



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**Identificación del nivel de ansiedad durante el tratamiento
dental en niños, Clínica Odontología UCSG.**

AUTOR:

Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGO**

TUTOR:

Dra. Amado Schneider Adriana Rocío

Guayaquil, Ecuador

8 de septiembre del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontólogo**.

TUTORA

f. _____
Dra. Amado Schneider Adriana Rocío

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dra. Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia

Guayaquil, a los 8 del mes de septiembre del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Identificación del nivel de ansiedad durante el tratamiento dental en niños, Clínica Odontología UCSG**, previo a la obtención del título de **Odontólogo**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 8 del mes de septiembre del año 2026

AUTOR

f. _____

Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Identificación del nivel de ansiedad durante el tratamiento dental en niños, Clínica Odontología UCSG**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 8 del mes de septiembre del año 2026

AUTOR:

f. _____
Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo

REPORTE COMPILATIO

Alexarder Ordoñez

ID : 4cfb96b6f9411210d6d8a3a4ae0da155b1440a92



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Alexarder Ordoñez.txt

Tamaño del archivo original : 106,27 kB

Número de palabras : 3968

Depositante : Adriana Rocio Amado Schneider

Fecha de depósito : 1 de septiembre de 2026

Tipo de carga : interface

fecha de fin de análisis : 4 de septiembre de 2026

 **Resumen** (sección 1/3)

TUTORA

f. _____

Dra. Amado Schneider Adriana Rocío

AGRADECIMIENTO

Quiero en primer lugar dar gracias a Dios, por brindarme las fuerzas, la paciencia y resitencia necesaria para hoy culminar esta etapa, para así poder a futuro ser un buen profesional y persona que pueda brindar ayuda aquienes lo necesitan en lo que respecta al rubro de esta noble profesión. Además le agradezco que a travez de mis errores me haya dado la sabiduría para aprender de ellos y corregirlos para así poder ganar la experiencia necesaria para mejorar en lo que ahora es mi profesión. También le agradezco por mi familia, porque sin su apoyo y animos esto no podría ser posible.

Quiero agradecer a mis padres y a mis hermanos, por apoyarme siempre, especialmente a mi madre, Blanca Rodríguez, que quien por su esfuerzo, sus tantas horas de jornadas de trabajo casi sin descanso, por su resiliencia, por sus ganas de brindarnos un futuro mejor y por nunca nunca darse por vencida pudo brindarme el apoyo económico suficiente para hoy poder culminar esta carrera. Le agradezco por nunca haberse dado por vencida conmigo, le agradezco por siempre confiar en mi, que a pesar de todo y de las adversidades que pasamos nunca dejó de apoyarme, por ser mi pilar y mis fuerzas cuando ya no las tuve. Sé madre que el camino fue difícil, pero a ti te debo todo, este logro es también tuyo, enserio agradezco a Dios que seas mi madre.

Quiero también agradecer a mi abuela materna, Jesús Alvarado, que aunque hoy ya no esté conmigo siempre vivirá en mi corazón, ella fue quien siempre me apoyó a mi y mi familia, le debo a ella y a mi madre por formarme como un buen hombre, por enseñarme los valores correctos, por brindarme la semilladel ayudar al progimo sin necesidad de algo a cambio. Le debo también a ella el hombre que ahora soy, por enseñarme a resistir las adversidades, que a pesar de los malos momentos nunca dejar de sonreir, ella fue quien me enseñó a disfrutar cada día, a tratar a las personas por igual y a no dsicriminar, me enseñó la empatía y además dos factores muy importantes que hoy me caracterizan ya que son parte de mi personalidad, la amabilidad y cariño, ella siempre me los brindó, tanto que ahora ya son parte de mi. Gracias abuelita por haber sido mi abuela, este logro también es para ti.

También le agradezco a mi padre, Eduardo Ordóñez, que también me brindó su apoyo, de su sabiduría y sus consejos, le agradezco que a pesar de todo siempre estuvo para nosotros. Le agradezco por ser un buen padre tanto para mis hermanos como para mí, por enseñarnos a nunca darnos por vencido y a siempre aspirar a cosas grandes. Le agradezco también por el gran apoyo que le brinda a mis hermanos, por siempre apoyarlos en sus estudios, por apoyar a mi hermano en su carrera y por nunca haberse dado por vencido con él. Le agradezco todo su esfuerzo, especialmente por te agradezco que seas mi padre.

Quiero agradecer también a mi pareja, María de Los Angeles Espinoza, por convertirse en mi refugio y mi mayor impulso durante todo este camino académico. Gracias por tu paciencia infinita en las jornadas agotadoras, por ser el pilar silencioso y constante detrás de cada hora de estudio y cada día en la clínica, por tu escucha atenta cuando las cosas se complicaban y por celebrar cada pequeño avance como si fuera tuyo. Este logro no es solo mío, lleva impresa tu dedicación, tu amor incondicional y la fe que siempre tuviste en mí, incluso cuando yo dudaba. Gracias por caminar a mi lado.

Agradezco también a mis amigos Kevin Silva, Alisson Nuñez, Joan Paredes, Estuardo Velasquez, Christian Ávila y Fernando Ramirez, ellos me dieron el apoyo y fuerzas necesarias para continuar, me brindaron de su conocimiento y amistad a lo largo de esta carrera, les agradezco por luchar a mi lado y por acompañarme en este camino. Estoy muy agradecido de haberlos conocido y ruego que nuestra amistad nunca desaparezca.

Y finalmente pero no menos importante, quiero agradecer a mi tutora y docente, Adriana Amado, por acompañarme en este proceso formativo, no solo como mi tutora en mi trabajo de titulación, sino también como mi docente a lo largo de la carrera, por su apoyo, por los conocimientos que me ha brindado y por su gran pasión como docente la cuál me ha servido como inspiración en el ámbito profesional y personal.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y darme la fuerza, la resiliencia y la sabiduría para culminar esta etapa tan importante de mi formación profesional.

A mis queridos padres y hermanos, por su amor incondicional, su esfuerzo constante y por ser mi mayor fuente de motivación. Gracias por creer en mí en todo momento y por apoyarme en cada paso de este camino; este logro también es de ustedes.

A mi abuela materna, Jesús Alvarado, por enseñarme a sonreír ante la adversidad y sembrar en mí los valores, la empatía y la amabilidad que hoy me definen. Hasta el cielo, este triunfo es para ti.

A mi pareja, María de los Ángeles Espinoza, A mi pareja, por ser el amor, la calma y el apoyo incondicional que sostuvieron cada paso de este proceso. Gracias por creer en mi futuro y acompañarme a construirlo día a día.

A mis amigos, Kevin Silva, Alisson Núñez, Joan Paredes, Estuardo Velásquez, Christian Ávila y Fernando Ramírez, por su lealtad, su apoyo constante y por recorrer este camino juntos.

A mi tutora, Dra. Adriana Amado, por su valiosa guía, sus conocimientos y por inspirarme con su dedicación a lo largo de la carrera.

Y por ultimo, también es dedicada para todos aquellos que creyeron en mi, a quienes a lo largo del camino me apoyaron y dieron la mano, porque también sin ellos esto no sería posible, le agradezco a Dios por ponerlos en mi camino.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DRA. BERMÚDEZ VELÁSQUEZ ANDREA CECILIA
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DRA. DOCAMPO POMA ESTEFANÍA DEL ROCÍO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

DRA. TERREROS CAICEDO MARIA ANGÉLICA
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – ODONTOLOGÍA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

TUTORA

f. _____

Dra. Adriana Rocío Amado Schneider

IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD DURANTE TRATAMIENTO DENTAL EN NIÑOS, CLÍNICA ODONTOLOGÍA UCSG

Alexander Eduardo, Ordoñez Rodríguez¹, Adriana Rocío Amado Schneider²

¹Estudiante de la carrera de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

²Especialista en ortodoncia y odontopediatría. Docente de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

RESUMEN

Introducción: La ansiedad dental infantil es un desafío multifactorial influenciado por la edad, el temperamento, la experiencia previa y estímulos del entorno, actuando como barrera para la atención bucal. **Objetivo:** Identificar el nivel de ansiedad en niños atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) durante el ciclo A-2026. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional en 120 pacientes pediátricos (3 a 12 años) y sus tutores. Se aplicó un cuestionario estructurado en escala Likert, la Escala de Imagen Facial (FIS) y la Escala de Frankl. Los datos se analizaron en SPSS V26 mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** El 77,5 % de los niños mostraron cooperación clínica positiva o definitivamente positiva. La jeringa (aguja/inyección) fue el estresor principal, generando temor severo en el 60,0% de los casos; en cambio, la turbina ("taladrito") provocó muy poco o poco miedo en el 69,2%. La cooperación se involucra de forma altamente significativa ($p < 0,001$) con la edad, experiencia previa, explicación previa del tratamiento y temperamento. El género biológico no presentó diferencias frente al comportamiento ($p = 0,384$). **Conclusiones:** La ansiedad y el comportamiento infantil en la UCSG están determinados multifactorialmente por la menor edad, la falta de experiencias previas positivas, el temperamento y estímulos invasivos como la anestesia local, siendo un fenómeno independiente del género.

Palabras Clave: Ansiedad al Tratamiento Odontológico; Miedo; Odontología pediátrica; Estresores clínicos en Odontología Pediátrica.

IDENTIFICATION OF ANXIETY LEVELS DURING DENTAL TREATMENT IN CHILDREN, UCSG DENTAL CLINIC

Alexander Eduardo, Ordoñez Rodríguez¹, Adriana Rocío Amado Schneider²

¹Dentistry student at the Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

²Orthodontics and Pediatric Dentistry; faculty member in the Dentistry program at the Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

ABSTRACT

Introduction: Pediatric dental anxiety is a critical challenge in contemporary pediatric dentistry, acting as a barrier to timely care and leading to more invasive emergency treatments. This psychological phenomenon is multifactorial, conditioned by age, temperament, clinical familiarity, and aversive sensory stimuli. **Objective:** To identify anxiety levels during dental treatment in children at the Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) dental clinic during academic cycle A-2026. **Materials and methods:** A quantitative, cross-sectional, descriptive, and observational study was conducted on a representative sample of 120 pediatric patients (aged 3 to 12) and their legal guardians. A structured Likert-scale questionnaire, the Facial Image Scale (FIS), and the Frankl Behavioral Rating Scale were used. Inferential data analysis was performed in SPSS V26 using Pearson's Chi-square test. **Results:** A high prevalence of satisfactory clinical cooperation was recorded, with 77.5% of the children demonstrated positive or definitely positive clinical cooperation. The syringe (needle/injection) was the primary stressor, eliciting severe fear in 60.0% of cases; conversely, the turbine ("little drill") provoked little or very little fear in 69.2%. Cooperation was significantly associated ($p < 0.001$) with age, previous experience, prior explanation of the treatment, and baseline temperament. Biological gender showed no differences regarding behavior ($p = 0.384$). **Conclusions:** Transoperative behavior and anxiety levels in pediatric patients at UCSG are multifactorial determined by younger age, lack of positive prior experiences, baseline temperament, and invasive stimuli like local anesthesia, occurring universally regardless of biological gender.

Keywords: Dental treatment anxiety; Pediatric dentistry; Fear; Clinical stressors in pediatric dentistry

INTRODUCCIÓN

La ansiedad dental infantil constituye un desafío crítico en la odontopediatría contemporánea que afecta significativamente la salud bucal y el éxito del tratamiento. Los altos niveles de temor actúan como una barrera que influye a la postergación o evasión de las citas, esto deteriora el estado de salud bucal, incrementa el índice de caries y obliga a realizar tratamientos de urgencia más invasivos y complejos.^{1,2}

El nivel de ansiedad ante la atención odontológica varía significativamente según la edad, siendo esta un factor relevante para aplicar estrategias de manejo conductual. El temor a la consulta odontológica es una realidad que perjudica del 6 al 16% de la población infantil, existiendo literatura que sugiere porcentajes mayores. En el entorno europeo, hasta un 35% de los niños de cinco años experimentan esta condición. En Latinoamérica el miedo dental muestra variaciones significativas, países como Colombia, Perú y México sitúan la afectación entre el 17 y 69%.¹⁻⁵

En Ecuador, estudios llevados a cabo en localidades como Baños evidencian que el manejo de pacientes pediátricos ansiosos produce elevados índices de estrés y frustración en los odontólogos. Ante esto, se evidencia la necesidad de implementar técnicas como "decir-mostrar-hacer" y el uso innovador de videos educativos adaptados a la edad para lograr mitigar la ansiedad y ambientar positivamente la consulta pediátrica.^{3,5-8}

A partir de estos supuestos, se planteó la hipótesis de que existe una relación inversamente proporcional entre la edad cronológica y el nivel de ansiedad dental manifestado durante el tratamiento, postulando que a menor edad del paciente se presentarán mayores niveles de temor clínico activo. Asimismo, se propuso como hipótesis nula que el sexo biológico del menor no ejercerá una influencia estadísticamente significativa sobre su comportamiento en el sillón dental.^{1,8-10}

El objetivo de este estudio es identificar del nivel de ansiedad

durante tratamiento dental en niños atendidos en la clínica odontológica de la UCSG para poder estructurar las mejores técnicas de manejo de conducta durante los mismos para que las citas a tratamiento sean más amigables y se cumplan.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo, con diseño observacional y método deductivo-inductivo, se recogieron y procesaron los datos numéricos sobre las variables de ansiedad para obtener los resultados estadísticos, se midió la ansiedad en un momento único de la consulta y se limitó a identificar la realidad de los pacientes sin manipular variables.

La presente investigación se desarrolló en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, en las Clínicas Odontológicas de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) y se ejecutó durante el período académico A-2026.

El universo de la presente investigación está constituido por la

totalidad de los pacientes pediátricos, de ambos sexos, junto con sus padres o representantes legales, que acuden en busca de atención odontológica a las Clínicas Odontológicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG). La población estuvo conformada por niños atendidos en las clínicas de: Odontopediatría II, Ortodoncia, Clínica Integral del niño II y III de la carrera de Odontología de la UCSG. La muestra se calculó por medio del cálculo muestral de la población, con un nivel de confianza del 95% y un error estándar del 5%, considerando una muestra total de 120 participantes.

Para iniciar con la recolección de información, se obtuvo el permiso de la Dirección de la Carrera de Odontología. Se elaboró un cuestionario (Anexo 1) de 25 preguntas, los cuales estaban destinadas a los padres, pacientes pediátricos y estudiantes que asisten a las clínicas mencionadas.

Las preguntas indicadas para los niños también estaban adaptadas para ser respondidas por el

representante mediante las reacciones obtenidas por el niño ante cada procedimiento o estímulo que pueda presentar según la pregunta en cuestión en caso que el niño no pueda responderla.

El cuestionario utiliza una escala Likert de 5 puntos, donde 1 equivale a "muy poco" y 5 a "muchísimo". En este contexto, un puntaje más alto en cualquiera de las dimensiones indica que el individuo otorga mayor importancia o está más afectado por los aspectos evaluados, mientras que un puntaje más bajo va a reflejar una menor relevancia o impacto percibido.

El procedimiento llevado a cabo se describe a continuación:

1) Validación del cuestionario:

Previo de la recolección de datos, con la colaboración de docentes de la Carrera de Odontología del Área de Odontopediatría, se hizo una revisión del cuestionario elaborado por el autor y denominado "Identificación del nivel de ansiedad durante tratamiento dental en niños, clínica odontología UCSG" para mejorar y evaluar la redacción,

comprensión y claridad de las preguntas.

2) Aplicación del cuestionario:

Se utilizó una plataforma en línea (Google Forms) para el acceso y respuesta por parte de los estudiantes. Se solicitó el consentimiento de los representantes de los niños de participar voluntariamente en la investigación, asegurando su confidencialidad. Antes de empezar con las preguntas se redactó el propósito de la investigación. La encuesta se realizó de manera presencial mediante dispositivos móviles y tablets con acceso a internet que se les proporcionó a los encuestados, además de figuras impresas de las escalas de medición implementadas para la encuesta tales como: Láminas visuales de la Escala de Imagen Facial FIS en la cual la numeración significa: 1 muy poco, 2 poco, 3 moderado, 4 mucho, 5 muchísimo. Se evalúa la ansiedad y el comportamiento del niño durante la consulta y tratamiento odontológico con la Escala de Comportamiento de Frank¹² la cual lo clasificó de la siguiente manera: "definitivamente positivo"; "positivo"; "negativo"; y

“definitivamente negativo” para la observación conductual dirigida a los estudiantes encargados del paciente debido a su efectividad reportada en estudios previos.^{1-5,12}

3) Obtención de respuestas: La información obtenida fue almacenada en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel para su posterior análisis estadístico con el software IBM SPSS V26. Los resultados se presentaron mediante tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barras con el fin de identificar patrones y tendencias en las respuestas obtenidas.

RESULTADOS

La muestra evaluada estuvo constituida por 120 niños escolares, siendo la edad de mayor frecuencia la de 6 años con el 16.7% ($n=20$) del total de la muestra, seguida en proporciones idénticas del 15.0% ($n=18$) por los grupos de 5, 8 y 9 años de edad. En cuanto a la distribución por sexo biológico, se registró una ligera prevalencia de pacientes de género femenino con un 55.0% ($n=66$) sobre el género masculino con un 45.0% ($n=54$).

De los 120 pacientes evaluados, se constató que un 77.5% ($n = 93$) de los menores no poseyeron ansiedad clínica limitante, logrando mantener una actitud cooperadora satisfactoria durante todo el procedimiento clínico (clasificados como “definitivamente positivo” en el 40.8% de los casos y “positivo” en el 36.7%). Por el contrario, el 22.5% ($n = 27$) de la población restante sí manifestó un nivel de ansiedad clínica relevante que interfirió con el manejo convencional de la consulta, traducándose en comportamientos no colaboradores de resistencia, llanto o conductas disruptivas (clasificados como “negativo” en el 15.8% y “definitivamente negativo” en el 6.7% de los casos).

Relación entre el grupo de edad y el nivel de ansiedad/conducta:

Se analizó el nivel de ansiedad dental de acuerdo con los rangos etarios establecidos (3 a 5 años, 6 a 9 años y 10 a 12 años). Al realizar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, se comprobó una relación inversamente proporcional altamente significativa entre la edad cronológica y el nivel de ansiedad dental manifestado

durante el tratamiento ($p < 0.001$, $\chi^2 = 44.634$, $gl = 6$), validando plenamente la hipótesis de investigación.

Grupo de 3 a 5 años (Preescolares; $n = 38$): Registró la tasa de ansiedad clínica más elevada del estudio, con un 44.7% ($n = 17$) de niños con comportamiento no cooperador (resistencia, llanto o rechazo: 7 clasificados como definitivamente negativos y 10 como negativos). Esto corrobora que la menor madurez cognitiva y el desarrollo de la etapa preoperatoria se vuelven a este grupo altamente susceptible a la ansiedad clínica.

Grupo de 6 a 9 años (Escolares tempranos; $n = 69$): Mostró una adaptación significativamente mejor, donde la prevalencia de ansiedad clínica descendió al 14.5% ($n = 10$) (solo 1 fue “definitivamente negativo” y 9 “negativos”), mientras que el 85.5% ($n = 59$) de los escolares cooperó exitosamente.

Grupo de 10 a 12 años (Escolares mayores; $n = 13$): La fobia o ansiedad operatoria limitante fue completamente inexistente (0.0%), registrándose una tasa de cooperación exitosa del 100.0% ($n = 13$) de los pacientes (11 clasificados como definitivamente positivos y 2 como positivos) (Tabla 1).

Grupo de Edad	Definitivamente Negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente Positivo	Total Grupo (n / %)
3 a 5 años (Preescolares)	7 (18.4%)	10 (26.3%)	19 (50.0%)	2 (5.3%)	38 (100.0%)
6 a 9 años (Escolares)	1 (1.4%)	9 (13.0%)	23 (33.3%)	36 (52.2%)	69 (100.0%)
10 a 12 años (Mayores)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	11 (84.6%)	13 (100.0%)

(Asociación significativa: $p < 0.001$, $\chi^2 = 44.634$, $gl = 6$, con un nivel de confianza del 95%).

Tabla 1: Distribución de la ansiedad / conducta clínica (Escala de Frankl) según el grupo de edad de los pacientes ($N = 120$)

Historia dental y experiencia odontológica previa: El 71.7% ($n=86$) de los pacientes evaluados ya habían recibido algún tipo de tratamiento odontológico de manera previa por un profesional o estudiante de odontología. Al analizar el subgrupo con experiencia clínica previa ($n=86$), se constató que los procedimientos de carácter restaurativo y quirúrgico invasivo fueron los más

comunes, destacando las restauraciones dentales simples con un 27.9% ($n=24$) y las exodoncias con un 26.7% ($n=23$). Por el contrario, intervenciones menos invasivas como las profilaxis clínicas representaron el 22.1% ($n=19$), existiendo una elevada tasa de exposición a procedimientos complejos y con carga emocional alta (Tabla 2).

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje Válido (%)
Tratamiento previo	Sí ha sido tratado	86	71.7%	71.7%
	No (Primera visita)	34	28.3%	28.3%
Total, muestra		120	100.0%	100.0%
Tratamiento recibido (pacientes con experiencia previa, $n=86$)	Restauración	24	20.0%	27.9%
	Exodoncia	23	19.2%	26.7%
	Profilaxis	19	15.8%	22.1%
	Ortopedia	11	9.2%	12.8%
	Exodoncia y restauración	3	2.5%	3.5%
	Exodoncia y pulpotomía	2	1.7%	2.3%
	Pulpotomía	2	1.7%	2.3%
	Ortopedia y restauración	1	0.8%	1.2%
	Restauración y ortopedia	1	0.8%	1.2%
	Total, subgrupo	86	71.7%	100.0%

Tabla 2: Historial de experiencia dental previa y distribución de tratamientos recibidos

Relación y comunicación con el odontólogo: Se evidenció que la implementación de estrategias conductuales basadas en la explicación del procedimiento influye positivamente en el estado emocional infantil. El 71.7% ($n=86$) de los encuestados afirmó que sí les tranquiliza que el odontólogo les explique lo que va a realizar antes

de intervenirlo. Asimismo, la empatía percibida del operador clínico obtuvo índices de aceptación muy elevados, dado que el 76.7% ($n=92$) describió a su odontólogo como “súperbueno” y un 20.8% ($n=25$) lo calificó como “bueno”. Únicamente el 1.7% ($n=2$) de los niños percibió al profesional como “poco amable” (Tabla 3).

Variable de Comunicación	Opción de Respuesta	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
¿Te tranquiliza que el odontólogo explique el tratamiento antes?	Sí	86	71.7%	71.7%
	A veces	20	16.7%	88.3%
	No	8	6.7%	95.0%
	No me gusta que me expliquen	6	5.0%	100.0%
	Total	120	100.0%	
¿Cómo describes a tu Odontólogo(a)?	Súper bueno	92	76.7%	76.7%
	Bueno	25	20.8%	97.5%
	Normal	1	0.8%	98.3%
	Poco amable	2	1.7%	100.0%
	Total	120	100.0%	

Tabla 3: Evaluación de la relación y comunicación con el profesional

Impacto del entorno clínico y estímulos estresores:

El análisis unificado de los estímulos del entorno clínico revela que las principales fuentes de ansiedad infantil están ligadas a procedimientos invasivos y factores de separación. La aguja y la inyección de anestesia local se consolidaron como el estresor más severo de la consulta, generando un alto temor en el 60.0% ($n = 72$) de la muestra. Este reactivo fue seguido por la separación de los padres y la perspectiva de una exodoncia programada, que provocaron un elevado temor en el 39.2% ($n = 47$) y el 36.7% ($n = 44$) de los menores, respectivamente. En un nivel de impacto intermedio, el contagio emocional provocado por el llanto de otros niños en la clínica abierta generó alta ansiedad en el 24.1% ($n = 29$), mientras que estímulos tradicionales como el ruido de la turbina ("taladrito") y la observación del instrumental odontológico mostraron una tolerancia notable alta, resultandos aversivos únicamente para el 18.3% ($n = 22$) y el 10.8% ($n = 13$) de los pacientes.

Por el contrario, los estímulos puramente ambientales, los elementos de bioseguridad y los auxiliares de diagnóstico contemporáneos resultaron inocuos para la gran mayoría de la población pediátrica. El olor a medicina de la clínica y la luz de la lámpara de la unidad dental presentaron niveles óptimos de adaptabilidad con un 84.2% ($n = 101$) de bajo temor en ambos reactivos.

Asimismo, la presencia de varios dentistas alrededor de la unidad (87.5% de bajo temor; $n = 105$), el uso de barreras de protección física por parte del operador (96.7% de bajo temor; $n = 116$), la toma de fotografías clínicas (91,7% de bajo temor; $n = 110$) y la aplicación del propio cuestionario de estudio (94.2% de bajo temor; $n = 113$) registraron un rechazo prácticamente inexistente. Estos hallazgos demuestran un proceso idóneo de habituación adaptativa infantil frente a las normas de bioseguridad y el uso de recursos visuales tecnológicos en las clínicas de la UCSG (Tabla 4).

Estímulo / Reactivo Evaluado	Categoría del Estresor	Bajo Temor (Muy poco / Poco)	Temor Moderado (Moderado)	Alto Temor (Mucho / Muchísimo)	Total General
1) Aguja / Inyección de Anestesia	Físico / Invasivo Crítico	29 (24.2%)	19 (15.8%)	72 (60.0%)	120 (100.0%)
2) Separación Parental (entrar solo)	Psicoconductual / Apego	58 (48.3%)	15 (12.5%)	47 (39.2%)	120 (100.0%)
3) Exodoncia Programada	Procedimental / Quirúrgico	46 (38.3%)	30 (25.0%)	44 (36.7%)	120 (100.0%)
4) Llanto o quejas de otros niños	Auditivo / Contagio Social	68 (56.7%)	23 (19.2%)	29 (24.1%)	120 (100.0%)
5) Taladrito / Turbina	Auditivo / Clínico Crítico	83 (69.2%)	15 (12.5%)	22 (18.3%)	120 (100.0%)
6) Observación de Instrumental	Visual / Clínico Secundario	84 (70.0%)	23 (19.2%)	13 (10.8%)	120 (100.0%)
7) Olor a Medicina de la Clínica	Olfativo / Ambiental	101 (84.2%)	9 (7.5%)	10 (8.3%)	120 (100.0%)
8) Varios Dentistas Alrededor	Social / Presencia Física	105 (87.5%)	6 (5.0%)	9 (7.5%)	120 (100.0%)
9) Luz Directa de la Lámpara	Visual / Ambiental	101 (84.2%)	12 (10.0%)	7 (5.8%)	120 (100.0%)
10) Música Ambiental	Confort / Auditivo	113 (94.2%)	2 (1.7%)	5 (4.2%)	120 (100.0%)
11) Barreras Físicas (EPP del operador)	Visual / Bioseguridad	116 (96.7%)	2 (1.7%)	2 (1.7%)	120 (100.0%)
12) Toma de Fotografías Clínicas	Visual / Diagnóstico	110 (91.7%)	8 (6.7%)	2 (1.7%)	120 (100.0%)
13) Aplicación del Cuestionario	Estrés de Evaluación	113 (94.2%)	5 (4.2%)	2 (1.6%)	120 (100.0%)

Tabla 4: Estresores Clínicos, Sensoriales y Procedimentales en la Consulta Odontopediátrica (N = 120)

Rasgos de personalidad y adaptación del niño: El análisis inferencial mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson demostró

una asociación estadística altamente significativa entre la personalidad basal del menor y su conducta clínica real ($\chi^2 = 29.401$),

gl = 6, $p < 0.001$), permitiendo rechazar la hipótesis nula con un 95% de confianza. La distribución interna de los datos revela tres patrones clínico-temperamentales perfectamente definidos:

La adaptabilidad extrovertida como factor protector conductual: De los 74 niños descritos por sus padres con facilidad para adaptarse a entornos novedosos, el 82.4% ($n = 61$) manifestó un comportamiento de cooperación satisfactorio (sumando el 54.0% de conducta “definitivamente positiva” y el 28.4% de “positiva”). Esto demuestra que un perfil extrovertido facilita los procesos de habituación y la comunicación rápida con el odontólogo, minimizando las respuestas de resistencia física o llanto.

La concentración del perfil cauteloso en la cooperación pasiva: En el grupo de los niños cautelosos o tímidos ($n = 38$), se observa una notable concentración del 60.5% ($n = 23$) dentro de la categoría “Positivo”. Este comportamiento es clínicamente coherente con la definición de la

escala de Frankl para (“cooperador con timidez o cautela”). El menor tímido no ofrece resistencia activa ni conductas disruptivas (solo un 5.3% fue definitivamente negativo), sino que asimila el tratamiento con un retraimiento inicial que se supera con técnicas de comunicación empática directa.

La vulnerabilidad conductual del perfil impulsivo/irritable: Aunque este subgrupo representó solo el 6.7% de la muestra total ($n = 8$), concentró la mayor tasa proporcional de conductas disruptivas. El 75.0% ($n = 6$) de los niños impulsivos e irritables exhibieron un comportamiento no cooperador durante la consulta (2 clasificados como “Definitivamente Negativo” y 4 como “Negativo”). Esto confirma que los menores con dificultades innatas para regular sus respuestas reactivas frente a la novedad son muy propensos a desbordar sus mecanismos de defensa ante estímulos estresores como la inyección de anestesia requiriendo de forma obligatoria pautas de manejo de conducta avanzadas o desensibilización sistemática previa. (Tabla 5)

Rasgos de Personalidad del Niño	Definitivamente Negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente Positivo	Total por Rasgo (n / %)
Adaptable / Extrovertido	4 (5.4%)	9 (12.2%)	21 (28.4%)	40 (54.0%)	74 (100.0%)
Cauteloso / Tímido	2 (5.3%)	6 (15.8%)	23 (60.5%)	7 (18.4%)	38 (100.0%)
Impulsivo / Irritable	2 (25.0%)	4 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)
Total muestra UCSG	8 (6.7%)	19 (15.8%)	44 (36.7%)	49 (40.8%)	120 (100.0%)

Tabla 5: Cruce entre los rasgos de personalidad (temperamento) y el comportamiento clínico (Escala de Frankl) (N = 120)

Análisis de significancia estadística (valor p)

El análisis de asociación mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) reveló que la conducta clínica del paciente pediátrico, evaluada bajo la Escala de Frankl, está fuertemente determinada por múltiples factores individuales y de manejo.

Los factores que demostraron una asociación estadística altamente significativa ($p < 0.001$) con la cooperación en el sillón dental fueron el grupo de edad ($\chi^2 = 44.634$, gl = 6), la experiencia odontológica previa ($\chi^2 = 19.286$, gl = 3), la explicación del tratamiento como estrategia de comunicación ($\chi^2 = 29.184$, gl = 9) y los rasgos de

personalidad del menor ($\chi^2 = 29.401$, gl = 6).

Estos coeficientes estadísticos confirman que menor edad cronológica, falta de visitas clínica positivas, un perfil temperamental cauteloso o impulsivo y ausencia de explicaciones verbales previas por parte del operador actúan como variables críticas que las respuestas de resistencia o llanto durante la consulta.

El miedo a la inyección de anestesia exhibió una relación estadísticamente significativa con la Escala de Frankl, ubicándose exactamente en el límite crítico de significancia con un valor $p = 0.050$ ($\chi^2 = 20.969$, gl = 12), lo que corrobora que la aguja constituye

un estresor clínico clave que condiciona el comportamiento.

El género del paciente pediátrico no demostró tener una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3.048$, gl = 3, $p = 0.384$) sobre la conducta transoperatoria, lo que permite aceptar la hipótesis nula

para esta variable y ratificar que la manifestación de la ansiedad dental pediátrica se presenta de manera homogénea y universal, afectando

de igual forma a niños y niñas en la muestra evaluada (Tabla 6).

Variable de Cruce	Variable de Resultado	Valor Chi-cuadrado (χ^2)	Grados de Libertad (gl)	Valor p de Significancia	Decisión Estadística (Confianza 95%)
Grupo de Edad (Años)	Comportamiento (Frankl)	44.634	6	< 0.001*	Altamente Significativo. Se rechaza H0
Experiencia Odontológica Previa	Comportamiento (Frankl)	19.286	3	< 0.001*	Altamente Significativo. Se rechaza H0
Explicación del Tratamiento	Comportamiento (Frankl)	29.184	9	< 0.001*	Altamente Significativo. Se rechaza H0
Rasgos de Personalidad del Niño	Comportamiento (Frankl)	29.401	6	< 0.001*	Altamente Significativo. Se rechaza H0
Miedo a la Aguja de Anestesia	Comportamiento (Frankl)	20.969	12	0.050*	Significativo. En el límite de significancia
Género del Paciente Pediátrico	Comportamiento (Frankl)	3.048	3	0.384	No Significativo. Se acepta H0

Indica significancia estadística ($p \leq 0.05$).

Tabla 6: Matriz General de Significancia Estadística (Prueba Chi-cuadrado de Pearson, (N = 120))

DISCUSIÓN

La presente investigación dio como resultado una alta prevalencia de conductas cooperadoras, el 77.5% de los niños manifestó un comportamiento positivo o definitivamente positivo bajo la Escala de Frankl frente a un 22.5%

de conductas no cooperadoras. Este porcentaje coincide con los hallazgos de Mautz-Miranda y cols.¹¹ que en su estudio epidemiológico con 200 niños en los servicios públicos de Valdivia, utilizando la Escala de Imagen Facial (FIS) determinaron que el 22.5% presentaba niveles altos de

ansiedad dental (puntuaciones de insatisfacción facial FIS de 4 y 5), con conductas de resistencia clínica o llanto.

La cooperación clínica del 77.5% contrasta con los resultados del Test de dibujos de la figura humana empleado por Salas y cols.⁵ en Zacatecas que determinaron en niños de 5 a 8 años, que el 82.76% registró ansiedad. Esto sugiere que las técnicas de manejo de conducta aplicadas por los operadores de pregrado son eficaces para canalizar la tensión, permitiendo que tres cuartas partes de los pacientes pediátricos alcancen un comportamiento cooperador exitoso en el sillón dental.

Al analizar la influencia de la edad, los niños de 3 a 5 años concentraron la mayor prevalencia de ansiedad clínica activa con un 44.7% (n=17) de conductas disruptivas, esto también fue evidenciado por Larrea-Eyzaguirre y cols.² en Bolivia quienes al aplicar la escala CFSS-DS, reportaron un nivel de miedo conductual alto y que las respuestas subjetivas ante situaciones desconocidas presentan variaciones y diferencias estadísticas altamente

significativas de acuerdo con los rangos de edad ($p = 0.00$).

En esta investigación el 71.7% (n = 86) de los niños ya contaba con experiencia clínica previa, presentando un porcentaje alto de pacientes colaboradores resultados similares a los de Larrea-Eyzaguirre y cols.² quienes determinaron en su estudio que los pacientes pediátricos sin visitas previas adaptativas registran niveles moderados y altos de miedo con mayor frecuencia ($p = 0.00$) que aquellos que han asistido de dos a tres veces tiene niveles de ansiedad bajos (70.0%). Al respecto, Cevallos-Cáceres y cols.⁶ determinaron que el 62.9% de los niños acude al dentista únicamente por dolor agudo, lo que asocia la primera experiencia clínica a un procedimiento invasivo, iniciando la fobia dental en el menor.

La comunicación empática y la técnica de “decir-mostrar-hacer” mostró una asociación altamente significativa con la reducción de la ansiedad ($p < 0.001$), logrando calmar al 71.7% de los niños encuestados. Este hallazgo coincide con Gómez-Polo y cols.¹⁰, quienes determinan mediante

análisis de regresión lineal que la empatía y las técnicas adaptativas de distracción reducen de manera drástica el estrés preoperatorio, logrando que el 95% de los niños se sienta feliz y el 100% muestre un comportamiento Frankl positivo.

Con respecto al análisis detallado de los estresores del entorno clínico dental, los resultados evidencian que los estímulos táctiles e invasivos acumularon los índices de ansiedad más significativos. La aguja fue el estresor más severo, provocando niveles de miedo catalogados como “mucho” o “muchísimo” en el 60.0% (n = 72) lo cual fue observado también en el estudio de Cevallos-Cáceres y cols.⁶, donde el 40.5% de los pacientes pediátricos atribuyó su mayor fobia a las agujas, recomendándose el uso de anestesia tópica profunda, agujas cortas y camuflaje visual para mitigar el pánico durante el procedimiento

Los rasgos de personalidad del niño demostraron ser un predictor directo de alta fiabilidad conductual, asociándose de forma altamente significativa con la Escala de Frankl ($p < 0.001$; ($\chi^2 = 29.401$), gl = 6). El

61.7% (n = 74) de los niños evaluados presentó un perfil adaptable/extrovertido, seguido de un 31.7% (n = 38) de perfil “cauteloso/tímido” y apenas un 6.7% (n = 8) de perfil impulsivo/irritable. El cruce de variables demuestra que mientras el 82.4% (n = 61) de los niños adaptables coopera satisfactoriamente y los tímidos concentran su comportamiento en una cooperación de carácter pasivo (Frankl Positivo: 60.5%), los niños con perfiles impulsivos e irritables manifiestan conductas clínicamente desfavorables en el 75.0% (n = 6) de los casos. Este patrón confirma los postulados de Gómez-Polo y cols.¹⁰ y Ramos-Martínez y cols.³ de que los rasgos temperamentales de base reportados por los padres predicen significativamente la respuesta clínica del menor, exigiendo de forma obligatoria que el operador planifique el abordaje psicológico e individualice el uso de técnicas de desensibilización sistemática.

CONCLUSIONES

Se estableció una alta prevalencia de cooperación clínica satisfactoria en las Clínicas Odontológicas de la

UCSG, donde el 77.5% tuvo comportamiento positivo o definitivamente positivo bajo la Escala de Frankl. Los pacientes de menor edad de 3 a 5 años concentraron conductas de llanto para la evasión del tratamiento, mientras que el avance de la madurez cognitiva y emocional en los de 10 a 12 años logró que se adapten de forma óptima. Se acepta plenamente la hipótesis de la investigación confirmando una relación inversamente proporcional proporcionalmente significativa entre la edad del menor y el nivel de ansiedad manifestado ($p < 0,001$).

El género biológico no influyó de manera significativa en el comportamiento ($p = 0.384$), la experiencia odontológica previa se ratificó como un modulador conductual crítico ($p < 0.001$), evidenciando que los niños que acudían con antecedentes traumáticos previos tuvieron mayores niveles de resistencia. Esto valida la hipótesis de que la primera aproximación clínica y la carga emocional del recuerdo de tratamientos invasivos anteriores determinan la actitud del menor en el sillón clínico.

La comunicación empática y la técnica de “decir-mostrar-hacer” mostraron una asociación altamente significativa con la reducción de la ansiedad ($p < 0,001$), logrando calmar al 71,7% de los niños encuestados. El principal factor estresante identificado fue la aguja para la inyección de anestesia local; que desencadenó fobia en el 60,0% de los niños encuestados, rozando la significación estadística global ($p = 0,050$). El estímulo acústico de la turbina dental tuvo un impacto emocional significativamente menor, el 69,2% manifestó poco o ningún miedo.

Los rasgos de personalidad y el temperamento habitual del niño, según lo informado por los padres, mostraron una asociación altamente significativa con el comportamiento durante el procedimiento ($p < 0,001$). La prevalencia de un perfil “adaptable/extrovertido” en el 61,7 % de la muestra facilitó una conducta colaboradora (escala de Frankl), demostrando que el temperamento basal del niño y su capacidad de adaptación interna son predictores clínicamente

fiables de su respuesta en la consulta dental.).

RECOMENDACIONES

Acondicionar sensorialmente el entorno de las clínicas universitarias de la UCSG, incorporando elementos lúdicos y de distracción audiovisual (música suave, videos interactivos, pantallas o material visual positivo) que ayuden a enmascarar los estímulos aversivos tradicionales del consultorio, transformando el espacio en un ambiente amigable.

Fomentar programas de educación en salud oral preventiva orientados a los padres y representantes promoviendo las visitas iniciales del menor se programen para tratamientos preventivos (antes del año de vida) evitando que la primera consulta se asocie a episodios de dolor agudo, o tratamientos complejos.

Desarrollar una investigación de carácter longitudinal y de diseño comparativo que evalúe la evolución de la ansiedad del paciente pediátrico a través de citas consecutivas y bajo la influencia de técnicas lúdicas modernas, como la

distracción por realidad virtual o el modelado por tecnologías móviles adaptadas.

REFERENCIAS

1. Gayoso, G. G., Becerra, J. A. S., Yupanqui, C. L. C. T., & Palomino, P. M. P. (2026). Nivel de ansiedad en pacientes pediátricos previa a la atención dental: Un estudio transversal. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 16.
<https://doi.org/10.47990/e1s6w473>
2. Eyzaguirre, C. L., & Gutierrez, L. M. (2022). Evaluación del miedo dental en niños atendidos en la Clínica Odontológica Universidad Franz Tamayo-Bolivia. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 12.
<https://doi.org/10.47990/alop.v12i1.264>
3. Ramos Martínez, K., Alfaro Zola, L. M., Madera Anaya, M. V., & González Martínez, F. (2018). Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la Universidad de Cartagena. *Revista odontológica mexicana*, 22(1), 8-14.

4. Narayan, V. K., & Samuel, S. R. (2019). Appropriateness of various behavior rating scales used in pediatric dentistry: A Review. *Journal of Global Oral Health*, 2(2), 112-117.
https://doi.org/10.25259/JGOH_64_2019
5. Salas, S. S. S., Escandón, C. de la L. A., & Solís, V. A. P. (2018). El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 8(2).
<https://doi.org/10.47990/alop.v8i2.155>
6. Cevallos Cáceres, M. P., Gavilanes Bayas, E. C., Araujo Tapia, M. F., & Salinas Goodier, C. (2024). Método neutrosófico para la clasificación de factores asociados al miedo y ansiedad en la consulta odontológica en niños. *Neutrosophic Computing & Machine Learning*, 31, 248.
7. Marcano, A. A., Figueredo, A. M., & Orozco, G. (2012). Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 2(2).
<https://doi.org/10.47990/alop.v2i2.65>
8. Guédez-Mujica, A. G., Chango-Quinga, A. F., Sevilla-Freire, M. M., & Freire-López, M. C. (2026). Odontología pediátrica y ansiedad dental infantil [Paediatric dentistry and dental anxiety in children]. *Cuaderno de odontología. Revista científica*, 4(especial), 207-214.
<https://doi.org/10.62574/3mxb4126>
9. Balcázar Partida, N. M., Pozos Radillo, B. E., Mendoza Roaf, P. L., Gómez Lomelí, Z. M., Gómez Rodríguez, H., Pando Moreno, M., & Alfaro Alfaro, N. (2000). Factores que producen estrés en los niños frente a la consulta odontopediátrica. 2000, 10(1), 133-138.
<https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.14330/CLA01000171194>
10. Gómez-Polo, C., Vilches, A.-A., Ribas, D., Castaño-Séiquer, A., & Montero, J. (2021). Behaviour and Anxiety Management of Paediatric Dental Patients through Virtual Reality: A Randomised Clinical Trial. *Journal of Clinical*

Medicine, 10(14), 3019.
<https://doi.org/10.3390/jcm10143019>

11. Mautz-Miranda, C., Fernández-Delgadillo, C., Saldivia-Ojeda, C., Rodríguez-Salinas, C., Riquelme-Carrasco, S., & Linco-Olave, J. (2017). Prevalencia de ansiedad dental en niños atendidos en los Servicios de Salud Públicos

de Valdivia, Chile. *Odontoestomatología*, 19(30), 59-64.

12. Spencer N, F., & F. R. Shiere, H. R. Fogels. (1962). Should the parent remain with the child in the dental operator? Should the parent remain with the child in the dental operator? 1962, 29, 150-163.

ANEXO 1

PREGUNTAS DE LA ENCUESTA REALIZADAS A NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSG		
¿Cuántos años tiene el paciente?	3	5
	4	15
	5	18
	6	20
	7	13
	8	18
	9	18
	10	10
	11	3
¿Qué género es el niño(a)?	Masculino	54
	Femenino	66
¿El niño(a) ha sido tratado previamente por un odontólogo o estudiante de odontología?	Si	86
	No	34
Si sí ha sido tratado previamente ¿Qué tratamiento recibió y cómo fue la experiencia?	Exodoncia y pulpotomía	2
	Exodoncia y restauración	3
	Exodoncia	23
	Profilaxis	19
	Ortopedia	11
	Ortopedia y restauración	1
	Pulpotomía	2
	Restauración	24
	Restauración y ortopedia	1
¿Te tranquiliza cuando el doctor(a) te explica el tratamiento antes de realizarlo?	Sí	86%
	A veces	20%
	No	8%
	No me gusta que me expliquen	6%
¿Cómo describes a tu Odontólogo(a)?	Super bueno	92%
	Bueno	25%
	Normal	1%
	Poco amable	2%
¿Te pone nervioso(a) o te da miedo que te curen una muela?	Muy poco	43%
	Poco	30%
	Moderado	32%
	Mucho	11%
	Muchísimo	4%
¿Te pone nervioso(a) o te da miedo entrar sin mamá o papá a tu tratamiento?	Muy poco	33%
	Poco	25%

	Moderado	15%
	Mucho	23%
	Muchísimo	24%
¿Te molesta o desagrada el olor a medicina de la clínica?	Muy poco	77%
	Poco	24%
	Moderado	9%
	Mucho	7%
	Muchísimo	3%
¿Te pone nervioso(a) o te da miedo escuchar el llanto o grito de los niños?	Muy poco	33%
	Poco	35%
	Moderado	23%
	Mucho	16%
	Muchísimo	13%
¿Te pone nervioso(a) o te molesta el ruido de la clínica?	Muy poco	66%
	Poco	29%
	Moderado	13%
	Mucho	6%
	Muchísimo	6%
¿Te pone nervioso(a) o te da miedo que te tengan que sacar un diente?	Muy poco	20%
	Poco	26%
	Moderado	30%
	Mucho	23%
	Muchísimo	21%
¿Te pone nervioso(a) o te da miedo la aguja y que te inyecten el diente?	Muy poco	14%
	Poco	15%
	Moderado	19%
	Mucho	30%
	Muchísimo	42%
¿Te pone nervioso(a) o te molesta la luz de la lámpara de la unidad?	Muy poco	69%
	Poco	32%
	Moderado	12%
	Mucho	4%
	Muchísimo	3%
¿Te pone nervioso(a) o te da miedo el uso del taladrado (turbina)?	Muy poco	47%
	Poco	36%
	Moderado	15%
	Mucho	16%
	Muchísimo	6%
¿Te pone nervioso(a) o te molesta la música de la clínica?	Muy poco	99%
	Poco	14%
	Moderado	2%
	Mucho	0%
	Muchísimo	5%
¿Te pone nervioso(a) que te da miedo cuando al curar un diente te llegue a doler un poco?	Muy poco	40%
	Poco	27%
	Moderado	22%
	Mucho	21%
	Muchísimo	10%

¿Te pone nervioso(a) ver al dentista?	Muy poco	99%
	Poco	14%
	Moderado	5%
	Mucho	2%
	Muchísimo	0%
¿Te pone nervioso(a) que te tomen fotografías en la clínica?	Muy poco	82%
	Poco	28%
	Moderado	8%
	Mucho	2%
	Muchísimo	0%
¿Te pone nervioso(a) o te da miedo ver los instrumentos con los que te atienden?	Muy poco	46%
	Poco	38%
	Moderado	23%
	Mucho	8%
	Muchísimo	5%
¿Te pone nervioso(a) ver varios dentistas a tu alrededor?	Muy poco	80%
	Poco	25%
	Moderado	6%
	Mucho	7%
	Muchísimo	2%
¿Te pone nervioso(a) que el dentista use cubrebocas, lentes y guantes?	Muy poco	99%
	Poco	17%
	Moderado	2%
	Mucho	2%
	Muchísimo	0%
¿Te pone nervioso(a) que te apliquen este cuestionario?	Muy poco	89%
	Poco	24%
	Moderado	5%
	Mucho	1%
	Muchísimo	1%

Anexo 1. Preguntas y porcentaje de respuestas obtenidas por pregunta en la encuesta realizada a niños atendidos en la clínica de odontología de la UCSG en las clínicas de Odontopediatría II, Ortodoncia, Clínica Integral II y III (Integral del niño)



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo**, con C.C: # 09410432053 autor/a del trabajo de titulación: **Identificación del nivel de ansiedad durante el tratamiento dental en niños, Clínica Odontología UCSG**, previo a la obtención del título de **Odontólogo** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 8 de septiembre de 2026

f. _____

Nombre: Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo

C.C: 0941042053

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Identificación del nivel de ansiedad durante el tratamiento dental en niños, Clínica Odontología UCSG.		
AUTOR(ES)	Ordoñez Rodríguez Alexander Eduardo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Amado Schneider Adriana Rocío		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la salud		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	8 de septiembre del 2026	No. DE PÁGINAS:	21
ÁREAS TEMÁTICAS:	Odontopediatría; Dentística Restauradora; Cirugía		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Ansiedad al Tratamiento Odontológico; Miedo; Odontología pediátrica; Estresores clínicos en Odontología Pediátrica.		

RESUMEN/ABSTRACT: Introducción: La ansiedad dental infantil es un desafío multifactorial influenciado por la edad, el temperamento, la experiencia previa y estímulos del entorno, actuando como barrera para la atención bucal.

Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad en niños atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) durante el ciclo A-2026. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional en 120 pacientes pediátricos (3 a 12 años) y sus tutores. Se aplicó un cuestionario estructurado en escala Likert, la Escala de Imagen Facial (FIS) y la Escala de Frankl. Los datos se analizaron en SPSS V26 mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** El 77,5 % de los niños mostraron cooperación clínica positiva o definitivamente positiva. La jeringa (aguja/inyección) fue el estresor principal, generando temor severo en el 60,0% de los casos; en cambio, la turbina ("taladrillo") provocó muy poco o poco miedo en el 69,2%. La cooperación se involucra de forma altamente significativa ($p < 0,001$) con la edad, experiencia previa, explicación previa del tratamiento y temperamento. El género biológico no presentó diferencias significativas frente al comportamiento ($p = 0,384$). **Conclusiones:** La ansiedad y el comportamiento infantil en la UCSG están determinados multifactorialmente por la menor edad, la falta de experiencias previas positivas, el temperamento y estímulos invasivos como la anestesia local, siendo un fenómeno independiente del género.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593967735107	E-mail: alex0308200@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Estefanía del Rocío Ocampo Poma	Teléfono: +593-4-996757081
	E-mail: estefania.ocampo@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	