretar la angustia son el discernimiento de regularidad y el de temperamento.

continuyendo el discernimiento de regularidad se logra diferenciar dos subtipos de angustia, los cuales son angustia estándar y anómala (Sacristán- Rodríguez, 2009). La angustia estándar es un fase emocional de tensiones que surgen frente a una concluyente incitación, ya sea positiva o negativa, y que al ser prevalecto suministra al sujeto habilidades y destrezas de afrontamientos. No obstante, si el sujeto utiliza unas contestaciones precedentemente asimiladas (fisiológica, motora y de pensamientos) a fin de hacerle frente a una incitación, la cual jamás será dominado y no logrará conseguir las destrezas de afrontamientos. Dicha conducta hará que se conserve la angustia, o inclusive que se incremente. Por lo mismo, la angustia será anómala en el momento en que el mismo sujeto no consiga superarlo y al mismo tiempo le haga padecer, y en el momento en que persistan más de el período de progreso adecuado del sujeto. Aires (2014)

2.1.1.3. Consecuencias de la ansiedad y el miedo dental

Locker (2003) sostiene que los análisis en relación a la angustia y el temor odontológico quedan según a las secuelas son destructoras y que son un muro de salud de magnos espacios. las evitaciones, el anticipo ansioso o la molestia en el contexto temido interfieren de manera significativa con la práctica habitual, funcionamientos ocupacionales, acciones y vínculos colectivos; la angustia odontológica interfieren con el desarrollo y la calidad de existencia afuera del contorno odontológico Schuurs halló que los enfermos miedosos dentales tenían una escasa autoestima y era sensible a su aspecto odontológico.

Armfield y Stewart (2007) las evitaciones de los tratamientos dentales, las anulaciones de las citas y la indisposición entre los mismos no solamente se han estimado secuelas de la angustia y el temor odontológico sino que fueron nombrados como componentes con capacidad de anunciar que el individuo poseerá angustia y temor odontológico. tratándose pues de un órbita viciosa, en el cual interactúan la angustia y temor odontológico y las evitaciones, lo cual acarrea a sortear las visitas dentales y, en efecto el control odontológico, lo cual acarrea al detrimento de la salud oral la cual combinada con la dificultad por lado del afectado al tomar los tratamientos dentales. Lo cual concluye causando impresiones de vergüenzas e inferioridades con relación a demás personas, reduciendo la autoestima.

2.1.1.4. Prevalencia de la ansiedad mental

La angustia posee una incidencia elevada lo cual hace que en los afectados sorteen las citas, se reporto en una investigacion a un 40% de afectados profesaron angustia y el genero femenino de 26-35 años profesaron más angustia que los varones; prevalencias de temores dentales del 16.4% en mayores y 10.3% en infantes. Los infantes relatan más sensaciones de temor que los mayores; tienen en consideracion que el miedo y la angustia ante los procedimientos odontológicos son inconvenientes habituales en infantes y jóvenes.

El género femenino es que más angustia distinguen puede ser producto de la aprobación colectiva total de reglas las cuales consienten a las damas decir con más independencia sus angustias, basadas en distintos roles colectivos y expectativos; posiblemente la angustia odontológica en varones es mencionada por medio de diversas vías menos inmediatas.

2.1.1.5. El niño frente a la consulta dental

Analisis ejecutados en colectivos pueriles marcan a los infantes muestran mas angustia ante el procedimiento invasivo o incomodo. En cuasnto a estos prevalece la usanza de las piezas de mano, el empleo de anestesias dentales, tratamientos que inducen a las arcadas o sensaciones de ahogarse, el rozamiento con extraños (posiblemente está vinculado con doctores y complementarios), y el apartamiento de sus progenitores a lo largo del procedimiento odontológico.

No correspondería ser insólito tener en consideracion que las procedencias de la angustia odontológica quedan relacionadas con experimentaciones traumáticas en su inicial cita con el dentista en la niñez. Pérez y Gonzales (2002)

2.1.1.6. Factores desencadenantes de la ansiedad

A. Factores Personales

Edad o madurez del niño: La angustia y las dificultades de la conducción de comportamientos tienden a ser más usuales en los infantes adolescentes lo cual se debe a que los infantes mayores consiguen de modo psicológico entender y enfrentar a los procesos odontológicos de un modo distinto. El progreso psíquico posee bastante que ver, a fin de que los pacientes pediátricos entiendan y tengan la estimulación para favorecer en el procedimiento dental. El modo de comunicarse entre el doctor y el afectado conforme a su progreso psíquico participa en los compromisos del infante a lo largo del procedimiento odontológico. Posteriormente de todo el procedimiento odontológico demanda del adeudo del infante a partir de que se siente en la silla hasta que abandona; teniendo en cuenta asimismo el estar unido a un contexto extraño y personas desconocidas, etc. Klingberg y Broberg, (2007)

Personalidad: Es una modo particular que surge a partir de muy prematura edad. El temor odontológico, la angustia odontológica o inconvenientes de conducción de comportamiento quedan unidos a la personalidad de los infantes y que según a estas fueron definidas en: niños infelices, impulsivos, los cuales se angustian con destreza, humor dañino, etc. Los infantes timoratos demandan más paciencia para adaptarse al contexto. Otras dimensiones temperamentales son las negativas emocionales. Los infantes con inconvenientes de conducción de comportamiento poseen elevadas proporciones de actividades e impulsividades.

B. Factores Externos

Ansiedad dental parental: Los infantes consiguen obtener angustia por asimilación de enseñanzas que tuvieron sus progenitores, parientes y otros integrantes de la familia, incitando que los progenitores miedosos transfieran sus estados ansiosos y alcanzando a interferirse con el procedimiento odontológico de su infante realizando interrogaciones que consigan incitar angustia como “¿Es forzoso la usanza de inyección?” o escuetamente narrar prácticas dañinas.

Situación social del niño: Los infantes consiguen concernir a distinto nivel de socioeconomía, por lo cual tiende a mostrarse más prevalencia de angustia odontológica y de los inconvenientes de conducción de comportamientos en infantes de recurso socioeconómico escaso. No obstante, esto consigue nivelar en alguna proporción en naciones que contribuyen un cuidado odontológico gratuitamente para los infantes.

Crianza del niño: La escenario de los progenitores y los infantes han transformado en los actuales períodos lo cual se debe a que la formación del infante por lado de sus progenitores posee una impresión en cómo se manifestará a los procedimientos odontológicos. En el pasado los progenitores, profesores, dentista o algún mayor de edad fueron los que situaban las pautas a los infantes y estos los obedecían, pero actualmente los infantes se enfrentan y discuten el mando y esto perturba en la contexto del procedimiento odontológico.

C. Factores Dentales

Tratamiento dental doloroso: La experiencia del dolor suele ser muy habitual en infantes los cuales no fueron contemplados con anestésicos locales en procedimientos de restauración, estando esto necesario a fin de que se origine desconfianza y angustia en el infante. Otra motivación por la cual consigue incitar en el infante angustia y dificultades de

la conducción del comportamiento, es que no sean adecuadamente instruidos del tratamiento el cual se efectuará antes de comenzar el procedimiento odontológico.

El equipo dental: Los infantes tienden al divisar al sillón dental como un mando el cual incita en intimidación o es atemorizador.

D. Otros factores que provocan un aumento en la ansiedad son:

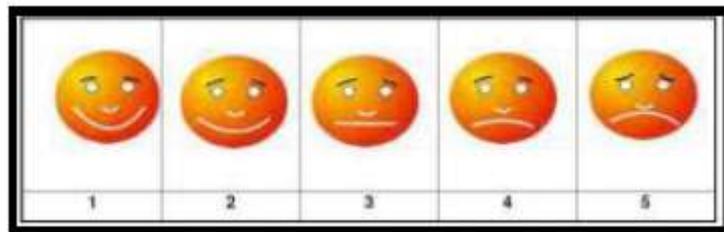
Schneller y Wolff (1999):

- Experiencia dolorosa del procedimiento.
- Amenazas y poder corporal por lado del dentista.
- Tiempos insuficientes en el que el afectado se ajuste a lo extraño frente al procedimiento.
- escases de familiaridad en cuanto al dentista, auxiliar y afectado.
- Historia exagerada contada por los que lo rodean.
- Temores de los progenitores frente al procedimiento consiguen transferirlo al infante.
- Amenazas de los progenitores con las inyecciones hacia el infante si su comportamiento es malo.
- Inconvenientes psíquicos que existen.

2.1.1.7. Factores desencadenantes de la ansiedad

Escala de Imagen Facial (FIS)

Narran en este escalafón fue aplicado en infantes de 3 hasta 18 añitos, la cual vislumbra con 5 fisonomías las cuales parten de muy feliz a muy infeliz lo cual simboliza a partir de 1 angustia leve llegando a 5 angustia rigurosa y se les demanda a los pacientes pediátricos que señalen la carita al cual representen más exactamente cómo se sienten en ese instante. (Buchanan & Niven, 2002)



Donde:

1 = Angustia leve

2. = Angustia leve a moderada

3 = Angustia moderada

4 = Angustia moderada a severa

5 = Angustia severa

2.3 Bases filosóficas

La angustia es una reacción biopsíquica ante a la existencia. Forma en un inicio una contestación psíquica, adelantada a inconvenientes existentes o ficticios, y que se descubren según a los individuos y su discernimiento de los inconvenientes. Caycedo, Cortés, y Gama (2008).

Es un suceso que se determina por impresiones subjetivas de tensiones, aprensiones, nerviosidad y preocupaciones experimentadas por una persona en un tiempo individual Kranhn, García, y Gómez (2011).

Por su lado, la angustia odontológica se ha explicado como el temor a las consultas o a los tratamientos odontológicos, formándose en uno de los problemas más habituales para el experto, con gran impresión en la salud oral.

Una nociva práctica a lo largo del procedimiento odontológico antiguo consigue ser bastante a fin de que el afectado impida concurrir al doctor. No obstante, lo piense obligatorio, lo hará solamente ante el contexto extremo el cual no le de elección, lo que da como efecto una variación del comportamiento del afectado al concurrir al despacho dental, el cual deriva en la escasa ayuda de este. El miedo consigue agrandarse al punto de dejar todo procedimiento, sean leves o complicados.

2.4 Definición de términos básicos

La ansiedad dental. Es el suceso complicado, y su progreso no consigue demostrarse únicamente por una única inconstante. Adentro de la literatura, un dígito de componentes los cuales fueron de manera consistente atados a un elevado episodio de angustia odontológica incluye: Lara A., (2010)

Fobias: Temor extremo a sucesos o contextos los cuales muestran muy escasa o ninguna ventura real.

Trastorno de ansiedad fóbica: a fin de alcanzar a esta determinación los infantes corresponden mostrar temor perseverante o repetido, de manera evolutiva en una etapa adecuada, pero en un nivel inaudito y coligado a desperfecto eficaz revelador el cual debe estar en presencia más de un mes. Es estándar en infantes que muestren miedos vinculados

al sueño y el ir a pernoctar. Los infantes consiguen mostrarse tenaces a ir a su cuarto solitos o a estar en cama. En el momento en que están en cama consiguen advertir temor a ser desamparados, temor a los rateros, etc. Son usuales las apariciones de ilusiones perceptibles (faltas de reconocimientos de estímulos reales), así tenemos, los movimientos de las cortinas son interpretados como un cleptómano o un bandido. Ríos Erazo M. (2013)

Trastorno de evitación escolar: miedos escolares: se fundamenta en el miedo absurdo al centro educativo el cual ocasiona una ausencia a clases totales o parciales. Afectando de manera más efectiva a infantes de 11 a 14 añitos, y logra verse en 5-15 añitos. Es habitual y surjan cimas en tiempos de transiciones escolares nivel primario-secundario. Afectando a infantes e infantas de igual manera. Juan R.Boj., (2010)

Trastorno de ansiedad social: La enérgica impresión de tensiones o nerviosismos en contextos colectivos. De manera típica se inicia en la etapa de adolescente, no obstante, se hizo diagnósticos en infantes de hasta 8 años. Se suele iniciar de manera progresivo y es habitual que vayan precedidas de un pasado previo de temor o alejamiento del colectivo. Las expresiones clínicas logran variarse entre infantes más chicos y los jóvenes. Juan R. Boj., (2010)

2.5 Hipótesis de investigación

2.5.1 Hipótesis general

La aplicación de un programa tiene un gran impacto en la disminución de la ansiedad en la atención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

2.5.2 Hipótesis específicas

La aplicación de un programa será eficaz en la disminución de la ansiedad en el grupo de control y experimental antes de la intervención en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

La aplicación de programa será eficaz en la disminución de la ansiedad en el grupo de control y experimental después de la intervención en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

2.6 Operacionalización de las variables

Tabla 1: Operacionalización de la variable X

Dimensión	Indicador
Los video juegos	<ul style="list-style-type: none">• Rol social de los videojuegos• Lentes virtuales
Musicoterapia	<ul style="list-style-type: none">• Música clásica infantil• Regulación del estado de animo• Relajación
Diseño de un programa	

Tabla 2: *Operacionalización de la variable Y*

Dimensión	Indicador	Ítems
Niveles de ansiedad	Face Image Scale	Angustia Leve =1. Angustia Leve A Moderado=2. Angustia Moderado=3. Angustia De Moderado-Severa= 4. Angustia Severa=5.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

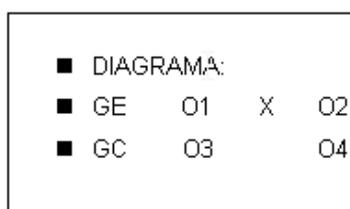
3.1 Diseño metodológico

El esbozo de indagación es de Cohorte Prospectivo - Longitudinal porque se va a desarrollar un estudio sobre aplicar un programa a un grupo experimental seguidos en el tiempo, comparando con el grupo de control, esto permitiría obtener nuevos aportes para implementar cambios antes de la atención primaria odontológica mejorando la calidad del servicio brindado.

Este prototipo de esbozo casi empírico nos accede a valorar las teorías protectoras calculando la eficacia de las habilidades y cotejando los efectos pre y post intervenciones en el colectivo y la modelo.

Los esbozos casi empíricos asimismo manejan intencionadamente una o más inconstantes emancipadas a fin de ver su resultado y vínculo con uno o varios accesorios. Baptista, Hernández y Fernández (2010)

Con pre prueba- pos examen y agregados indemnes (uno de ellos de controles).



Significación de los caracteres:

X= Diseño de un programa

GE=Infantes con 4 a 14 años

GC=Infantes con 4 a 14 años

O1 O3= Examen de ingreso a cada conjunto.

O2 O4=Exámenes de salidas a cada grupo.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Compuesta de manera general por los infantes con 4 a 14 años los cuales se atendieron en la asistencia de Odontopediatra. Aproximadamente son 160 niños (el profesional en odontopediatra se encuentra 4 veces por semana, realizando 10 atenciones por turno).

Tabla 3: *Población de estudio*

Pacientes	Cantidad
Grupo 1	80
Grupo 2	80
Total	160

3.2.2 Muestra

En los esbozos casi empíricos los individuos no son fijados a la casualidad; sino que los mencionados conjuntos ya están hechos precedentemente al ensayo, son conjuntos indemnes, de acuerdo a Baptista, Hernández y Fernández (1999).

Tabla 4: *Muestra de estudio*

Grupo	Cantidad
Controles	80
Experimentales	80
Total	160

Procedimiento

Se seleccionó de manera aleatoria a los infantes con 4 a 14 años, se dividió en 2 grupos los cuales tengan el mismo rango de edades y que se realizaron los mismos tratamientos para evitar sesgos en el estudio.

El primer grupo fue denominado “experimental” porque se aplicó el diseño de programa y el segundo grupo fue denominado “control” porque no se le aplicó el diseño, con ambos grupos se pudo comparar si hay un gran impacto del diseño antes de la atención primaria odontológica.

El diseño de programa consta en lo siguiente:

Observar el comportamiento del paciente infantil, cada paciente es diferente en su comportamiento, por eso es muy importante observarlo para que el profesional se adecue y busque la mejor forma de poder crear una confianza con el paciente. Luego se va a interactuar con el paciente infantil como métodos de mostrar, decir y hacer, también acoplaremos la distracción audiovisual que consiste en un aparato tecnológico donde el niño pueda ver sus series favoritas y así hacer que el niño se concentre en la serie mientras el odontólogo hace simulaciones de atención odontológica, creando seguridad al niño disminuyendo su ansiedad.

Los pacientes infantiles que no hayan recibido atención odontológica anteriormente, se manejarán primero con la interacción del juego odontólogo –paciente que consta; en que

el niño debe cumplir el rol como odontólogo, manipular los instrumentos y materiales del profesional para darle seguridad al paciente infantil.

- Realizar tratamientos no invasivos para generar seguridad al paciente infantil.
- Concientizar a los padres respecto a la salud bucal, así mismo realizar interacción entre los tres individuos (paciente-odontólogo-apoderado).

Se realizará un seguimiento del conjunto empírico y el conjunto controles, luego se procederá a realizar el tratamiento odontológico con el profesional correspondiente para analizar si hay eficacia del diseño programa, disminuyendo la ansiedad y evaluar las diferencias en ambos grupos.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Instrumentos utilizados

La pericia utilizada para el progreso del actual análisis será las observaciones y la herramienta aplicada será la cedula Image Scale (FIS), donde el profesional encargado de hacer la aplicación de programa evaluará y anotará en la ficha de acuerdo como se encuentra el paciente infantil, lo cual será anexado en su historia clínica. Cuando se realice la primera atención primaria odontológica, el profesional llenará la misma ficha para compararla con el primero (pre-test), de igual manera se realizará en el grupo control durante su primera atención odontológica. (En este caso solo se realizará una sola ficha ya en este grupo no se aplicará el diseño de programa).

El proceso de los antecedentes se efectuará manejando el repertorio descriptivo SPSS versión 22, el que nos permitirá realizar esquemas y gráficos, de la misma manera se empleará el Test de Chi Cuadrado de autonomía y el Test de Chi Cuadrado en las inconstantes ordinales con un rango de significación de $p < 0.05$.

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Después del acopio de antecedentes, se comenzó con un proceso de pesquisa, y la realización de esquemas y gráficos descriptivos, se manejó en ello el SPSS, a fin de encontrar efectos del empleo de los interrogatorios.

- Medida de tendencias centrales
- Medidas aritméticas
- Exámenes descriptivos por inconstantes y magnitudes con esquemas de frecuencia y gráfico.

3.4 Inferencial

Se someterá a pruebas:

- La teoría Central
- La Hipótesis específica

En ello efectuaremos lo sucesivo:

- Prueba T en las muestras autónomas a fin de cotejar medias y lograr encontrar la media y las desviaciones estándares del conjunto de controles y experimentales.
- mostrarnos esquemas de cajas a fin de descifrar las valías del conjunto empírico y de controles en el pre-test y post-test.
- Diagramas de Caja

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Tabla 5: Estadísticos descriptivos del Pre y Post test de la Ansiedad

		Descriptivos	
Variables		Estadístico	Error típ.
Pre test de Ansiedad	Medio	3,24	,108
	Mediano	3,00	
	Varianza	1,880	
	Desv. típ.	1,371	
	Mínima	1	
	Máxima	5	
	nivel	4	
	Amplitud intercuartil	2	
	Asimetría	-,289	,192
	Curtosis	-1,052	,381
Post test de Ansiedad	Medio	2,41	,093
	Mediano	2,00	
	Varianza	1,376	
	Desv. típ.	1,173	
	Mínima	1	
	Máxima	5	
	nivel	4	
	Amplitud intercuartil	2	
Asimetría	,474	,192	
Curtosis	-,615	,381	

- **Valores extremos de los datos**

Tabla 6: *Valores extremos*

	Escala	Número del caso	Valor	
Pre test de Ansiedad	1	12	5	
	2	13	5	
	Mayor	3	15	5
	4	17	5	
	5	19	5 ^a	
	1	153	1	
	2	119	1	
	Menor	3	115	1
	4	111	1	
	5	108	1 ^b	
Post test de Ansiedad	1	12	5	
	2	13	5	
	Mayor	3	15	5
	4	16	5	
	5	17	5 ^a	
	1	160	1	
	2	159	1	
	Menor	3	158	1
	4	156	1	
	5	155	1 ^b	

a. En el esquema de valor extremo mayor solamente se muestran una lista parcial

de los asuntos con el valor 5.

b. En el esquema de valor extremo menor solamente se muestran una lista parcial

de los asuntos con el valor 1.

4.2. Análisis descriptivo cualitativo por grupo de control y experimental

Tabla 7: Nivel alcanzado en la Ansiedad

Grupo	Categoría	Pre Test		Post Test	
		f	%	f	%
Control	Angustia leve	20	25,0%	19	23,8%
	Angustia leve a moderado	10	12,5%	10	12,5%
	Angustia moderada	28	35,0%	25	31,3%
	Angustia moderada a severo	15	18,8%	18	22,5%
	Angustia severa	7	8,8%	8	10,0%
	Total		80	100,00%	80
Experimental	Angustia leve	7	8,8%	24	30,0%
	Angustia leve a moderada	7	8,8%	36	45,0%
	Angustia moderada	16	20,0%	17	21,3%
	Angustia moderada a severa	20	25,0%	2	2,5%
	Angustia severa	30	37,5%	1	1,3%
	Total		80	100,00%	80

Fuente: Prueba Escala FIS aplicado a infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional en Huacho.

Interpretación:

El grupo de control: En el Pre test un 35,0% de infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho alcanzaron una ansiedad moderada, un 25,0% adquirieron una ansiedad leve, un 18,8% una ansiedad de moderada a severa, un 12,5% de leve a moderada y un 8,8% consiguieron una ansiedad severa. En el Post test el 31,3% de infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho alcanzaron una ansiedad moderada, un 23,8% adquirieron una ansiedad leve, un 22,5% una ansiedad de moderada a severa, un 12,5% de leve a moderada y un 10,0% consiguieron una ansiedad severa

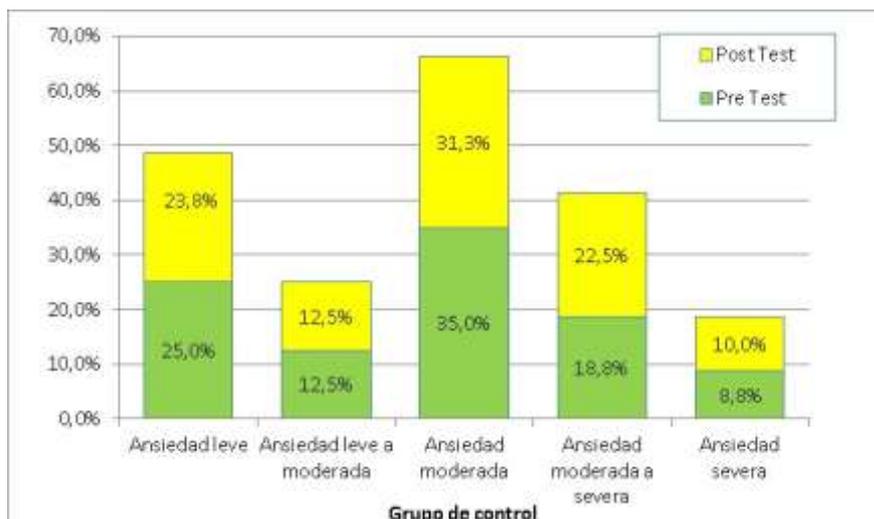


Figura 1: Nivel alcanzado en la Ansiedad en el grupo de control

El grupo experimental: En el Pre test un 37,5% de infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho alcanzaron una ansiedad severa, un 25,0% adquirieron una ansiedad moderada a severa, un 20,0% una ansiedad moderada, un 8,8% de leve a moderada y un 8,8% consiguieron una ansiedad leve. En el Post test el 31,3% de infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho alcanzaron una ansiedad moderada, un 23,8% adquirieron una ansiedad leve, un 22,5% una ansiedad de moderada a severa, un 12,5% de leve a moderada y un 10,0% consiguieron una ansiedad severa

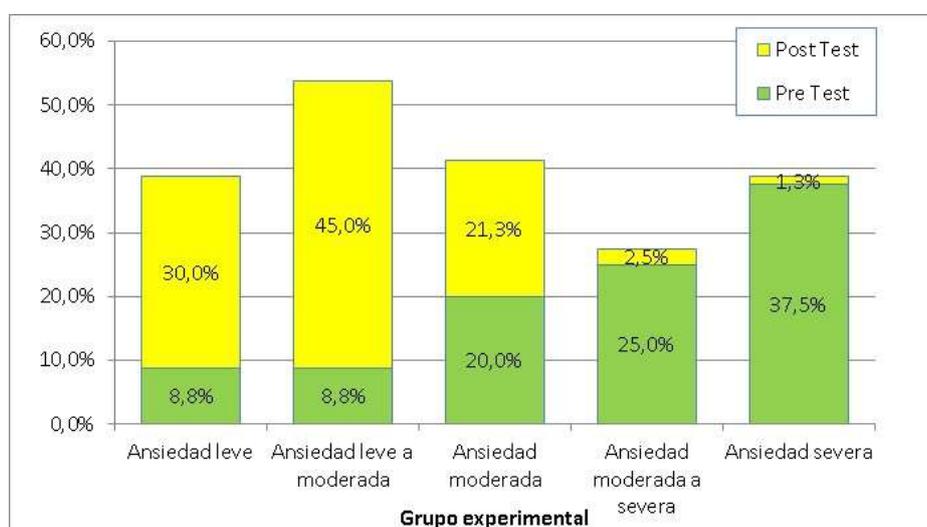


Figura 2: Nivel alcanzado en la Ansiedad en el grupo experimental

4.2 Prueba de Normalidad (Shapiro - Wilk)

Tabla 8: Pruebas de normalidad

Variable	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadística	gl	Sig.
Pre test de Ansiedad	,161	160	,000
Post test de Ansiedad	,194	160	,000

La prueba de regularidad presenta a los antecedentes en la mayor parte de las inconstantes y magnitudes no se hacen la distribución de acuerdo a la Ley Normal, pues la “p” coligada a las diferencias de Shapiro - Wilk proporciona por arriba del rango de significancia alfa precisado ($p < 0,05$).

En dicho asunto lo cual se debe a que de manera general las magnitudes e inconstantes no muestran distribuciones normales, nos obligarán a asumir **prueba no paramétrica** como la **Prueba Test U de Mann-Whitney**.

4.3 Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

HG: La aplicación de un programa de salud tiene un gran impacto en la disminución de la ansiedad en la atención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Ho: La aplicación de un programa de salud no tiene un gran impacto en la disminución de la ansiedad en la atención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Tabla 9: Estadísticos descriptivos de la disminución de la Ansiedad

Estadísticos descriptivos						
Grupo		N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Control	Pre test de Ansiedad	80	2,74	1,270	1	5
	Post test de Ansiedad	80	2,83	1,300	1	5
	Grupo	80	1,00	,000	1	1
Experimental	Pre test de Ansiedad	80	3,74	1,290	1	5
	Post test de Ansiedad	80	2,00	,857	1	5
	Grupo	80	2,00	,000	2	2

Conjunto de controles: En el pre test de Ansiedad se muestra una media de 2,74 (3=Ansiedad moderada) casi similar del post test que muestra una media de 2,83(3=Ansiedad moderada). En este grupo se alcanzaron los valores máximos y mínimos.

Grupo Experimental: En el pre test de Ansiedad se muestra una intermedia de 3,74 (4=Ansiedad moderada a severa) diferente del post test que muestra una media de 2,00(2=Ansiedad leve a moderada). En este grupo se alcanzaron los valores máximos y mínimos.

Tabla 10: Estadísticos descriptivos de contraste de la Ansiedad

	Pre test de Ansiedad	Post test de Ansiedad
U de Mann-Whitney	1846,000	1999,500
W de Wilcoxon	5086,000	5239,500
Z	-4,740	-4,233
Sig. asintót. (bilateralmente)	,125	,000

a. Inconstante de agregado: conjunto

En el Pre test mediante el ensayo Test U de Mann – Whitney se evidencia un valor $U=1846,000$ con un valor $Sig>0,05$, lo que significa que sostiene que ambos grupos presentan condiciones iniciales similares. En el post test el agregado de control y experimental muestran condiciones diferentes debido al valor $U=1999,500$ y el valor $Sig<0,05$.

Por lo expuesto, luego de la aplicación del programa de salud el rango de angustia ha disminuido la ansiedad en las atenciones odontológicas en niños con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

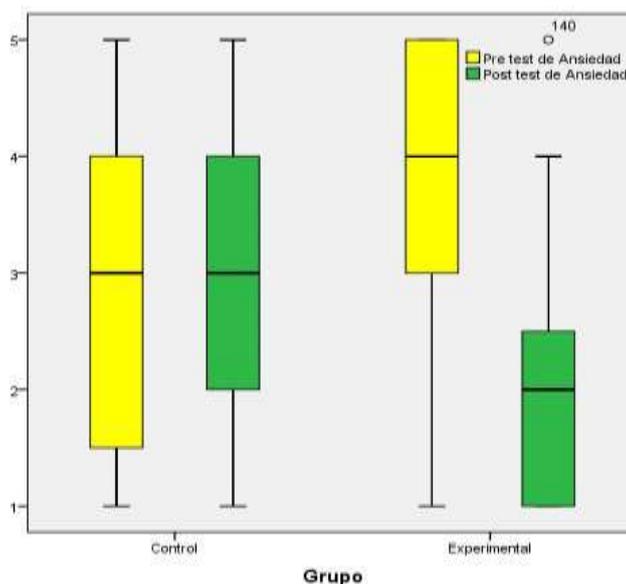


Figura 3: Disminución de la Ansiedad en la atención odontológica en niños de 4 a 14 años

Hipótesis específicas

Primera hipótesis:

H1: La aplicación de un programa de salud será eficaz en la disminución de la ansiedad en el grupo de control y experimental antes de la intervención en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Ho: La aplicación de un programa de salud no será eficaz en la disminución de la ansiedad en el grupo de control y experimental antes de la intervención en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Tabla 11: Estadísticos descriptivos de la disminución de la Ansiedad antes de la Intervención

		Estadísticos descriptivos				
Grupo		N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Control	Pre test de Ansiedad	80	2,74	1,270	1	5
	Grupo	80	1,00	,000	1	1
Experimental	Pre test de Ansiedad	80	3,74	1,290	1	5
	Grupo	80	2,00	,000	2	2

En el pre test: El grupo de control muestra una Ansiedad se muestra una media de 2,74 (3=Ansiedad moderada) casi similar al grupo experimental que muestra una media de 3,74(4=Ansiedad moderada a severa). En este grupo se alcanzaron los valores máximos y mínimos.

Tabla 12: Estadísticos de contraste de la disminución de la Ansiedad antes de la Intervención

	Pre test de Ansiedad
U de Mann-Whitney	1678,000
W de Wilcoxon	5086,000
Z	-4,740
Sig. asintót. (bilateralmente)	,234

En el Pre test mediante el ensayo Test U de Mann – Whitney se evidencia un valor $U=1678,000$ con un valor $Sig>0,05$, lo que significa que sostiene que ambos grupos presentan condiciones iniciales similares.

Por lo expuesto, anteriormente al empleo de los programas de salud el rango de ansiedad en los conjuntos de controles y experimentales no ha disminuido la ansiedad en las atenciones odontológicas en infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho

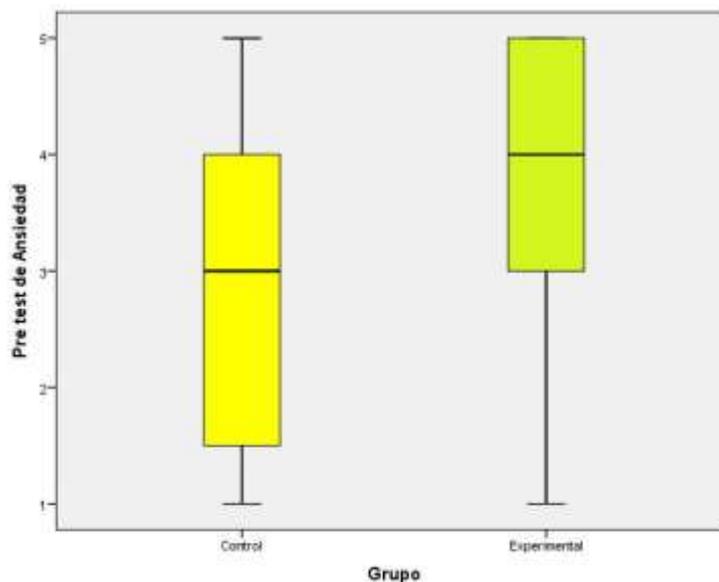


Figura 4: Disminución de la Ansiedad en la atención odontológica antes de la Intervención

Segunda Hipótesis

H2: La aplicación de programa de salud será eficaz en la disminución de la ansiedad en el grupo de control y experimental después de la intervención en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Ho: La aplicación de programa de salud no será eficaz en la disminución de la ansiedad en el grupo de control y experimental después de la intervención en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Tabla 13: Estadísticos descriptivos de la disminución de la Ansiedad después de la Intervención

		Estadísticos descriptivos				
Grupo		N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Control	Post test de Ansiedad	80	2,83	1,300	1	5
	Grupo	80	1,00	,000	1	1
Experimental	Post test de Ansiedad	80	2,00	,857	1	5
	Grupo	80	2,00	,000	2	2

En el post test: El grupo de control muestra una Ansiedad se muestra una media de 2,83 (3=Ansiedad moderada) diferente al grupo experimental que muestra una media de 2,00(2=Ansiedad leve a moderada). En este grupo se alcanzaron los valores máximos y mínimos.

Tabla 14: Estadísticos de contraste de la disminución de la Ansiedad

	Post test de Ansiedad
U de Mann-Whitney	1759,100
W de Wilcoxon	5239,500
Z	-4,233
Sig. asintót. (bilateralmente)	,000

En el Post test mediante la prueba Test U de Mann – Whitney se evidencia un valor $U=1759,100$ con un valor $Sig<0,05$, lo que significa que sostiene que ambos grupos presentan condiciones iniciales diferentes.

Por lo expuesto, luego de la aplicación del programa de salud el rango de angustia ha disminuido la ansiedad en las atenciones odontológicas en niños con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho

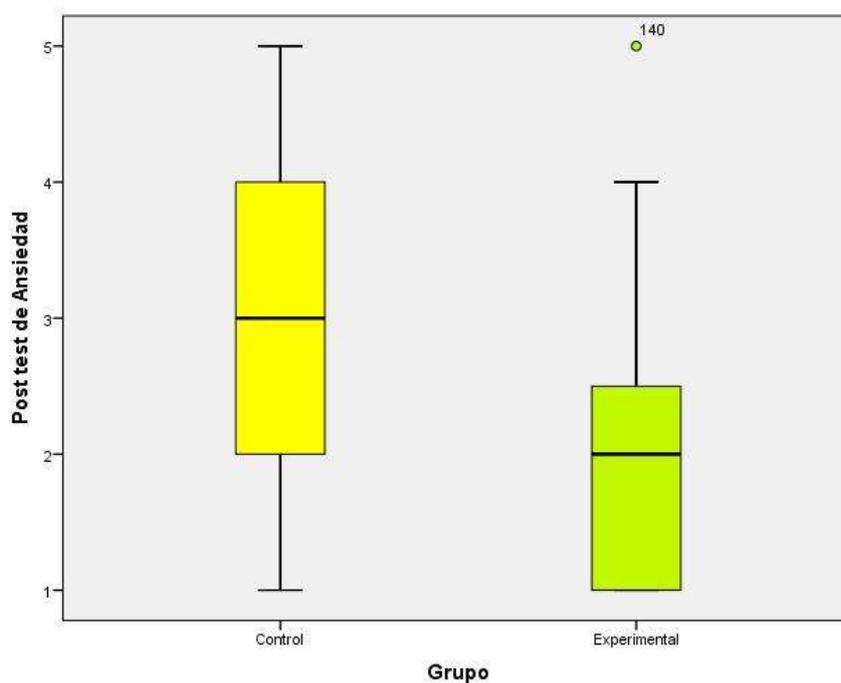


Figura 5: Disminución de la Ansiedad en la atención odontológica después de la Intervención

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

Las sistemáticas para conseguir distracciones audiovisuales, constituyen un instrumento muy valioso en la diversión de infantes, razones por lo que viene siendo muy empleada actualmente adentro de la estomatología, hay diferentes datos que alcanzan al propio desenlace por medio de sus indagaciones

Los resultados realizados a la hipótesis central evidencian que La aplicación del programa de salud el rango de angustia ha disminuido la ansiedad en las atenciones odontológicas en niños con 4 a 14 añitos en el Hospital Regional de Huacho. Similar al compromiso de Carrión (2015) en “Angustia odontológica en los infantes con 4 a 12 años en la clínica de Odontopediatría Hospital de la universidad de Motupe, ciclo marzo - julio 2015” , asumió como objetivo valorar la angustia odontológica en cuanto al colectivo de infantes con 4 – 12 añitos en la Clínica de Odontopediatría del Hospital de la universidad de Motupe, dicho análisis es de prototipo atributivo, de corte colateral y gráfico para alcanzar al develamiento de una iniciación e instituir cuál es el origen que más transgrede en el inconveniente a fin de instituir consumaciones, se efectuó a 150 infantes en el ciclo Marzo-Julio 2015.

En tanto Jiménez (2017) en su “proyecto de un programa de Intervención a fin de disminuir la angustia en infantes escolares de nivel Primario”, donde se intenta concientizar de manera general a los individuos, esencialmente a los profesores, de que en los salones de clase de nivel Primario hay, en el presente, unos altos indicios de angustia infantil el cual está perturbando al contorno particular y estudiantil de los educandos. Se sabrá e investigará los componentes que desencadenan la angustia en pueriles y se crearán programas en los componentes donde el contorno estudiantil contribuye en el incremento del rango de angustia. Asimismo, se indagará si hay repertorios a fin de disminuir la angustia en el centro educativo. Además, se diseñarán programas a fin de disminuir el rango de angustia en los educandos de nivel Primario, con el propósito de beneficiar a los profesores al momento de ingresar en el salón. También, Medina S, (2015) en su análisis alcanzó el desenlace que a discrepancia de la conducción de comportamiento convenido, el entretenimiento audiovisual consiguió una diferenciación reveladora según a la magnitud de angustia se reseña, posiblemente esto incumbe pues las gafas audiovisuales toman el manejo de dos sentidos, el auditivo y la visual apartándolo de manera parcial de su ambiente en el espacio de consulta consiguiendo de este modo más ayuda en los procedimientos renovadores los cuales se les efectuó a los afectados infantiles.

En tal modo, la angustia es una contestación incómoda la cual se declara frente a diversos contextos que enfrentamos a diario, la cual se concibió como un padecimiento que es temporal, lo que no debería obstruir en el progreso de diversas acciones, y siendo así, esta se podría transformar en una patología.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Primero: El empleo del repertorio de salud el rango de angustia ha disminuido la ansiedad en el cuidado odontológico en niños con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Segundo: Antes del empleo del programa de salud el rango de ansiedad en los conjuntos de controles y experimentales no ha disminuido la ansiedad en el servicio odontológico en infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

Tercero: Afirmamos que después del empleo del programa de salud el nivel de angustia ha disminuido la ansiedad en el servicio odontológico en niños con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.

6.2 Recomendaciones

Primero: Se sugiere al educando y odontólogo utilizar videojuego en niños de 4 a 14 años a lo largo de las atenciones odontológicas a fin de disminuir los rangos de angustia y optimizar la eficacia de las atenciones, formando un ambiente más cómodo y atrayente en el afectado. Instituyendo la familiaridad del experto dentista con el infante.

Segundo: instruir a educandos y expertos en relación a las recientes maneras de menguar la angustia pueril a lo largo de las consultas dentales, instituir convenientes formalidades las cuales consientan efectuar un procedimiento de eficacia que demande poco tiempo, con la usanza de gafas virtuales y aparatos de audición (MP3). Cabiendo insistir a la usanza de dichas sistemáticas de distracciones debiendo manejarse sin renunciar a las sistemáticas de comportamiento tradicional, siendo esto una agregación.

Tercero: dar uso al escalafón de imagen facial en herramienta a fin de calcular el rango de angustia en el afectado pediátrico en el trabajo futuro, pues en nuestro análisis es una herramienta hacedera y práctica en los infantes al mostrar cómo se apreciaban en vinculo a la carita mostrada.

Cuarto: seguir con las indagaciones en el porvenir sobre métodos innovadores los cuales apoyen a reducir la angustia en afectados en odontopediátria de diversa edad.

REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

- Abreú, W., & Poche, A. (2018). *Tesis: Efectividad del uso de la musicoterapia en el manejo de la ansiedad en niños de 5 a 10 años que asisten al área de odontopediatría de la clínica odontológica Dr. René Puig Bentz de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, mayo-agosto 2018*. Santo Domingo. Republica Dominicana: Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña.
- Aires, M. (2014). *Trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la infancia*. Madrid. España: Editorial Pirámide.
- Armfield, J., & Stewart, J. (2007). *he vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear*. BMC Oral Health.
- Bisquerra, R., Punset, E., Mora, F., García, F., & López, E. (s.f.). *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31811258/como_educar_las_emociones.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1524312466&Signature=a31iwle051KMqdn%2FqLJy81gIfTQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dcomo_educar_las_em.
- Buchanan, H., & Niven, N. (2002). *Validation of a Facial Imagen Scale to assess child dental anxiety*. Int J Paediat Dent, 12.
- Carrión, K. (2015). *Tesis: Ansiedad dental en los niños de 4 a 12 años en la clínica Odontopediátrica Hospital universitario de Motupe, periodo marzo - julio 2015*. Loja. Ecuador: Universidad Nacional de Loja.
- Caycedo, C., Cortés, O., & Gama, R. (2008). *Ansiedad al tratamiento odontológico: Características y diferencias de género*.
- Chipana, K. (2018). *Tesis: Efecto del uso de videojuegos en el control de ansiedad en niños que acuden a la Clínica Odontológica UNA- Puno 2018*. Puno. Perú: Universidad nacional del Altiplano.

- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid. España: Editorial Pirámide.
- Espinola, L. (2019). *Tesis: Prevalencia de ansiedad dental en pacientes de 6 a 9 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica docente asistencia de la Universidad Antenor Orrego 2019*. Trujillo. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Gallegos, K. (2016). *Tesis: Nivel de ansiedad: estudio comparativo entre la musicoterapia y gafas de distracción audiovisual, en niños de 6 a 8 años de edad de la escuela consejo provincial de Pichincha*. Quito. Ecuador: Universidad Central de Ecuador.
- Gutierrez, M., & Walde, X. (2017). *Tesis: Evaluación de ansiedad dental aplicando 3 escalas en niños que asisten por primera vez a un centro universitario de salud*. Lima. Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicada.
- Jimenez, C. (2017). *Tesis: Diseño de un programa de Intervención para reducir la ansiedad en niños escolarizados en Primaria*. Sevilla. España: Universidad de Sevilla.
- Klingberg, G., & Broberg, A. (2007). *ental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors*. *Int J Paediatr Dent* 17(.
- Kranhn, N., García, A., & Gómez, L. (2011). *Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión*. *Fundamentos en Humanidades*. .
- Locker, D. (2003). *Psychosocial concequences of dental dear anxiety*. *Dentistry and Oral Epidemiology*.
- Mafla, B. (2016). *Tesis: Influencia de los videojuegos para disminuir la ansiedad de los niños de 6 a 10 años de edad antes y durante la atención odontológica en la facultad de odontología de la universidad de las Américas*. Santiago. Chile: Universidad de la Americas.
- Mautz, C. (2017). *Prevalencia de ansiedad dental en niños atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile*. Chile.: Universidad Austral de Chile.
- Meza, J., & Cárdenas, C. (2017). *Tesis: Influencia de la ansiedad de los padres y niños de la primera visita odontológica*. Lima. Perú: Universidad Científica del Sur.

Pérez, N., & Gonzales, C. (2002). *Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad*. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est03302.htm: Revista Cubana Estomatológica.

Rodriguez, J. (2009). *Las depresiones infantiles. Psicopatología infantil básica: Teorías y casos clínicos*. Madrid. España: Editorial Piramide.

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid. España: Dykinson.

Schneller, T., & Wolff, G. (1999). *Psicología en Odontopediatría. Labor dental*.

7.2 Fuentes bibliográficas

Austral, U. (2011). *Balance de la investigación durante el año 2011 en el Centro Académico de Salud*. Argentina: Universidad Austral.

Diaz, Y. (2003). *Desarrollo de la imagen institucional del colegio María de Matelli de Chorrillos a través de la planificación estratégica (periodo 2001)*. Lima. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Maldonado, R. (2014). *El diagnóstico como herramienta para el desarrollo organizacional*. Colombia: Ediciones Huertas.

7.3 Fuentes hemerográficas

Barreda, H. (2016). Planeamiento estrategico en universidades de America Latina. *Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL*, vol. 9, núm. 1, 257-277.

Da-Fonseca, J., Hernández-Nariño, A., Medina-León, A., & Nogueira-Rivera, D. (2014). Relevancia de la planificación estratégica en la gestión pública. *Revista de Ingeniería Industrial vol.35 no.1*, 105-112.

Lip, C. (2005). La planificación estratégica como aprendizaje. *Revista Médica Herediana* v.16 n.1, 46 - 57.

7.4 Fuentes electrónicas

Falcón, J., & Herrera, R. (10 de junio de 2020). *Universidad Bolivariana de Venezuela*. Obtenido de Análisis del dato estadístico: <http://files.pnfa-iuty-yaracuy.webnode.com.ve/200000046-c8762c96c2/Analisis%20del%20Dato%20Estadistico.pdf>

Fundación Interarts. (04 de junio de 2020). *Interarts*. Obtenido de Manual de gestión administrativa de proyectos de cooperación internacional: <https://www.interarts.net/descargas/Manual%20de%20gesti%C3%B3n%20adm%20de%20proyectos%20coop%20int.pdf>

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

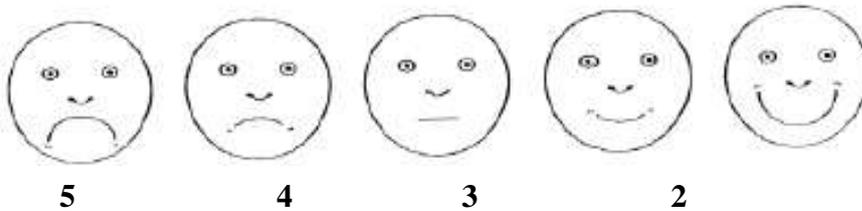
Nombre del afectado:

Edad: Genero:

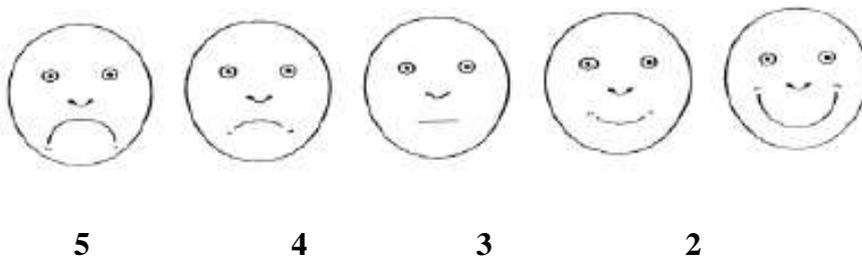
Grupo del afectado: Experimental () Control ()

ESCALA FIS (FACE IMAGE ESCALE)

Instrucción: “Te mostrare la sucesión de caritas, las cuales partirán de alegría integral a la neta tristeza. Siendo el objetivo me indiques que carita más personifica a cómo te aprecias actualmente”



**Antes del
tratamiento**



**Luego del
tratamiento**

Adonde:

- 1= ANGUSTIA LEVE.
- 2= ANGUSTIA LEVE A MODERADA.
- 3 = ANGUSTIA MODERADA.
- 4 = ANGUSTIA DE MODERADA A SEVERO.
- 5= ANGUSTIA SEVERA

Matriz de consistencia

ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO APLICANDO UN PROGRAMA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS DE 4 A 14 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES		
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es efectos tendrá la aplicación de un programa de salud en la disminución de la ansiedad en la atención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cómo saber el nivel de ansiedad de los grupos de control y experimental antes de la intervención odontológica en infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho?</p> <p>¿Qué diferencias tendrá el grado de ansiedad de los grupos de control y experimental después de la intervención odontológica en infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Establecer los resultados que tendrá la aplicación de un programa de salud en la disminución de la angustia en el servicio odontológico en infantes de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Establecer el rango de angustia de los grupos de control y experimental antes de la intervención odontológica en infantes con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.</p> <p>Establecer las diferencias entre el grado de ansiedad de los grupos de control y experimental después de la intervención odontológica en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>El empleo de programas de salud tiene un gran impacto en la disminución de la ansiedad en el servicio odontológico en niños con 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>La aplicación de un programa de salud será eficaz en la disminución de la ansiedad en el grupo de control y experimental antes de la intervención en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.</p> <p>La aplicación de programa de salud será eficaz en la disminución de la angustia en el grupo de control y experimental después de la intervención en niños de 4 a 14 años en el Hospital Regional de Huacho.</p>	VARIABLE INDEPENDIENTE (X): Aplicación de un Programa		
			Dimensiones	Indicadores	
			Los video juegos	<ul style="list-style-type: none"> • Rol social del videojuego • Lentes virtuales 	
			Musicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Música clásica infantil • Regulación del estado de animo • Relajación 	
			TOTAL		
			VARIABLE DEPENDIENTE (Y): La Ansiedad		
			Dimensiones	Indicadores	Categoría
			Nivel de ansiedad	Face Image Scale	Ansiedad Leve =1. Ansiedad Leve A Moderada=2. Ansiedad Moderada=3. Ansiedad De Moderada-Severa= 4. Ansiedad Severa=5.

Matriz de datos

N°	Grupo	Pre test de Ansiedad		Post test de Ansiedad	
		Valor	Condición	Valor	Condición
1	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
2	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
3	Control	1	Ansiedad Leve	4	Ansiedad moderada a severa
4	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
5	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
6	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
7	Control	3	Ansiedad moderada	4	Ansiedad moderada a severa
8	Control	3	Ansiedad moderada	4	Ansiedad moderada a severa
9	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
10	Control	3	Ansiedad moderada	4	Ansiedad moderada a severa
11	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
12	Control	5	Ansiedad severa	5	Ansiedad severa
13	Control	5	Ansiedad severa	5	Ansiedad severa
14	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
15	Control	5	Ansiedad severa	5	Ansiedad severa
16	Control	4	Ansiedad moderada a severa	5	Ansiedad severa
17	Control	5	Ansiedad severa	5	Ansiedad severa
18	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
19	Control	5	Ansiedad severa	5	Ansiedad severa
20	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
21	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
22	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
23	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
24	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
25	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
26	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
27	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
28	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
29	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
30	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
31	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
32	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
33	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
34	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
35	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
36	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
37	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
38	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
39	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
40	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
41	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
42	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
43	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
44	Control	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
45	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
46	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
47	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
48	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
49	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa

Nº	Grupo	Pre test de Ansiedad		Post test de Ansiedad	
		Valor	Condición	Valor	Condición
50	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
51	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
52	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
53	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
54	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
55	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
56	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
57	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
58	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
59	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
60	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
61	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
62	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
63	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
64	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
65	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
66	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
67	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
68	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
69	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
70	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
71	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
72	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
73	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
74	Control	5	Ansiedad severa	5	Ansiedad severa
75	Control	5	Ansiedad severa	5	Ansiedad severa
76	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
77	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
78	Control	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
79	Control	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
80	Control	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
81	Experimental	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
82	Experimental	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
83	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
84	Experimental	1	Ansiedad Leve	1	Ansiedad Leve
85	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
86	Experimental	3	Ansiedad moderada	2	Ansiedad leve a moderada
87	Experimental	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
88	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
89	Experimental	3	Ansiedad moderada	2	Ansiedad leve a moderada
90	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
91	Experimental	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
92	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
93	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
94	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
95	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
96	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
97	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
98	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
99	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
100	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada

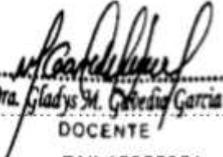
N°	Grupo	Pre test de Ansiedad		Post test de Ansiedad	
		Valor	Condición	Valor	Condición
101	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
102	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
103	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
104	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
105	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
106	Experimental	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
107	Experimental	2	Ansiedad leve a moderada	3	Ansiedad moderada
108	Experimental	1	Ansiedad Leve	2	Ansiedad leve a moderada
109	Experimental	5	Ansiedad severa	3	Ansiedad moderada
110	Experimental	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
111	Experimental	1	Ansiedad Leve	2	Ansiedad leve a moderada
112	Experimental	5	Ansiedad severa	3	Ansiedad moderada
113	Experimental	5	Ansiedad severa	3	Ansiedad moderada
114	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
115	Experimental	1	Ansiedad Leve	3	Ansiedad moderada
116	Experimental	3	Ansiedad moderada	2	Ansiedad leve a moderada
117	Experimental	2	Ansiedad leve a moderada	3	Ansiedad moderada
118	Experimental	3	Ansiedad moderada	1	Ansiedad Leve
119	Experimental	1	Ansiedad Leve	2	Ansiedad leve a moderada
120	Experimental	2	Ansiedad leve a moderada	3	Ansiedad moderada
121	Experimental	2	Ansiedad leve a moderada	3	Ansiedad moderada
122	Experimental	2	Ansiedad leve a moderada	1	Ansiedad Leve
123	Experimental	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
124	Experimental	2	Ansiedad leve a moderada	2	Ansiedad leve a moderada
125	Experimental	3	Ansiedad moderada	1	Ansiedad Leve
126	Experimental	3	Ansiedad moderada	1	Ansiedad Leve
127	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	1	Ansiedad Leve
128	Experimental	3	Ansiedad moderada	2	Ansiedad leve a moderada
129	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
130	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	1	Ansiedad Leve
131	Experimental	3	Ansiedad moderada	2	Ansiedad leve a moderada
132	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
133	Experimental	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
134	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
135	Experimental	3	Ansiedad moderada	1	Ansiedad Leve
136	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	2	Ansiedad leve a moderada
137	Experimental	3	Ansiedad moderada	3	Ansiedad moderada
138	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
139	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
140	Experimental	5	Ansiedad severa	5	Ansiedad severa
141	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	4	Ansiedad moderada a severa
142	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	3	Ansiedad moderada
143	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
144	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
145	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	1	Ansiedad Leve
146	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
147	Experimental	5	Ansiedad severa	3	Ansiedad moderada
148	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	1	Ansiedad Leve
149	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
150	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	1	Ansiedad Leve
151	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada

N°	Grupo	Pre test de Ansiedad		Post test de Ansiedad	
		Valor	Condición	Valor	Condición
152	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
153	Experimental	1	Ansiedad Leve	2	Ansiedad leve a moderada
154	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
155	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
156	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	1	Ansiedad Leve
157	Experimental	5	Ansiedad severa	2	Ansiedad leve a moderada
158	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
159	Experimental	5	Ansiedad severa	1	Ansiedad Leve
160	Experimental	4	Ansiedad moderada a severa	1	Ansiedad Leve
		Control	2,7375		2,825
		Experimental	3,7375		2



Dra. Soledad D. Llañez Bustamante
Bromatóloga - Nutricionista
DNI 15689024

Dra. Soledad Dionisia Llañez Bustamante
ASESOR



Dra. Gladys M. Gavedia Garcia
DOCENTE
DNI 15855951

Dra. Gladys Margot Gavedia Garcia
PRESIDENTE



M(O) Oscar Otilio Osoo Arris
DOCENTE
Firma y sello
DNI 15584693

M (O) Oscar Otilio Osoo Arris
SECRETARIO



M(A) Ariana Maria Castillo Corzo
DNI 15842593

M(A) Ariana Maria Castillo Corzo
VOCAL

