



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS**

**EFICACIA DE LA DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL VERSUS TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA DECIR-MOSTRAR-HACER PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LA ANESTESIA INFILTRATIVA EN NIÑOS DE 6-8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEDE LIMA DURANTE EL MES DE OCTUBRE - NOVIEMBRE EN EL 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR**

***BACHILLER, CABANILLAS ZAFRA JUDITH ESMERALDA***

**LIMA – PERÚ**

**2016**

A DIOS, por ser mi guía espiritual. Y a mi familia que gracias a su apoyo pude concluir mi carrera

A mis padres y hermanos, por su amor y apoyo para seguir con mis sueños y metas

A Carlos, por su apoyo incondicional durante toda mi formación profesional

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Alas Peruanas, y a todo su personal docente que me impartieron sus valiosos conocimientos, los cuales ayudaron en mi excelente formación profesional.

Al Dr. Juan Eduardo Aguilar Pasapera, asesor de la tesis, por su valiosa guía, recomendaciones y asesoramiento a la realización de la misma tesis.

Y Mis más sinceros agradecimientos al Esp. C.D. Marcelino Esteban Andía Ticona por el asesoramiento en la ejecución de mi presente estudio.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>Dedicatoria</b>	
<b>Agradecimiento</b>	
<b>Reconocimiento</b>	
<b>Índice</b>	
<b>Índice de tablas</b>	
<b>Índice de gráficos</b>	
<b>Resumen</b>	
<b>Abstract</b>	
<b>Introducción</b>	<b>15</b>
 <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
<b>1.1 descripción de la realidad problemática</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Delimitación de la investigación</b>	<b>17</b>
1.2.1 Delimitación espacial	17
1.2.2 Delimitación temporal	17
1.2.3 Delimitación social	17
1.2.4 Delimitación conceptual	17
<b>1.3 Formulación del problema</b>	<b>18</b>
1.3.1 Problema principal	18
1.3.2 Problema secundarios	18
<b>1.4 Objetivos del problema</b>	<b>19</b>
1.4.1 Objetivo general	19
1.4.2 Objetivos específicos	19

<b>1.5 Hipótesis y variables de la investigación</b>	<b>20</b>
1.5.1 Hipótesis general	20
1.5.3 Variables	20
<b>1.6 Metodología de la investigación</b>	<b>21</b>
1.6.1 Tipo de investigación	
<b>1.7 Población y muestra</b>	<b>22</b>
1.7.1 Población	22
1.7.2 Muestra	22
<b>1.8 Técnicas e instrumentos de la investigación</b>	<b>23</b>
1.8.1 Técnicas	23
1.8.2 Instrumentos	25
<b>1.9 Justificación e importancia de la investigación</b>	<b>26</b>
1.9.1 Justificación de la investigación	26
1.9.2 Importancia de la investigación	27
1.9.3 limitaciones de la investigación	27

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

<b>2.1 Antecedentes de la investigación</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Bases teóricas</b>	<b>35</b>
2.2.1 Ansiedad	35
2.2.1.1 Etiología	36
2.2.1.2 Características de la ansiedad	36
2.2.1.3 Manifestaciones clínicas	36
2.2.2 Técnicas de manejo de comportamiento convencional	36
2.2.2.1 Técnicas comunicativa	36
2.2.2.1.1 Desensibilización	37
2.2.2.1.2 Decir- mostrar – hacer	37
2.2.2.1.3 Modelamiento	37
2.2.2.1.4. Refuerzo positivo	37
2.2.2.1.5 Refuerzo negativo	38
2.2.2.2 Técnicas no comunicativas	38
2.2.2.2.1 Mano sobre la boca	38
2.2.2.2.2 Inmovilización física	38
2.2.3 Técnicas de manejo de comportamiento no convencional	41
2.2.3.1 Distracción	41
2.2.3.2 Distracción audiovisual	42
2.2.4 Factores que determinan la conducta del niño	42
2.2.4.1 Actitud de la familia	42
2.2.4.2 Experiencias previas	43
2.2.4.3 Separación de los padres y miedo	43
2.2.4.4 Coeficiente intelectual, edad, sexo y cultura	43
2.2.4.5 Duración y hora de la visita	43
2.2.5 Técnica Anestesia	
2.2.5.1 Anestesia Infiltrativa (incisivos)	44
2.2.5.2 Anestesia Infiltrativa (molares)	44

**CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN** 45

3.1 Análisis de tablas y gráficos 45

3.2 Discusión 58

3.3 Conclusiones 61

3.4 Recomendaciones 62

**FUENTES DE INFORMACIÓN**

**ANEXOS**

ANEXO N. °1: Carta de presentación

ANEXO N. °2: Consentimiento informado

ANEXO N. °3: Ficha de recolección de datos

ANEXO N. °4: Fotografías

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla N. °1:</b> Distribución de frecuencia del sexo y edad de niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede lima durante el mes de octubre-noviembre en el 2016.	45
<b>Tabla N.°2:</b> Cambios en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede lima durante el mes de octubre - noviembre en el 2016, mediante el uso de la distracción audiovisual.	48
<b>Tabla N.°3:</b> Cambios en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede lima durante el mes de octubre - noviembre en el año 2016, mediante el uso de la técnica decir-mostrar-hacer.	49
<b>Tabla N.°4:</b> Análisis comparativo de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede lima durante el mes de octubre - noviembre en el año 2016, mediante el uso de ambas técnicas.	50
<b>Tabla N.°5:</b> Análisis comparativo de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo a la edad, mediante el uso de ambas técnicas.	52
<b>Tabla N.°6:</b> Análisis comparativo de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo al sexo, mediante el uso de ambas técnicas.	55



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico N. °1:</b> La frecuencia del sexo de niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede lima durante el mes de octubre–noviembre en el año 2016.	46
<b>Gráfico N. °2:</b> La frecuencia de la edad de niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede lima durante el mes de octubre–noviembre en el año 2016.	47
<b>Gráfico N. °3:</b> Los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede lima durante el mes de octubre–noviembre en el año 2016, mediante el uso de ambas técnicas.	51
<b>Gráfico N. °4:</b> Los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo a la edad, mediante el uso de la distracción audiovisual.	53
<b>Gráfico N. °5:</b> Los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo a la edad, mediante el uso de la técnica decir–mostrar–hacer.	54
<b>Gráfico N. °6:</b> Los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo al sexo, mediante el uso de la distracción audiovisual.	56

**Gráfico N. °7:** Los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la clínica estomatológica pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo al sexo, mediante el uso de la técnica decir–mostrar–hacer.

## RESUMEN

Los odontólogos tienen numerosas técnicas para controlar la ansiedad y mejorar el comportamiento en los niños durante la atención dental.

Esta investigación, planificó como objetivo determinar si la eficacia de distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” disminuye el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre – noviembre en el 2016.

El tipo de investigación que se empleo fue cuasi experimental porque el investigador manipuló la variable de estudio, prospectivo porque midió más de una medición en la línea de tiempo de las mismas variables, en la misma población y utilizando el mismo instrumento, longitudinal porque midió más de dos mediciones.

La población estuvo conformada por niños de 6 a 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, sede Lima, que cumplan con los criterios de inclusión señalados, durante el mes de octubre – noviembre en el año 2016. La muestra estuvo conformada por 50 niños; en donde se dividió en dos grupos, a la primera mitad se aplicó distracción audiovisual y al segundo grupo se aplicó la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” frente a la anestesia infiltrativa. Se utilizó un instrumento de recolección de datos, la escala de imagen facial (FIS) de wong baker. Los niños fueron seleccionados mediante el tratamiento que requiera la anestesia infiltrativa en la Clínica Estomatológica Pediátrica II.

Las conclusiones encontradas en la investigación nos indicó que no se presentó una diferencia estadísticamente significativa en la eficacia de la distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” en la disminución del nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa aplicada en niños de 6 - 8 años.

También se concluyó que existió una diferencia significativa al evaluar la eficacia de la distracción audiovisual en la disminución del nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6 - 8 años antes y después de ser atendidos.

**Palabras clave:** distracción audiovisual, anestesia infiltrativa, técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer”.

## **ABSTRACT**

Dentists have numerous techniques to control anxiety and improve behavior in children during dental care.

The objective of this research was to determine whether the effectiveness of audiovisual distraction versus the "tell-show-do" behavior management technique decreases the level of anxiety versus infiltrative anesthesia in children aged 6-8 years treated at the Pediatric Stomatologic Clinic II of the Alas Peruanas University, Lima, during the month of October - November in 2016.

The type of research that was used was quasi experimental because the investigator manipulated the study variable, prospective because it measured more than one measurement in the time line of the same variables, in the same population and using the same instrument, longitudinal because it measured more Of two measurements.

The population was made up of children from 6 to 8 years of age attending the Pediatric Stomatologic Clinic II of the Alas Peruanas University, Lima, who meet the inclusion criteria indicated during the month of October - November in the year 2016. The sample Was made up of 50 children; Where it was divided into two groups, the first half was applied audiovisual distraction and the second group applied the "tell-show-do" behavior management technique against infiltrative anesthesia. We used a data collection instrument, the facial image scale (FIS) of wong baker. The children were selected by treatment requiring infiltrative anesthesia at the Pediatric Stomatologic Clinic II.

The findings found in the investigation indicated that we did not present a statistically significant difference in the efficacy of audiovisual distraction versus the "tell-show-do" behavior management technique in decreasing the level of anxiety versus applied infiltrative anesthesia In children aged 6 - 8 years.

It was also concluded that there was a significant difference in evaluating the efficacy of audiovisual distraction in reducing the level of anxiety versus infiltrative anesthesia in children 6 to 8 years old before and after treatment.

Key words: audiovisual distraction, infiltrative anesthesia, "tell-show-do" behavior management technique.

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad frente al tratamiento dental es uno de los problemas comunes en niños. Usualmente, impide que niños coopere totalmente durante los tratamientos. En consecuencia, si no se reduce los niveles de ansiedad será un impedimento para proveer tratamiento odontológico de buena calidad y lo más importante no se establece una buena comunicación y relación con los pacientes.<sup>1,2</sup>

El manejo de conducta ansiosa en el niño es un aspecto crítico durante los procedimientos dentales, por eso en la actualidad, se utilizan diversas técnicas para manejar la conducta del paciente en el consultorio, estas técnicas pueden ser técnicas de manejo de comportamiento convencional o no convencional.<sup>1</sup>

La distracción audiovisual permite que los niños tengan una concentración auditiva, visual y quedan atrapados en la película que estén viendo desconectándose parcialmente del ambiente odontológico y así lograr establecer confianza con el paciente y desarrollar una actitud dental positiva a largo plazo. Son necesarias nuevas técnicas en el manejo de conducta del paciente pediátrico y que promuevan la salud.<sup>3</sup>

Esta investigación pretende evaluar eficacia de la distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” para disminuir el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños, Se utilizó instrumento de recolección de datos, la escala de imagen facial (FIS) de wong baker para registrar las variaciones de la ansiedad antes y después de utilizar cada técnica aplicada.

Este estudio se consideró que puede ser una valiosa ayuda a los futuros profesionales en odontología a ser conscientes de la importancia de un buen control del manejo de conducta para reducir los niveles de ansiedad en los niños y desarrollar una conducta positiva a largo plazo.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

En la Universidad Alas Peruanas en la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud en la Facultad de Estomatología en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de Santiago de Surco. Acuden niños de 6 a 12 años de edad. Muchos de estos niños acuden a su visita odontológica por primera vez, por lo general los niños desde pequeños ya experimentan diversas sensaciones de ansiedad ya sea por experiencias propias, muchas veces esas sensaciones de ansiedad son transmitidos por los padres ya sea por amenaza o porque los padres también tienen experiencias desagradables.

La ansiedad es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia al tratamiento. Es un factor importante a considerar si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente.

Los problemas que más se presentan es la anestesia infiltrativa representa uno de los más grandes temores en los niños. El estímulo de ansiedad más alto provocado por inyección, es uno de los aspectos más negativos y a la vez necesarios de acuerdo al paciente que requiera un tratamiento donde hay lesiones cariosas profundas. Este hecho se observa en gran parte de pacientes pediátricos cobra especial importancia por las repercusiones sobre la correcta atención bucodental que pueden tener las respuestas infantiles al dolor producido durante los tratamientos odontológicos. Los tratamientos odontopediátricos representan un reto importante para el odontólogo, ya que la ansiedad se presenta a menudo especialmente alta en los niños.



## **1.2 Delimitación de la investigación**

### **1.2.1 Delimitación espacial**

Universidad Alas Peruanas, Clínica Pediátrica II Estomatológica, ubicada en Santiago de Surco.

### **1.2.2 Delimitación temporal**

La investigación se realizó en el periodo de octubre-noviembre de 2016.

### **1.2.3 Delimitación social**

El estudio se desarrolló con pacientes niños de 6-8 años de edad que son de estrato socioeconómico bajo o muy bajo atendido principalmente en la Clínica Pediátrica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas.

### **1.2.4 Delimitación conceptual**

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Estomatológica
- Línea de investigación: Eficacia de distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” disminuye el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre – noviembre en el año 2016.

### **1.3 Formulación del problema**

#### **1.3.1 Problema principal:**

¿Cuál es la eficacia de la distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” para disminuir el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016?

#### **1.3.2 Problema secundario:**

¿Cuál es la eficacia de la distracción audiovisual para disminuir el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años antes y después de ser atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016?

¿Cuál es la eficacia de la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” para disminuir el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años antes y después de ser atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016?

¿Cuáles son las diferencias en el nivel de ansiedad con respecto a la edad empleando ambas técnicas, en los pacientes niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016?

¿Cuáles son las diferencias en el nivel de ansiedad con respecto al género empleando ambas técnicas, en los pacientes niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general:**

Determinar si la eficacia de distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” disminuye el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre – noviembre en el 2016.

### **1.4.2 Objetivos específicos:**

Evaluar si la eficacia de la distracción audiovisual disminuye el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años antes y después de ser atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016.

Evaluar si la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” disminuye el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años antes y después de ser atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016.

Identificar las diferencias en el nivel de ansiedad con respecto a la edad empleando ambas técnicas, en los pacientes niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016.

Identificar las diferencias en el nivel de ansiedad con respecto al género empleando ambas técnicas, en los pacientes niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016.

## 1.5 Hipótesis y variables de la investigación

### 1.5.1 Hipótesis general:

La eficacia para disminuir el nivel de ansiedad con distracción audiovisual es superior a la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” respecto a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016.

### 1.5.2 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	La distracción consiste desviar la atención del niño que puede hacerse con ayuda de medio audiovisual o auditivo y cuyo uso se condiciona a un comportamiento más adecuado. (13,14)	Definitivamente Negativo Negativo Positivo Definitivamente Positivo	0 1 2 3 4	Nominal	Escala facial IMAGE SCALE (FIS)
Distracción audiovisual					
técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer”	<b>Decir-mostrar-hacer</b> Habitualmente se conoce por la técnica del “diga-muestre- haga”. Consiste en permitir que el paciente conozca los procedimientos que van aplicarse. (13, 14,19)	Definitivamente Negativo Negativo Positivo Definitivamente Positivo	0 1 2 3 4	Ordinal	Escala facial IMAGE SCALE (FIS)
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>		Ansiedad leve. Ansiedad leve a	1 2 3	Ordinal	Escala facial IMAGE SCALE

Ansiedad	Es un estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consiente <sup>(20)</sup>	moderada. Ansiedad moderada. Ansiedad de moderada a severa. Ansiedad severa.	4 5		(FIS)
<b>Co-variables</b>				Nominal	
Genero		DNI	Masculino Femenino	dicotómico	
Edad		DNI	6-8 años	Ordinal	

Fuente elaborado por la responsable de la investigación.

## 1.6 Metodología de la investigación

### 1.6.1 Tipo de investigación

**Cuasi experimental:** porque el investigador manipula la variable de estudio.

**Prospectivo:** Porqué se midió más de una medición en la línea de tiempo de las mismas variables, en la misma población y utilizando el mismo instrumento.

**Longitudinal:** Porqué se midió más de dos mediciones, la relación entre la variación de la ansiedad antes y después de la anestesia infiltrativa. Con o sin distractor audiovisual.

## **1.7 Población y muestra**

### **1.7.1 Población**

La población estuvo conformado por niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, sede Lima, que cumplan con los criterios de inclusión señalados, durante el mes de octubre-noviembre en el 2016.

### **1.7.2 Muestra**

Método censal no probabilístico.

El tamaño de muestra es de 50 niños, distribuidos proporcionalmente en 25 para el grupo experimental y 25 para el grupo de control. Los niños fueron seleccionados mediante el tratamiento que requiera la anestesia infiltrativa en la Clínica Estomatológica Pediátrica II.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes donde el padre haya firmado el consentimiento informado.
- Pacientes con tratamientos que requieran anestesia infiltrativa.
- Niños de 6-8 años de Edad.
- Población con requerimiento de manejo de conducta.
- Niños de 6-8 años con aparente buen estado general.
- Pacientes que dieran su asentimiento.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes niños que abandonan el tratamiento.
- Pacientes con alguna enfermedad sistémica comprobada.
- Niños que presenten algún síndrome o patología bucal.
- Pacientes que no quieran formar parte de la investigación.
- Pacientes nuevos sin experiencia previa de atención odontopediátrico.

## **1.8. Técnica de recolección de datos**

### **1.8.1 Técnicas**

La recolección de datos se anotó en una ficha de registro de la Ansiedad que se usó para el presente estudio.

Para poder evaluar las variables de estudio:

1. En el inicio de este proyecto se presentó la solicitud de permiso correspondiente a la Directora de la Escuela Profesional de Estomatología, con el fin de autorizar la recolección de datos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II. (Anexo N°1)
2. La autorización se presentó por la investigadora a cada docente encargado perteneciente a la Clínica Estomatológica Pediátrica II, a los que se les informó sobre el procedimiento de la intervención y recolección de datos.
3. Luego se informó al alumno operador del paciente elegido y se le informó del procedimiento de dicha investigación.
4. Se solicitó al padre de familia, se le explicó el motivo y el tema de investigación, posteriormente se entregó un consentimiento informado para que autorice si deseen que su menor hijo participó voluntariamente (Anexo N° 2).
5. Luego en el grupo experimental:

El paciente ingresó a la clínica Estomatológica pediátrica II y se recostó en el sillón dental, se le pidió al niño que seleccione la imagen facial con la que se identificó más antes de iniciar el tratamiento odontológico.

Luego se procedió a seleccionar en la tablet el dibujo animado de acuerdo a sus gustos personales. Después se procedió a colocar los audífonos al niño.

Logrado la distracción del niño, se procedió a colocar la anestesia infiltrativa.

Una vez terminado se procedió a registrar nuevamente se le pidió al niño que señale con cuál de las caras de la escala de imagen facial se siente identificado ahora.

- El video fue seleccionado de acuerdo a sus gustos personales y de acuerdo al género. Estos dibujos animados han sido seleccionados para niños de 6 a 8 años y no presentan actos violentos.

#### **Títulos de videos utilizados para niños:**

- Disney Pluto- Pluto junior
- Almacén de Invierno – Chip y Chop, y Pato Donald
- Súper campeones – El nacimiento del Capitán Oliver Aton
- Los pitufos
- Narigota constructora – Dibujos para niños sobre el agua

#### **Títulos de videos utilizados para niñas:**

- Barbie en un cuento de navidad
- Cuentos clásicos – la cenicienta
- La princesa Sofía
- La bella durmiente



6. Luego en el grupo control:

Luego se procedió a realizar la técnica de manejo de conducta “Decir- Mostrar- Hacer”

Lograda la distracción del niño, se procedió a colocar la anestesia infiltrativa.

Una vez terminado se procedió a registrar nuevamente se le pidió al niño que señale con cuál de las caras de la escala de imagen facial se siente identificado ahora.

El paciente ingresó a la Clínica Estomatológica Pediátrica II y se recostó en el sillón dental, se le pidió al niño que seleccione la imagen facial con la que se identificó más antes de iniciar el tratamiento odontológico.

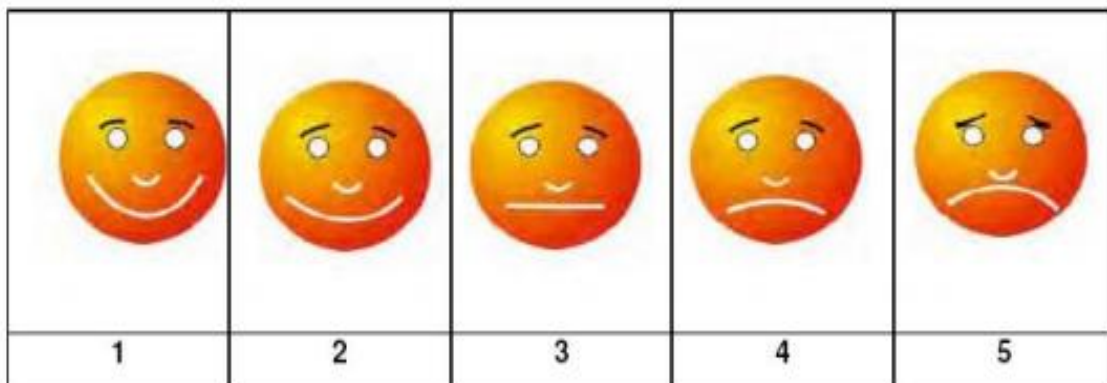
Como agradecimiento de su participación se le entregó un cepillo y una pasta dental

### 1.8.2 Instrumento de recolección de datos

Esto se realizó con un instrumento de medición.

#### **Escala de caras wong- baker (wong- baker faces pain rating scale) o FIS**

Está compuesta por rostros con diferentes expresiones que representa diferentes estados de ánimos de una persona.



***Wong- baker faces pain rating scale***

Consiste en la representación de una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número de 1 al 5 correspondiente el 1 ansiedad leve y el 5 ansiedad severa.

Este método de autoevaluación de la ansiedad en niños mayores de cinco años de edad porque tienen la capacidad de entender las expresiones y pueden reconocer las diferentes representaciones gráficas de las escalas utilizadas.<sup>5</sup>

## **1.9 Justificación e importancia de la investigación**

### 1.9.1 Justificación de la investigación

El presente trabajo de investigación nos permite conocer técnicas de manejo de conducta que permitan brindar un tratamiento seguro y de alta calidad. Las técnicas convencionales pueden ser satisfactorias pero el rechazo de los padres y así como implicaciones éticas y legales ha llevado que se revalúen actitudes y técnicas con fin de buscar nuevas alternativas como la distracción audiovisual que nos ofrece, de modo no farmacológico, la disminución de la incomodidad asociada con los procedimientos dentales en niños, porque toma control de dos tipos de sensaciones, la auditiva y la visual. Al mismo tiempo aísla parcialmente al paciente del sonido y ambiente médico poco amistoso.

El manejo de conducta es una parte esencial del día a día de los odontólogos se debe lograr establecer la confianza con el paciente niño y desarrollar una actitud dental positiva. El comportamiento no cooperativo de los pacientes niños puede ser un impedimento para proveer tratamiento odontológico eficaz ya que se requiere más tiempo de atención y corre riesgo de producir daño.

El siguiente estudio tiene por meta dar a conocer a los odontólogos, una técnica que podrá ayudar a modificar el comportamiento de los pacientes pediátricos, reduciendo su comportamiento negativo, y permitiendo así la elaboración de un

ambiente óptimo para el niño y la adaptación de este durante el tratamiento odontológico.

Dicho estudio consiste en el control de la ansiedad del paciente pediátrico mediante el uso de técnicas audiovisuales, que desvíen su atención durante el tratamiento odontológico.

### 1.9.2 Importancia de la investigación

El presente estudio es importante porque aportará datos que proporcionarán una retroalimentación a la Clínica Estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas, para identificar la eficacia de la distracción audiovisual.

### 1.9.3 Limitaciones de la investigación

- Información adquirida: Para la base teórica se requiere un marco conceptual sencillo y coherente por ello se realizó las búsquedas en revistas, artículos, tesis y libros publicados bajo un estricto rigor científico ya que la información respecto al tema es abundante.
- Socioculturales: Padres de familia renuentes a la firma del consentimiento informado.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

Durante la fase búsqueda de bibliografía se identificaron trabajos de investigación tipo tesis así como artículos originales, cuyos resúmenes se presentan a continuación como antecedentes en el presente estudio.

Gallegos (2016) en su estudio compara la musicoterapia y gafas de distracción audiovisual, en niños de 6 a 8 años de edad de la escuela consejo provincial de pichincha. se realizó con la medición de parámetros objetivos y subjetivos de ansiedad, incluyendo el pulso y escala de imagen facial. Se seleccionaron 210 niños de 6 a 8 años y se dividió en dos grupos para evaluar el nivel de ansiedad: Grupo A: 105 niños con musicoterapia. Grupo B: 105 niños con gafas a los niños se les registraron el pulso y escala de imagen facial, antes del tratamiento de profilaxis dental y después del tratamiento. Los resultados del estudio determinaron que al realizar la comparación entre las dos técnicas. Se encontró similitud de resultados para el control de la ansiedad, con la técnica de musicoterapia el pulso disminuyó después del tratamiento. Con la técnica de gafas el pulso fue igual antes y después del tratamiento ya que no se encontraron variaciones al respecto. Se concluye que ambas técnicas son efectivas para disminuir el nivel de ansiedad en niños de 6 a 8 años.<sup>4</sup>

Aguilar (2016) en su estudio evaluó la dotación de interfaz amigable audiovisual Android para disminuir el estrés causado por la consulta dental en niños de 4 a 6 años que asisten a la unidad de atención odontológica Uniandes, se pretende desviar su atención verificando con la toma de signos vitales, para así proponer una alternativa didáctica, que agrade a los niños de 4 a 6 años para acudir al Odontólogo reduciendo el miedo y optimizando el tiempo de trabajo. Se utilizó cuatro instrumentos para la recolección de datos; una guía de observación a 24 niños, entre la edad de 4 a 6 años, en donde se los dividió en dos grupos de

estudio, a la primera mitad se aplicó la técnica y al segundo grupo no. Los resultados obtenidos en las encuestas a niños involucrados y los estudiantes, entrevista a padres de familia, Docentes y guía de observación evidencian el alto porcentaje de problemas que existe en el manejo de este sector poblacional y el descontento para la atención de pacientes pediátricos. Estos resultados evidencian la necesidad de diseñar una alternativa distractora que permita actuar en los elementos psicológicos y clínico odontológicos, para reducir el miedo y optimizar el comportamiento en los niños. La eficacia del uso y manejo del software vivir por los niños para el control emocional de niños de 4 a 6 años, demuestra que es un instrumento de gran ayuda en la consulta.<sup>5</sup>

Barrionuevo (2015) en su estudio compara los niveles de ansiedad registrada con la aplicación de la técnica de distractores visuales mediante gafas de audio y video en un grupo de niños que acuden a la clínica de niños de la facultad de odontología de la universidad central del Ecuador, tiene como objetivo establecer una relación entre distracción audiovisual y disminución de los niveles de ansiedad. Mediante la utilización de gafas de audio y video. El presente trabajo brinda al paciente niño una nueva alternativa, en atención dental, haciendo que su experiencia sea satisfactoria y sembrando una experiencia positiva. En el procedimiento, se dividió a los 66 participantes en dos grupos. Grupo experimental y grupo control en los que se cuantificaron los valores de Frecuencia Cardíaca y Saturación de oxígeno. Estos valores fueron significativos estadísticamente, principalmente en la respuesta emocional del niño obtenido mediante la escala de caras, en el que los niños que utilizaron las gafas distractoras mostraron bajos niveles de ansiedad, a diferencia de quienes no lo utilizaron, cuyos índices de ansiedad fueron más altos. Se cuantificaron los resultados, obteniéndose valores más bajos, a nivel de Frecuencia cardíaca en el grupo experimental, en tanto que el grupo control, la frecuencia cardíaca fue más alta. En cuanto a la saturación de oxígeno, los valores se mantienen. Por lo que podemos concluir que la relación existente entre el uso de distractores audiovisual y la disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes durante la consulta odontológica.<sup>6</sup>

Medina (2015) en su estudio evaluó el efecto de la distracción audiovisual como método para disminuir la ansiedad en niños de 5 a 6 años durante el tratamiento odontológico en la clínica de la universidad de las Américas. La técnica de distracción audiovisual para utilizarla para la disminución de la ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 6 años. En el siguiente estudio participaron 60 niños y niñas sometidos al tratamiento dental, los mismos que fueron divididos en dos grupos, cada uno conformado por 30 pacientes, los cuales fueron observados y analizados durante la profilaxis con la aplicación y sin la aplicación de la técnica audiovisual para el control de la ansiedad. El tipo de instrumento que se manipulo para la recolección de datos es la observación ya que vamos tener un examen visual de lo que ocurre en una situación real. Se utilizara el Test de ansiedad de Frank. Los resultados indican que no existe relación entre la edad, el sexo y la aplicación del efecto audiovisual antes del tratamiento, pero durante y después del tratamiento de técnicas audiovisuales se evidencia una variación considerable.<sup>7</sup>

Francisco (2014) en su estudio evaluó el efecto de la utilización de diferentes dispositivos audiovisuales durante la realización del tratamiento odontológico en el paciente infantil. Determinar si la utilización de diferentes dispositivos audiovisuales mejora la ansiedad y la frecuencia cardiaca del paciente pediátrico durante el tratamiento odontológico. Este ensayo clínico no aleatorio consto de 68 pacientes (34 niños y 34 niñas) de entre 6-8 años de edad distribuidos en dos grupos de estudio. Participaron aquellos niños que acudieron a la clínica universitaria de odontología y requerían de un mínimo de dos visitas de tratamiento restaurador. En la segunda visita, el paciente visualizo una película de dibujos animados mediante una pantalla situada sobre el sillón dental (grupo de estudio 1- mediante las gafas de proyección, según el grupo al que pertenece. Se observaron diferentes estadísticamente significativas en el resto de variables evaluadas. Un alto porcentaje de la muestra prefirió la visita experimental y señaló que le gustaría continuar viendo películas de dibujos animados en sucesivas visitas. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables evaluadas en ambos grupos de estudio de acuerdo a las escalas

de medidas utilizadas. Sin embargo, el uso de diferentes dispositivos audiovisuales como método de distracción obtuvo una alta aceptación por parte del paciente infantil.<sup>8</sup>

Llanco (2014) en su estudio compara la eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus el manejo de conducta convencional en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico en niños de 3 a 5 años que acuden al centro médico odontológico san Carlos – Huancayo, 2013. Determinar la eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus al manejo de conducta convencional en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico en niños de 3 - 5 años que acudieron al centro médico odontológico San Carlos – Huancayo, en el periodo 2013. Para determinar la eficacia, se analizaron los resultados de dos grupos de trabajo, uno experimental, que fueron sometidos a efectos de los videojuegos y otro de control sin uso de esa técnica. Las conclusiones encontradas en la investigación fueron bastante alentadoras respecto al uso de los videojuegos en el manejo de conducta para realizar el tratamiento restaurador en comparación con los pacientes en los que no se utilizó la técnica propuesta la eficacia fue menor<sup>9</sup>

Espinoza (2013) en su estudio evaluó la ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana. Tuvo como objetivo determinar si existe relación entre la ansiedad dental del cuidador y la ansiedad dental infantil. Se utilizó la Escala de Evaluación de Comportamiento de Frankl y la Facial Imagen Scale (FIS) a pacientes de 6 años del programa GES de dos consultorios de la Región Metropolitana y la Escala de Ansiedad Dental de Corah a sus cuidadores. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad de Frankl y Corah, ni entre los puntajes de ansiedad de FIS y Corah. Si se encontró relación estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad de FIS y de Frankl. Se Concluyó en el presente estudio no se encontró una relación entre la ansiedad del cuidador con la ansiedad del niño, pero si entre las dos dimensiones de la ansiedad medidas en

niños. Si bien la frecuencia de ansiedad dental infantil es baja en relación a estudios previos, si se encuentra dentro de los rangos de revisiones anteriores.<sup>10</sup>

Falcón (2013) en su estudio evaluó la influencia del uso de un distractor audiovisual en la conducta del niño de 6 a 8 años de edad durante la atención odontológica en la clínica estomatológica pediátrica de la universidad alas peruanas. Tuvo como objetivo controlar la ansiedad y mejorar el comportamiento en los niños durante la atención dental, y su distracción mediante diversos métodos es una de las más comunes en caso se indique el uso de una técnica no restrictiva. El presente ensayo clínico aleatorizado se realizó con el objetivo de evaluar la influencia del uso del distractor audiovisual en la percepción de la ansiedad y en el comportamiento del niño durante los procedimientos dentales en pacientes pediátricos. Para esto, se utilizó un dispositivo audiovisual en 38 niños de 6 a 8 años de edad, teniendo un grupo control del mismo número. Para la medición del impacto de su uso, se utilizaron dos escalas: la Escala de Imagen Facial (FIS) de Wong Baker y la Escala de comportamiento de Frankle. Los resultados demostraron que, a pesar que no existe relación entre el género de los niños y la eficiencia del uso del distractor audiovisual ( $p > 0,05$ ), se demostró que el uso de este dispositivo disminuye el estado de ansiedad de los niños que tomaron parte del estudio, además de ser un factor positivo en el cambio del comportamiento durante la atención dental ( $p < 0,05$ ).<sup>11</sup>

Pérez (2011) en su estudio evaluó la distracción audiovisual como método para disminuir el nivel de ansiedad. La eficacia de la distracción audiovisual al momento de colocar anestesia local en pacientes que acudían por primera vez a la atención odontológica. En una muestra de 92 pacientes, distribuidos en 2 grupos de 46 pacientes cada uno de 4 a 8 años de edad, género masculino y femenino. Para medir el nivel de ansiedad, se utilizó la escala de ansiedad de Venham, se realiza una evaluación inicial de ansiedad, al momento que llegaba el paciente a consulta, en el grupo control y experimental. Al sentarse en la unidad, se colocaba la pantalla con DVD y audífonos, se daba a elegir entre 5 DVD, y el odontopediatra comenzaba a colocar la anestesia local en ese momento se realizaba la



evaluación final de ansiedad en el grupo experimental. En el grupo control, no se colocaba pantalla con DVD, sólo la anestesia local. Encontrándose una disminución de ansiedad en el grupo experimental de 67.39% comparado con el grupo control que presentó una disminución de 2.17%, resultando diferencias significativas con el uso de distracción audiovisual. Las conclusiones encontraron que el uso de la técnica de manejo de conducta de distracción audiovisual, disminuye el nivel de ansiedad en el paciente pediátrico, al colocarle anestesia local donde se presente mayor ansiedad en una cita odontológica<sup>12</sup>

Quiroz (2011) en su estudio evaluó el manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia. Como resultado de esta investigación se llegó a la conclusión de que a pesar que las técnicas convencionales son satisfactorias, son necesarias nuevas técnicas teniendo en cuenta que hoy en día los niños también son exigentes con respecto al servicio que se les ha brindado, estas nuevas técnicas deben ser acordes a los avances tecnológicos de nuestra era y a su vez que promuevan la salud como es el uso de la medicina natural o alternativa, ampliamente estudiada en los últimos años.<sup>13</sup>

Alfaro (2011) en su estudio evaluó la intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad. La disminución del miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad. Se determinó que el estudio de intervención es cuasiexperimental, en el cual se identificaron 81 niños con miedo y ansiedad dental con edades entre 5 y 9 años, mediante la implementación de dos escalas una para evaluar miedo dental (CFSS-DS) y otra para evaluar ansiedad dental (MDAS). Una vez identificados los niños miedosos y ansiosos; se realizó una intervención educativa basada en un protocolo de manejo para disminuir miedo y ansiedad dental; El cual estuvo dividido en cuatro sesiones; después de terminar la intervención, se aplicaron nuevamente a cada paciente las escalas de miedo y ansiedad con el fin de evaluar la eficacia del protocolo. Los datos se analizaron en el paquete estadístico STATA versión 11.1, realizando estadística descriptiva a través de media, desviaciones estándar y proporciones, se utilizó la

prueba ShaphiroWilk para evaluar normalidad y la prueba T Student para establecer diferencias entre las mediciones de ansiedad y miedo antes y después de la intervención.<sup>14</sup>

Lazo (2011) en su estudio evaluó el nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad, atendidos en el servicio de Odontología del Hospital III EsSalud Puno. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes de 4 a 8 años de edad, de ambos sexos, sin experiencia previa de tratamiento odontológico alguno, seleccionados por un procedimiento de muestreo no probabilístico, por conveniencia, considerando criterios de inclusión. Se identificó el nivel de ansiedad mediante la escala de imagen facial y la presión arterial, ambos en dos tiempos, el primero después de diagnosticar al paciente y el segundo inmediatamente después de aplicado el tratamiento, al final se comparó en nivel de ansiedad antes y después del tratamiento dental. La investigación corresponde al tipo descriptivo, comparativo de corte longitudinal. La técnica utilizada fue la observación clínica, usando como instrumento una ficha de recolección de datos. Los datos se analizaron mediante tablas de distribución de frecuencia y la prueba t de student. El estudio revela que, al comparar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico entre hombres y mujeres se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ), registrándose más casos de ansiedad moderada en ambos sexos y tiempos. En los niños de 4, 6 y 7 años de edad tampoco existe diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ), mientras que en los niños de 5 y 8 años existe diferencia significativa ( $p < 0.05$ ). Al comparar la presión arterial antes y después del tratamiento no hay diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) en ambos sexos y en las diferentes edades. Finalmente al comparar el promedio del nivel de ansiedad antes (2.92) del tratamiento fue superior a la ansiedad mostrada luego (2.70) de la realización del tratamiento odontológico, encontrándose estadísticamente que hay una variación significativa ( $p = 0.047 < 0.05$ ). Concluyéndose por tanto que el nivel de ansiedad en los niños de 4 a 8 años de edad es mayor antes del tratamiento odontológico.<sup>15</sup>

## **2.2 Base teórica**

### **2.2.1 Ansiedad**

Es un estado emocional que influye en la salud oral dificultando tanto el manejo del paciente durante la atención dental donde experimenta una sensación de desesperación permanente y angustia por causas no conocidas a nivel consciente. Es una amenaza percibida presentando tensión y desasosiego en respuesta en la que no vives o disfrutas el momento presente pensando siempre en la actividad que tienes posteriormente. <sup>16,17</sup>

Es un estado emocional que se origina con la presencia de conductas no cooperativas con fantasías no reales que generalmente se presenta en pacientes que han desarrollado un temor hacia algún procedimiento dental. Algunos autores consideran que una determinada cantidad de ansiedad es necesaria para la vida. No obstante, cuando las respuestas lejos de ser adaptativas se convierten exageradas y problemática hablamos de ansiedad patológica. Existe la posibilidad que el niño aprenda estrategias negativas para manejar su ansiedad y huir de la situación manipulando a los padres. Son pacientes que saben que llorando, desobedeciendo van a despertar compasión y se escapan sin recibir el tratamiento que necesitan. <sup>18,19</sup>

La ansiedad impiden que el niño pueda cooperar suelen mostrarse poco razonables algo forzados en la consulta y acostumbran quedarse paralizados durante los tratamientos. Lo que implica pérdida de tiempo para el profesional, dificultad para realizar el tratamientos dentales, muchos adultos justifican su miedo al dentista partiendo de experiencias negativas vividas en la niñez y puede transmitir ese rechazo al niño en cualquier situación, hay un nivel óptimo de ansiedad que ayuda a manejar a cada situación de forma apropiada. El profesional debe saber educar a sus pacientes para ajustar la ansiedad al nivel apropiado.

<sup>20,21</sup>

### **2.2.1.1 Etiología**

Constituye un modelo complejo y multifactorial que menciona la presencia de factores de riesgo y de factores protectores que miden la expresión de este trastorno. La ansiedad tiene una base en ciertas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia. Los factores que han sido ligados a una mayor incidencia de ansiedad dental incluye: Características de personalidad, temor al dolor, experiencias dentales traumáticas pasadas, influencia de los familiares, temor a la sangre o herida.<sup>22,23</sup>

### **2.2.1.2 Características de la ansiedad**

- ✓ Situación repetidas y de notable ansiedad
- ✓ Reacción inapropiada al estímulo
- ✓ Sufrimiento persistente y notable, que anticipa la aplicación del estímulo (ansiedad anticipada)
- ✓ Compromiso de las funciones psicológicas, el paciente puede presentar malestar, igualmente, problemas psicológicas, en vísperas a la intervención psicológica.<sup>17</sup>

### **2.2.1.3 Manifestaciones clínicas**

Las características clínicas de los trastornos de ansiedad son las iguales de la ansiedad no patológica, diferenciándose de ella en cuanto a la gravedad y duración. Los síntomas de ansiedad varían desde los sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizante. En los trastornos de ansiedad se presentan como síntomas comunes: Crisis de angustia, Agorafobia.<sup>22</sup>

## **2.2.2 Técnicas de manejo de comportamiento convencional**

### **2.2.2.1 Técnicas comunicativas**

### **2.2.2.1.1 Desensibilización**

Es una de las técnicas utilizadas para reducir fobias o ansiedad innecesaria por los psicólogos. Logra una relajación muscular al paciente y describirle escenas que guardan relación con sus miedos. Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual de manera que poco a poco se introducen situaciones cada vez próximas al objeto temido. <sup>18,24</sup>

### **2.2.2.1.2 Decir-mostrar-hacer** (Figura 1)

La técnica habitualmente se conoce por triple “EEE” explique-haga- ejecute o de la técnica diga- muestre- haga. Consiste en permitir que el paciente conozca los procedimientos que se van aplicarse. Esto se hace de manera secuencial, primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por lo último se le realiza el procedimiento (hacer). Se recomienda utilizar esta técnica durante toda la cita, para lo cual es de utilidad un espejo de cara. <sup>19, 20,24</sup>

### **2.2.2.1.3 Modelamiento** (Figura 2)

Es la exposición del paciente a uno o más individuos que demuestren comportamiento adecuado. El paciente, como observador, imitara el modelo presentado cuando vivencie una experiencia similar. El modelado puede estar presente (en vivo) o firmado (simbólico) con resultados igualmente bien sucedidos. Y cuanto más próxima la edad del modelado a la edad del niño a ser condicionado, mayor la posibilidad de éxito con esta técnica. Muñecos también pueden servir de modelos y también ayudan a distraer al niño. <sup>25</sup>

### **2.2.2.1.4 Refuerzo positivo**

Esta técnica es efectiva al recompensar al paciente por comportamiento deseados. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de coordinar positivamente la conducta. La técnica es que al ser motivados repitan el comportamiento positivo en la próxima cita. Usualmente se

utiliza acompañado de técnicas decir- mostrar hacer y refuerzo negativo. El refuerzo positivo puede clasificarse como social (expresión facial alegre, demostración de afecto, elogios) o no social (premios, juguetes)<sup>20,25</sup>

#### **2.2.2.1.5 Refuerzo negativo**

Esta técnica busca reforzar una conducta y se felicita al niño cuando tiene un comportamiento deseado y también ayuda a modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento como retirar a los padres de la sala de trabajo. Generalmente se utiliza en combinación con la técnica control de voz para expresar desaprobación. El refuerzo negativo no debe confundirse con castigo que está contraindicado. Las promesas realizadas para condicionar el tratamiento deben ser inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente en el Odontopediatra.<sup>20,25</sup>

#### **2.2.2.2 Técnica no comunicativa**

##### **2.2.2.2.1 Inmovilización física**

En ciertos casos es necesario utilizar esta técnica, inmovilización parcial o total del paciente, con un fin de proteger su propia integridad física. Esta técnica está indicada en casos de pacientes incapaces de colaborar debido a su inmadurez o corta edad.<sup>19</sup>

##### **2.2.2.2.2 Mano sobre la boca**

La técnica de la mano sobre la boca es una técnica muy polémica, que muchos de los profesionales odontólogos ya no utilizan esta técnica. Y va consistir en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con la finalidad de aislar el sonido y establecer una comunicación. Lo cual se recomienda utilizar en conjunto con la técnica control de voz. Se recomienda antes de aplicarla se debe tener el consentimiento de la madre verbal y escrito.<sup>19,25</sup>



Figura 1: Técnica Decir-Mostrar-Hacer. *Fuente: (Rev. Estomatol.)*



Figura 2: Técnica modelamiento. *Fuente: (Boj J. et al. Odontopediatría. 1° ed. Masson).*

TIPO	CLASIFICACIÓN	TÉCNICA
<p style="text-align: center;"><b>TÉCNICA NO FARMACOLÓGICA</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Técnica comunicativa</b></p>	<p>Decir – mostrar – hacer</p> <p>Desensibilización</p> <p>Refuerzo positivo</p> <p>Refuerzo negativo</p> <p>Modelamiento</p> <p>Distracción contingente</p> <p>Escape contingente</p> <p>Tiempo y fuera</p> <p>Comunicación no verbal</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Técnica no comunicativa</b></p>	<p>Inmovilización física</p> <p>Mano sobre la boca</p>
<p style="text-align: center;"><b>TÉCNICA FARMACOLÓGICA</b></p>	<p>Sedación consciente</p> <p>Sedación profunda</p> <p>Anestesia general</p>	

Clasificación de las principales técnicas de manejo del comportamiento Fuente: Darío cárdenas <sup>19</sup>



## **2.2.3 Técnicas de manejo de comportamiento no convencional**

### **2.2.3.1 Distracción**

La distracción consiste desviar la atención del niño durante el procedimiento que puede ser desagradable para él. Puede hacerse con ayuda de medio audiovisual o auditivo y cuyo uso se relaciona a un comportamiento más adecuado. Es importante utilizarlos en conjunto con decir – mostrar – hacer, antes de iniciar el tratamiento con el propósito de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica.<sup>19,20</sup>

Es una técnica usada en situaciones donde se prevé descontrol o cuando el estímulo producido por el profesional ya llevo al paciente a un estado incómodo y pueden frecuentemente ser bien conducidos con la creación de un estímulo verbal que despierte gran interés por el niño.<sup>25</sup>

Se puede definir como un elemento activo y que al igual que el lenguaje pediátrico, debe surgir con naturalidad para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento. La distracción nos ayuda a disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño. Es importante por parte del dentista mostrar interés para iniciar una conversación si la edad del niño lo permite o bien en niños más pequeños simplemente utilizar otros medios de distracción.<sup>18</sup>

En la mayoría de los niños se puede controlar la ansiedad si esta no es muy elevada, por medio de distracciones como ver y escuchar música videos ya seas sobre cuentos disponibles para su edad o temas educativas, es así como mejoramos la predisposición del paciente al momento de realizarle los procedimientos odontológicos.<sup>7</sup>

## **Objetivos**

- 1 Bajar el nivel de percepción del paciente, para que el niño no visualice el tratamiento considerados para el cómo no placenteros.<sup>7</sup>
- 2 El clínico evitara conductas no positivas por parte del infante.<sup>7</sup>
- 3 Distraer al paciente del tratamiento con el fin de disminuir su ansiedad.<sup>19,20</sup>

### **2.3.3.2 Distracción audiovisual**

La distracción audiovisual nos ofrece la disminución de la incomodidad frecuente asociada con los procedimientos dentales en niños, toma control de dos tiempos de sensaciones; la auditiva y la visual. Al mismo tiempo aísla parcialmente al paciente del sonido y ambiente medico poco amistoso.<sup>2</sup>

Según estudios hechos por la asociación dental americana, “ el miedo y ansiedad generalmente inhiben a los pacientes en la búsqueda de un tratamiento dental. Las técnicas de distracción audiovisual han demostrado reducir la ansiedad y el miedo durante los procedimientos dentales. ” Con el avance de la tecnología se empezó a desarrollar una nueva tecnología para el uso de técnica audiovisual. Esta sensación realmente los relaja y distrae su mente fuera del tratamiento dental que se le esté realizando, sin dejar de lado la comunicación clínico- paciente.<sup>2,26</sup>

### **2.2.4 Factores que determinan la conducta del niño**

#### **2.2.4.1 Actitud de la familia**

El entorno familiar tiene importancia de la trasmisión de los miedos a los niños. La ansiedad puede ser adquirida por imitación. Se debe enseñar al niño que al odontólogo no debe temerse y nunca debe esta como amenaza o un castigo. Se debe enseñar al niño que la consultorio dental no es un lugar que deba ser temido y llevarlo al odontólogo jamás debe ser un castigo.<sup>20, 27</sup>

#### **2.2.4.2 Experiencias previas**

Experiencias previas negativas siempre suponen una dificultad adicional para conseguir la colaboración de los niños. No tan solo son importantes las experiencias odontológicas sino también las médicas. La importancia máxima de experiencias negativas anteriores nos ayuda a enfocar los tratamientos.<sup>24,27</sup>

#### **2.2.4.3 Separación de los padres y miedo a lo desconocido**

Afectan en especial al grupo de niños entre tres y seis años. Estos miedos van desapareciendo paulatinamente a partir de los 6 años.<sup>15</sup> Para los niños más pequeños la presencia de los padres representa una gran ayuda; es un factor que produce seguridad. Conforme el niño crece, la presencia de los padres resulta menos importante, e incluso puede incluir negativamente y deteriorar el contacto entre el profesional y el niño. Los padres distraen, el niño busca despertar sentimientos en ellos y el profesional se ve obligado a dividir su atención entre el niño y su familia. Cuanto más nerviosa, insegura y tensa sea la reacción de los padres mayor es el riesgo de que el niño reaccione también en forma ansiosa y negativa. Por el contrario si muestran seguridad y calma es probable que reaccione de forma similar.<sup>24,27</sup>

#### **2.2.4.4 Coeficiente intelectual, edad, sexo y cultura**

No existen muchos estudios que correlacionen el coeficiente intelectual con la ansiedad, el miedo y la colaboración en el ámbito dental. Parece que los niños con un coeficiente intelectual más bajo y aquellos superdotados con un coeficiente muy alto son los que sienten más miedo hacia odontología.<sup>24</sup>

#### **2.2.4.5 Duración y hora de la visita**

Se aconseja que las vistas largas, sobre todo en los niños más pequeños. El tiempo de atención que puedan ofrecer es realmente corto. y parece lógico suponer que con visitas largas las posibilidades de perder la cooperación lograda aumentan. Sin embargo los odontopediatra han decidido realizar en una sola

sesión todo el tratamiento necesario por cuadrantes para reducir el número de sesiones. Individualmente tendremos que escoger lo que es más conveniente para cada niño. Las visitas por la mañana son preferibles en niños de corta edad, ya que por las mañanas no están tan cansados como por la tarde, y que ofrecen mayor rendimiento.<sup>24,27</sup>

## **2.2.5 Técnica anestesia**

Las técnicas de utilizadas en odontopediatría son las mismas usadas para adultos, respetando algunos particularidades en función de los aspectos anatómicos fisiológicos de los niños. La anestesia por infiltración es adecuada para anestесias locales o parciales, tanto en el maxilar como en la mandíbula la solución anestésica se difunde con mayor facilidad en el tejido óseo de los niños, por ser un tejido más poroso y por presentar espacios modulares amplios.<sup>28</sup>

### **2.2.5.1 Anestesia infiltrativa (incisivos)**

El nervio alveolar superior se divide en tres ramas: anterior, media y posterior, siendo la inervación de los incisivos y caninos superiores deciduos y permanentes, proveniente de la rama alveolar anterior- superior del nervio maxilar superior. Así, para anestésiar los dientes deciduos la técnica a ser seleccionada es la infiltración vestibular, para lo cual se debe insertar la aguja en el reborde muco vestibular hasta una profundidad próxima a los ápices radiculares, unos 10 mm del borde libre de la encía.<sup>29</sup>

### **2.2.5.2 Anestesia infiltrativa (molares)**

Para anestésiar los molares superiores o premolares, la aguja debe penetrar en el reborde muco vestibular e insertarse próxima a los ápices vestibulares (a 10 mm de la encía marginal). El anestésico local debe depositarse junto al hueso.<sup>29</sup>

## CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

### 3.1 Análisis de tablas y gráficos

El estudio eficacia de la distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer para disminuir el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños, se observó a 50 niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el 2016.

**Tabla N. °1: Distribución de frecuencia del sexo y edad de niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el 2016**

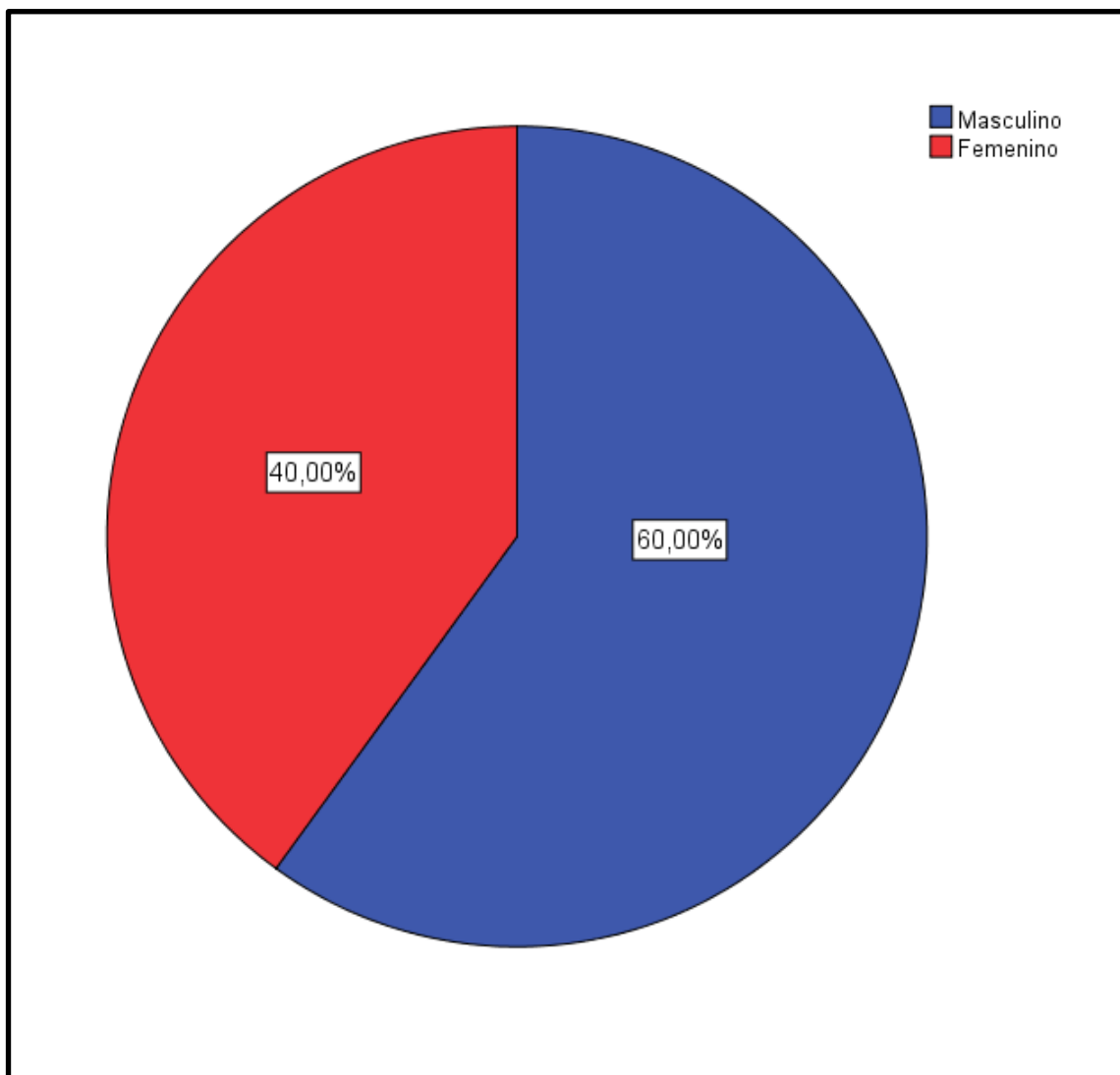
**N= 50**

		N	%
Sexo	Masculino	30	60,0%
	Femenino	20	40,0%
Edad	6 años	28	56,0%
	7 años	9	18,0%
	8 años	13	26,0%

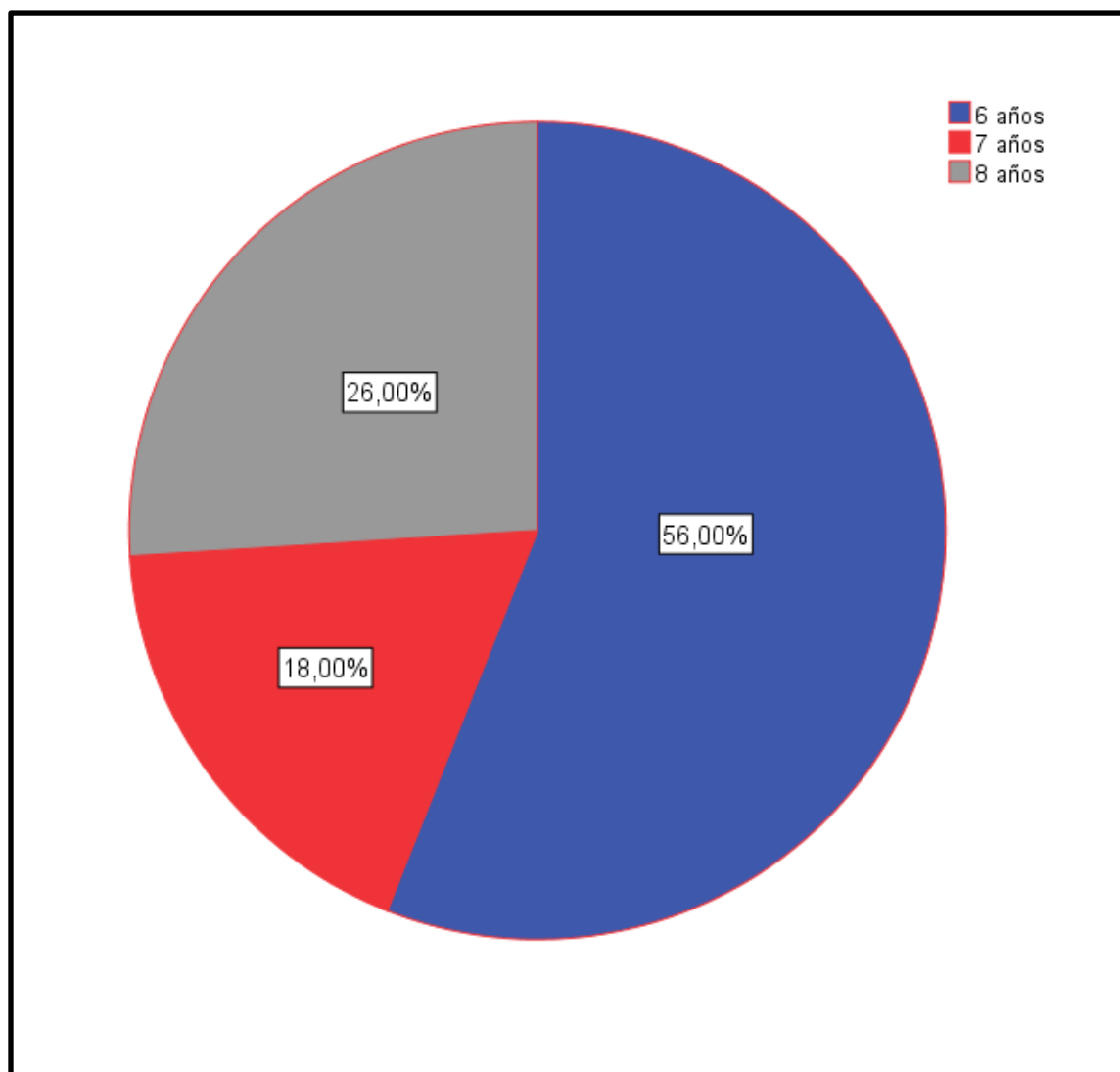
Se observa la distribución de frecuencia del sexo y edad de niños de 6 - 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, donde 30 (60%) fueron de sexo masculino y 20 (40%) fueron de sexo femenino.

28 (56%) tenían 6 años, 9 niños (18%) tenían 7 años y 13 (26%) tenían 8 años de edad.

**Gráfico N.º1: Gráfico circular de la frecuencia del sexo de niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el año 2016**



**Gráfico N.º2: Gráfico circular de la frecuencia de la edad de niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el 2016**



**Tabla N.º2: Cambios en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el año 2016, mediante el uso de la distracción audiovisual**

**N= 50**

	Ansiedad		Valor p
	Antes	Después	
Ansiedad leve	72,0%	40,0%	
Ansiedad leve a moderada	20,0%	28,0%	
Ansiedad moderada	8,0%	20,0%	0,032
Ansiedad moderada a severa	0,0%	8,0%	
Ansiedad severa	0,0%	4,0%	

Se observan los cambios en la ansiedad por parte de los niños de 6 - 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas mediante el uso de la distracción audiovisual. Antes del tratamiento, 72% mostraron ansiedad leve, 20% ansiedad leve a moderada y 8% ansiedad moderada. Después del tratamiento, 40% mostraron ansiedad leve, 28% ansiedad leve a moderada, 20% ansiedad moderada, 8% ansiedad moderada a severa y 4% ansiedad severa.

Luego del análisis mediante la prueba de Wilcoxon, se observa que existe diferencia significativa en el nivel de ansiedad mostrado antes y después del tratamiento ( $p < 0,05$ ), luego del uso del distractor audiovisual.



**Tabla N.º3: Cambios en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el 2016, mediante el uso de la técnica Decir-Mostrar-Hacer**

**N= 50**

	Ansiedad		Valor p
	Antes	Después	
Ansiedad leve	40,0%	24,0%	
Ansiedad leve a moderada	48,0%	12,0%	
Ansiedad moderada	8,0%	52,0%	0,011
Ansiedad moderada a severa	4,0%	8,0%	
Ansiedad severa	,0%	4,0%	

Se observan los cambios en la ansiedad por parte de los niños de 6 - 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas mediante el uso de la técnica decir-mostrar-hacer. Antes del tratamiento, 40% mostraron ansiedad leve, 48% ansiedad leve a moderada, 8% ansiedad moderada y 4% ansiedad moderada a severa. Después del tratamiento, 24% mostraron ansiedad leve, 12% ansiedad leve a moderada, 52% ansiedad moderada, 8% ansiedad moderada a severa y 4% ansiedad severa.

Luego del análisis mediante la prueba de Wilcoxon, se observa que existe diferencia significativa en el nivel de ansiedad mostrado antes y después del tratamiento ( $p < 0,05$ ), luego del uso de la técnica Decir – Mostrar - Hacer.

**Tabla N.º4: Análisis comparativo de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el 2016, mediante el uso de ambas técnicas**

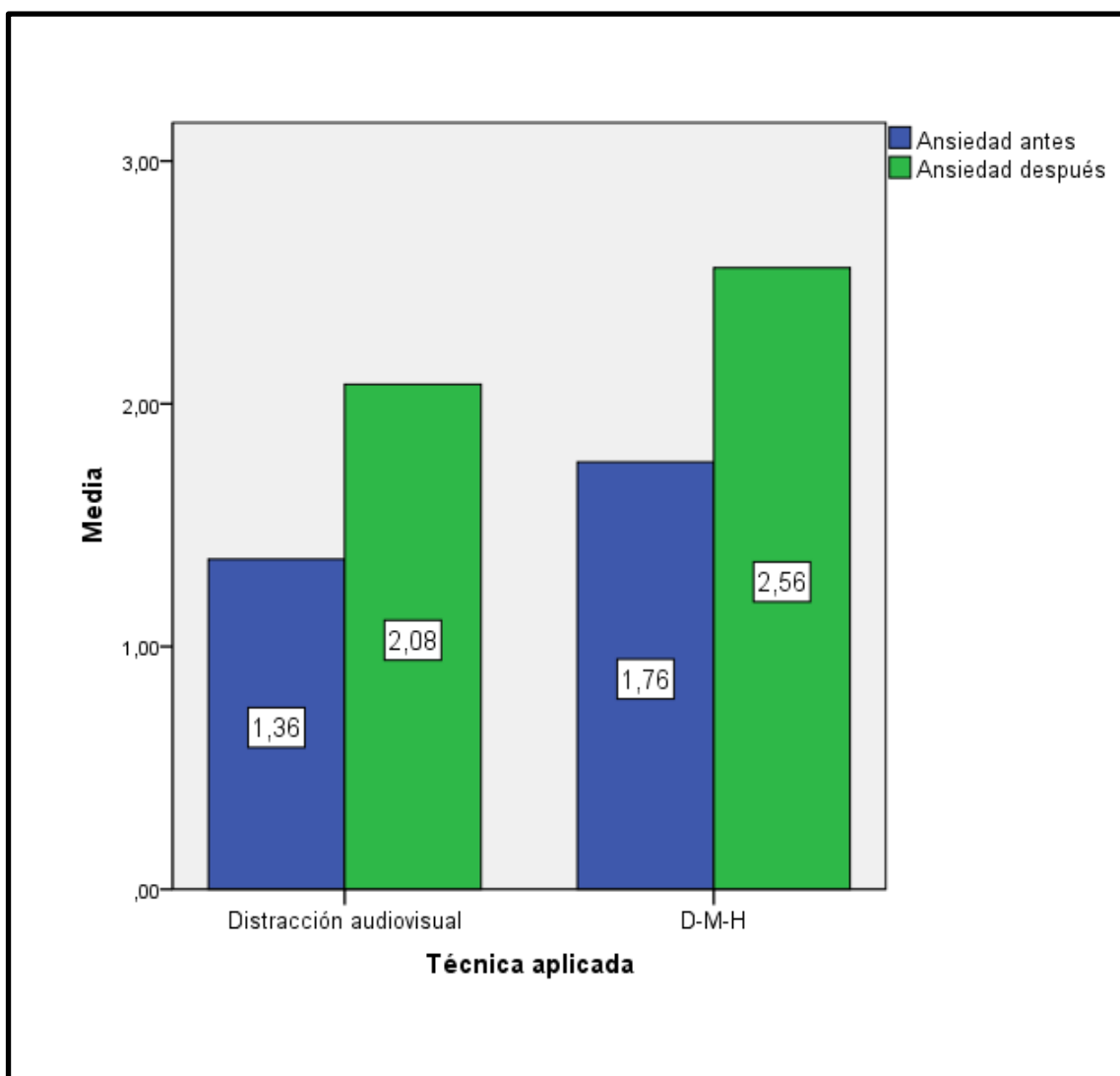
**N= 50**

	Técnica aplicada				Valor p
	Distracción audiovisual		D-M-H		
	Media	DE	Media	DE	
Ansiedad antes	1,36	,64	1,76	,78	
Ansiedad después	2,08	1,15	2,56	1,08	0,843
Diferencia en ansiedad	-,72	1,49	-,80	1,35	

Se observa el análisis comparativo de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6 - 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, mediante el uso de ambas técnicas. Los niños sometidos a la técnica de distracción audiovisual presentaron una ansiedad basal promedio de  $1,36 \pm 0,64$  y, luego del tratamiento, presentaron una ansiedad promedio de  $2,08 \pm 1,15$ , mostrando una diferencia negativa de  $-0,72 \pm 1,49$ , de acuerdo a la Escala Facial. Los niños sometidos a la técnica Decir – Mostrar - Hacer presentaron una ansiedad basal promedio de  $1,76 \pm 0,78$  y, luego del tratamiento, presentaron una ansiedad promedio de  $2,56 \pm 1,08$ , mostrando una diferencia negativa de  $-0,80 \pm 1,35$ , de acuerdo a la Escala Facial.

Luego del análisis mediante la prueba T de Student para muestras independientes, se observa que no existe diferencia significativa en la media de la diferencia del nivel de ansiedad mostrado por cada técnica aplicada ( $p > 0,05$ ).

**Gráfico N.º3: Gráfico de barras agrupadas de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el 2016, mediante el uso de ambas técnicas**



**Tabla N.º5: Análisis comparativo de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo a la edad, mediante el uso de ambas técnicas**

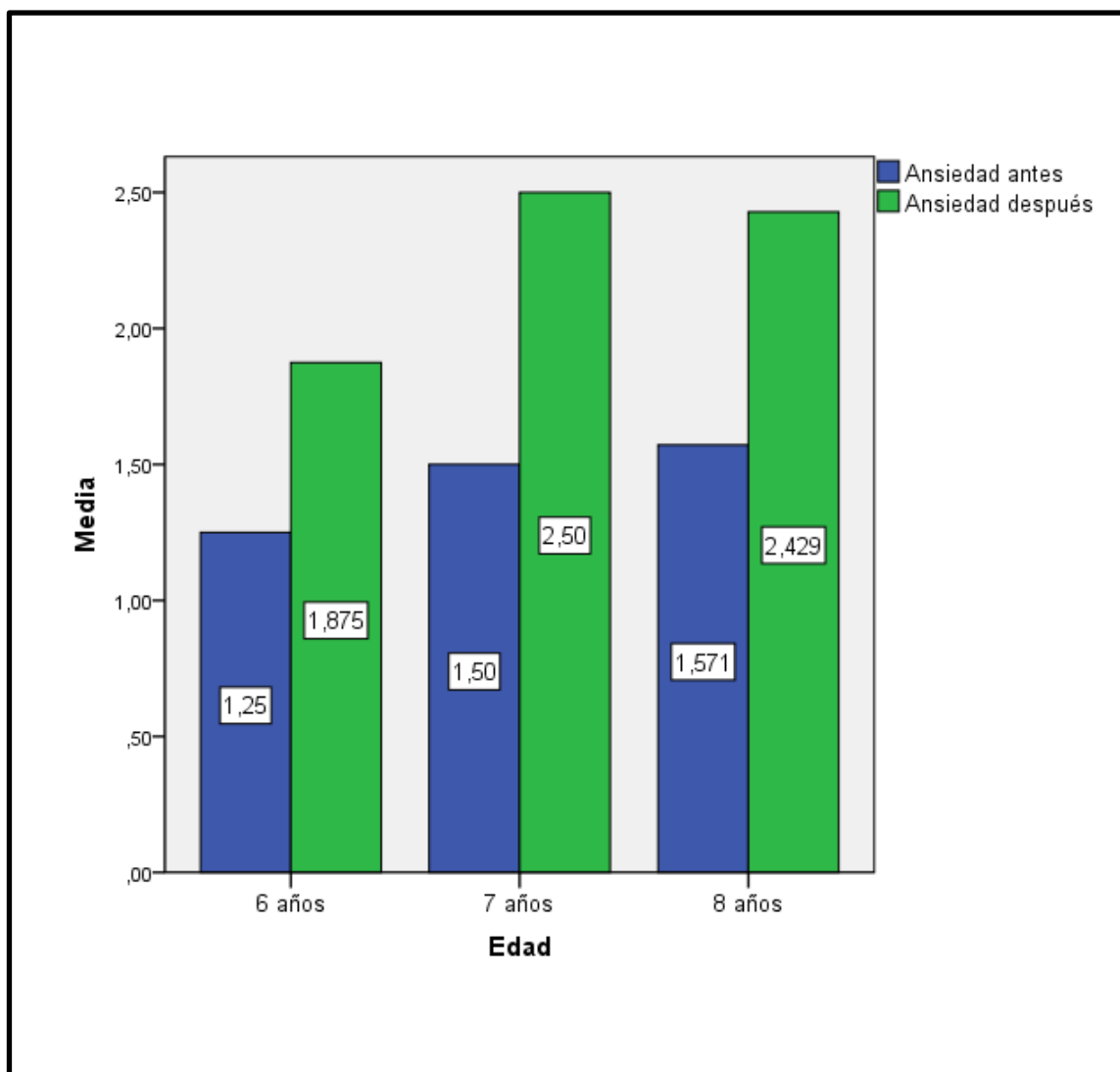
**N= 50**

		Edad			Valor p
		6 años	7 años	8 años	
		Media	Media	Media	
Distracción audiovisual	Ansiedad antes	1,25	1,50	1,57	
	Ansiedad después	1,88	2,50	2,43	0,914
	Diferencia en ansiedad	-,63	-1,00	-,86	
Decir – Mostrar - Hacer	Ansiedad antes	1,75	1,71	1,83	
	Ansiedad después	2,42	2,57	2,83	0,887
	Diferencia en ansiedad	-,67	-,86	-1,00	

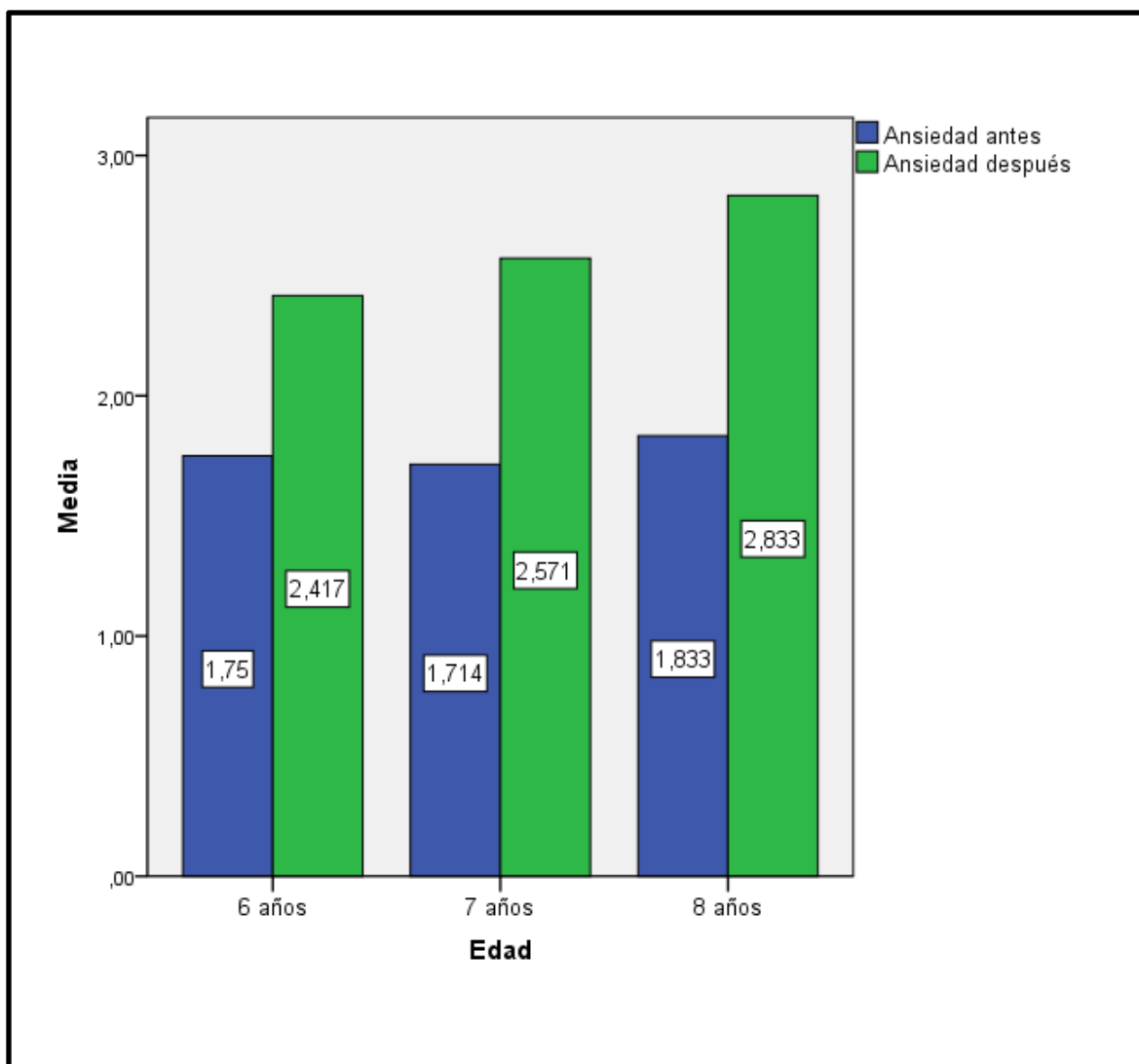
Observamos los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6 - 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo a la edad, mediante el uso de ambas técnicas. Con el uso del distractor audiovisual, se observó en los pacientes de 6 años una diferencia en el nivel de ansiedad de -0,63, en los pacientes de 7 años se observó una diferencia de -1,00 y en los pacientes de 8 años se observó una diferencia de -0,86. Con el uso de la técnica Decir- Mostrar-Hacer, se observó en los pacientes de 6 años una diferencia en el nivel de ansiedad de -0,67, en los pacientes de 7 años se observó una diferencia de -0,86 y en los pacientes de 8 años se observó una diferencia de -1,00.

Luego del análisis de varianza (ANOVA), se observa que no existe diferencia significativa en la media de la diferencia del nivel de ansiedad entre los diferentes grupos etarios, para ambas técnicas ( $p>0,05$ ).

**Gráfico N.º4: Gráfico de barras agrupadas de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo a la edad, mediante el uso de la distracción audiovisual**



**Gráfico N.º5: Gráfico de barras agrupadas de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo a la edad, mediante el uso de la técnica Decir-Mostrar-Hacer**



**Tabla N.º6: Análisis comparativo de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo al sexo, mediante el uso de ambas técnicas**

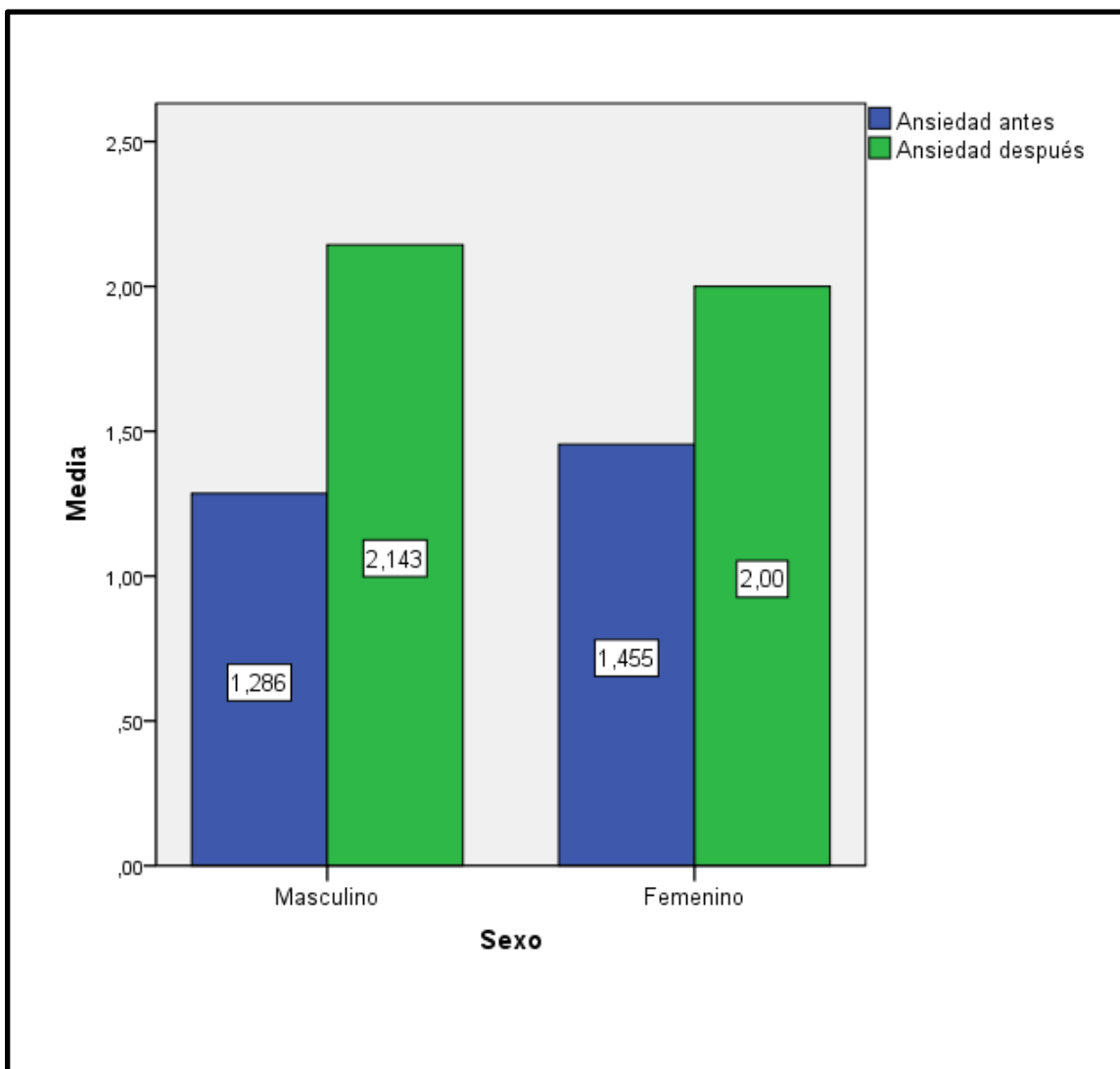
**N= 50**

		Sexo		Valor p
		Masculino	Femenino	
		Media	Media	
Distracción audiovisual	Ansiedad antes	1,29	1,45	
	Ansiedad después	2,14	2,00	0,610
	Diferencia en ansiedad	-,86	-,55	
Decir – Mostrar - Hacer	Ansiedad antes	1,69	1,89	
	Ansiedad después	2,69	2,33	0,302
	Diferencia en ansiedad	-1,00	-,44	

Observamos los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6 - 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo al sexo, mediante el uso de ambas técnicas. Con el uso del distractor audiovisual, se observó en los pacientes de sexo masculino una diferencia en el nivel de ansiedad de -0,86, mientras que en los pacientes de sexo femenino se observó una diferencia de -0,55. Con el uso de la técnica Decir-Mostrar-Hacer, se observó en los pacientes de sexo masculino una diferencia en el nivel de ansiedad de -1,00, mientras que en los pacientes de sexo femenino se observó una diferencia de -0,44.

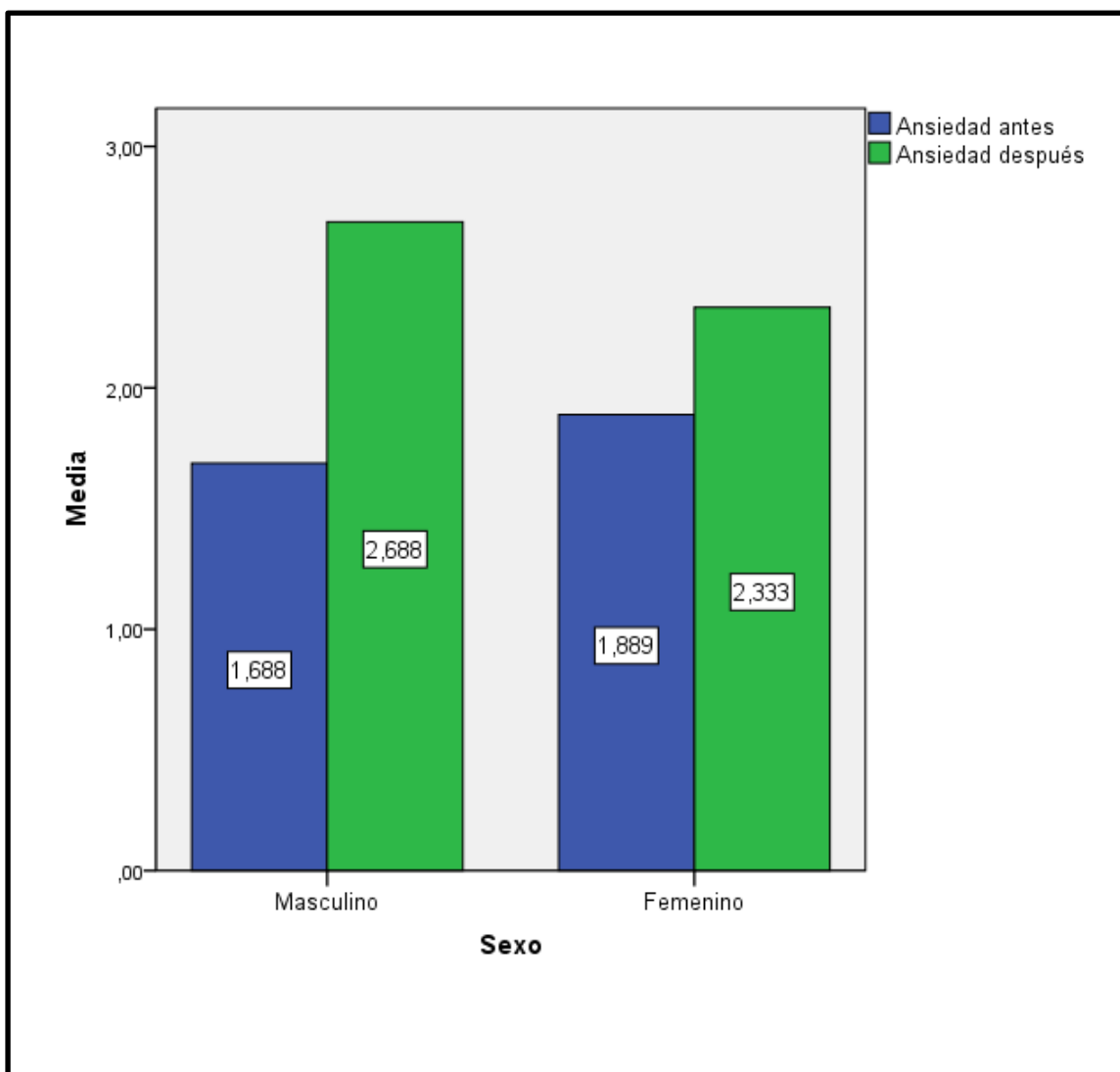
Luego del análisis mediante la prueba T de Student para muestras independientes, se observa que no existe diferencia significativa en la media de la diferencia del nivel de ansiedad entre ambos sexos, para ambas técnicas ( $p>0,05$ ).

**Gráfico N.º6: Gráfico de barras agrupadas de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo al sexo, mediante el uso de la distracción audiovisual**





**Gráfico N.º7: Gráfico de barras agrupadas de los cambios cuantitativos en la ansiedad por parte de los niños de 6 - 8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas, de acuerdo al sexo, mediante el uso de la técnica Decir- Mostrar- Hacer**



### 3.2. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación se comparó dos técnicas: la distracción audiovisual y la técnica de manejo de conducta Decir-Mostrar-Hacer, para determinar cuál fue más efectiva para disminuir el nivel de ansiedad durante la anestesia infiltrativa en los niños en la consulta odontológica. En este estudio se realizaron observaciones de 50 pacientes de 6 a 8 años de edad que acuden a la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas.

Según los resultados del presente estudio, se pudo observar que el nivel de ansiedad mediante el uso de la técnica de distracción audiovisual después del tratamiento, fue que el 40% de los niños presentó una ansiedad leve, 28% presentó una ansiedad leve a moderada, 20% presentó una ansiedad moderada, 8% presentó una ansiedad moderada a severa y 4% presentó una ansiedad severa. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Guinot (2014)<sup>8</sup> donde se encontró que el 59 % presentó una ansiedad leve, el 28% una ansiedad leve a moderada, 6% presentó una ansiedad severa.

Estos resultados también concuerdan con los obtenidos Barrionuevo (2015), donde se encontró que el 84.8% presentó una ansiedad leve, 15% presentó una ansiedad de leve a moderada y el 0% presentó una ansiedad severa.

En esta investigación se observa que existe una diferencia significativa en el nivel de ansiedad mostrado antes y después del tratamiento luego de emplear el distractor audiovisual. Esto *resultados concuerdan* con los obtenidos por Pérez (2011) que indicó que existe diferencia significativa entre los resultados en las evaluaciones iniciales y finales en el grupo experimental donde se empleó un distractor audiovisual.

Los resultados obtenidos para medir el nivel de ansiedad mediante el uso de la técnica Decir- Mostrar – Hacer, después del tratamiento nos revelaron que el 24% de los niños presento una ansiedad leve, 12% presento una ansiedad leve a moderada, 52% ansiedad moderada, 8% ansiedad moderada a severa y 4% presento una ansiedad severa. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Guinot (2014) donde se encontró que el 56 % presento una ansiedad leve, el 29% una ansiedad leve a moderada, 3% presento una ansiedad severa.

Estos resultados también concuerdan con los obtenidos Barrionuevo (2015), donde se encontró que el 39% presento una ansiedad leve, 36% presento una ansiedad de leve a moderada y el 3% presento una ansiedad severa.

En esta investigación se observa que existe una diferencia significativa en el nivel de ansiedad mostrado antes y después del tratamiento luego de emplear la técnica Decir- Mostrar- Hacer .Esto resultados concuerdan con los obtenidos por Pérez (2011) que indico que existe diferencia significativa entre los resultados en las evaluaciones iniciales y finales en el grupo control donde no se empleó ningún distractor audiovisual.

En cuanto a la eficacia de distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” para disminuir el nivel de ansiedad frente a la anestesia local, el presente estudio nos revelo que mediante el uso de ambas técnicas, se observó que no existe diferencia significativa en la media de la diferencia del nivel de ansiedad mostrado por cada técnica aplicada. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Barrionuevo (2015), que indicó que al comparar el uso de un distractor audiovisual y el uso de una técnica de manejo de conducta Decir-Mostrar-Hacer, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Estos resultados difieren con los obtenidos por Falcón (2013), Donde se indicó que existió una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos con el uso entre ambas técnicas, donde el grupo de experimental (uso de distractor audiovisual) presenta cambios positivos, mientras que el grupo control (uso de la

técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer”) presenta cambios negativos en la percepción de la ansiedad.

Los resultados obtenidos nos revelan que de acuerdo a la edad, mediante el uso de ambas técnicas. Se observa que no existe diferencia significativa en la media de la diferencia del nivel de ansiedad entre los diferentes grupos etarios, para ambas técnicas. Estos resultados concuerdan con Barrionuevo (2015), donde nos indica que no existe diferencia significativa entre la edad y el uso entre ambas técnicas aplicadas.

Los resultados obtenidos nos revelan que de acuerdo que de acuerdo al sexo, mediante el uso de ambas técnicas. Se observa que no existe diferencia significativa en la media de la diferencia del nivel de ansiedad entre ambos sexos, para ambas técnicas. Estos resultados concuerdan con Barrionuevo (2015), donde nos indica que no existe diferencia significativa entre el sexo y el uso entre ambas técnicas aplicadas.

Estos resultados también concuerdan con Alfaro (2014), donde nos indica que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de la ansiedad entre niños y niñas, aunque sugiere hacer un estudio con una muestra mayor y un número igual de niños y niñas. Para hacer una elaboración más significativa si hay una relación significativa entre el género y la ansiedad dental en ambas técnicas aplicadas.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Falcón (2013), Donde se observan los cambios obtenidos en la percepción de la ansiedad, de acuerdo al género de los niños, lo que evidencia que no existe una relación significativa entre los cambios obtenidos y el género de la población ( $p=0,644$ ).

### 3.3 CONCLUSIONES

Se concluye que no se presentó una diferencia estadísticamente significativa en la eficacia de la distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” en la disminución del nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa aplicada en niños de 6-8 años. ( $p>0,05$ ).

Se concluye que existió una diferencia significativa al evaluar la eficacia de la distracción audiovisual en la disminución del nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años antes y después de ser atendidos.

Se concluye que existió una diferencia significativa al evaluar la eficacia de la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” en la disminución del nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años antes y después de ser atendidos.

Se concluye que al Identificar las diferencias en el nivel de ansiedad con respecto a la edad empleando ambas técnicas, en los pacientes niños de 6-8 años no existió diferencia significativa en la media de la diferencia del nivel de ansiedad entre los diferentes grupos etarios ( $p>0,05$ ).

Se concluye que al identificar las diferencias en el nivel de ansiedad con respecto al género empleando ambas técnicas en los pacientes niños de 6-8 años no existió diferencia significativa en la media de la diferencia del nivel de ansiedad entre ambos sexos ( $p>0,05$ ).

### 3.4 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades de la Clínica de Niños de la Facultad de Odontología de la Universidad Alas Peruanas implementar métodos de distracción audiovisual para mejorar el tratamiento dental disminuyendo los niveles de ansiedad y creando mejor colaboración y seguridad para el paciente niño durante el tratamiento dental.
2. Se recomienda realizar un estudio en poblaciones mayores que permitirá obtener mayores datos y una mayor confiabilidad en los resultados.
3. Se recomienda que las facultades de odontología brinden cursos continuos de las últimas técnicas de manejo de conducta para pacientes pediátricos, dirigidos a estudiantes para así ampliar el nivel de información y mejorar su protocolo de atención.
4. Se recomienda realizar estudios con otras técnicas de manejo de conducta para comparar la eficacia de cada una de ellas.
5. Se recomienda realizar estudios similares monitoreando también los signos vitales antes y después del tratamiento.
6. Se recomienda a los odontólogos contar en la consulta privada con una alternativa distractora, que permita reducir el tiempo de trabajo al momento de rehabilitar a un paciente pediátrico.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cruz CM, Díaz Pizán ME. La música como medio alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev. Estomat Hered. 2005; 15(1): 46 – 9.
2. Quiroz Torres J, Melgar Hermosa RA, Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Rev. Estomat. de la universidad Cayetano Herediana. 2012; Pag.129-136.
3. Guinot Jimeno F, Manejo de la conducta mediante medios audiovisuales, Universidad Internacional Catalunya; Barcelona. Vol. 12 N°2,2014.
4. Gallegos Prado KR. 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 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Quito: Universidad Central del Ecuador; 2016.
5. Aguilar Gutiérrez AM. Dotación de interfaz amigable audiovisual android para disminuir el estrés causado por la consulta dental en niños de 4 a 6 años, [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista], Universidad Autónoma de los Andes; Ecuador 2016.
6. Barrionuevo Chiluzza SM. Niveles de ansiedad registrada con la aplicación de la técnica de distractores visuales mediante gafas de audio y video en un grupo de niños que acuden a la clínica de niños, [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista], Universidad Central del Ecuador; 2015.

7. Medina Medina, SP. Efecto de la distracción audiovisual como método para disminuir la ansiedad en niños de 5 a 6 años durante el tratamiento odontológico en la clínica de la universidad de las américas. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista], Universidad de las Américas, 2015.
8. Guinot, Jimeno F. Efecto de la utilización de diferentes dispositivos audiovisuales durante la realización del tratamiento odontológico en el paciente infantil, [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista], Universidad Internacional de Catalunya; Barcelona 2014.
9. Llanco Taipe, EL. Eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus el manejo de conducta convencional en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico en niños de 3 a 5 años que acuden al centro médico odontológico, [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista], Universidad Alas Peruanas; Huancayo 2014.
10. Espinoza Lara, PA. Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana, [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista], Universidad de Chile; 2013.
11. Falcón Vega PM, Influencia del uso de un distractor audiovisual en la conducta del niño de 6 a 8 años de edad durante la atención odontológica en la clínica estomatológica pediátrica de la universidad alas peruanas 2013, [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista], Universidad Alas Peruanas; 2013.
12. Pérez Morales LC. La Distracción Audiovisual Como Método Para Disminuir El Nivel de Ansiedad, [Tesis para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias



Odontológicas con Especialidad en Odontopediatra] Universidad Autónoma de Nuevo León, México 2011.

13. Quiroz Torres, JM. Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia, [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista], Universidad Peruana Cayetano Heredia; Perú 2011.
14. Alfaro L, Ramos K. Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad, [Tesis de posgrado Odontopediatra y Ortopedia Maxilar], Universidad de Cartagena; Bolivia 2014.
15. Lazo A. Ana V, Ramos R. Wilfredo A. Mercado P. Jorge. Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad, Rev. Estomat. del Altiplano, Universidad Nacional del Altiplano; Puno.
16. Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Av. Odontoestomatol 2014; 30 (1)
17. Lahoud Salem, Víctor. Ansiedad en odontología. Rev. Estomat. de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2004, Vol.8. N°.2.
18. Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatra. Barcelona: Editorial Masson, 2004. Págs. 259-260,263-267.
19. Cárdenas Jaramillo D. Fundamentos odontología “odontología pediátrica” 3ª edición, Medellín, Colombia, 2003. Pág.27-32.

20. Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado. Odontología pediátrica La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual; Argentina, Editorial medica panamericana.2010. Pág.95-98.
21. Humbertus J.M.Van Waes Paul W. Stockli. Atlas de odontología pediátrica, Barcelona- España. Editorial Massón, 2002 Pag.151.
22. Navas Orozco Wendy, Vargas baldares María Jesús. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de costa rica y Centroamérica LXIX (604) .Pág. 497-507, 2012.
23. Hmud R, Walsh LJ, Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. Rev. De Mínima Intervención en Odontología 2010;2(1).
24. Barbería Leache, Boj Quesada, Catalá Pizarro, Mendoza Mendoza. Odontopediatria. 2da. Edición, España; Editorial Masson, 2001. Pág. 118-121, 127-133.
25. Guedes Pinto, Bonecker M, Delgado Rodríguez. Fundamentos de odontología "odontopediatria", Sao Paulo, Brasil. Editorial santos, 2011. Pág.37-44.
26. García MC, Judith paulo, Martínez MT, Teller C, Gutiérrez M, Gutiérrez MI, Cadavid p, Jaramillo Álvaro. Desarrollo de ambientes virtuales para la distracción de niños entre los 4 y 6 años de edad. Facultad de odontología CES, 2002.
27. Escobar Muñoz F. Odontología pediátrica. Caracas, Venezuela. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericanas, C.A.2004. Pág.45-48,173-178.

28. Bezerra da Silva LA. Tratado de odontopediatría. Bogotá: AMOLCA; 2008.

29. Jeffrey A. Dean, David R, Avery, Ralph.E McDonald, Odontología para el niño y el adolescente de Mc Donald y Avery, Novena Edición, Venezuela, Editorial Amolca, 2014. Pág.241-249.

30. Hernández R., Metodología de la investigación. 5° edición, Mc Graw. Hill/Interamericana editoriales. México D.F. 2010

# **ANEXOS**

## **ANEXO N. °1: Autorización**

**Solicito:** Autorización para Realizar mi Tesis

Directora de la Escuela Profesional de Estomatología  
Dra. Miriam Vásquez Segura

De nuestra mayor consideración.

Me dirijo a usted con el principal motivo de solicitarle una autorización para poder realizar un proyecto de investigación cuyo Título es: “Eficacia de la distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” para disminuir el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años atendidos en la Clínicas Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre-noviembre en el 2016” y obtener mi Título Profesional.

Sin otro particular y contando con su aprobación y buena voluntad le saludo cordialmente.

---

Bach. Judith Cabanillas Zafra  
Universidad Alas Peruanas

Fecha: ...../...../2016

**ANEXO N°2: Consentimiento informado**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Yo..... Identificado con DNI N°....., he sido informado por la Bachiller Judith Cabanillas zafrá de la Universidad Alas Peruanas, acerca del proyecto de tesis de Investigación que se encuentra realizando.

Por lo tanto, expreso mi consentimiento para que mi menor hijo: ....., participe en el trabajo de investigación **“eficacia de la distracción audiovisual versus la técnica de manejo de conducta “decir-mostrar-hacer” para disminuir el nivel de ansiedad frente a la anestesia infiltrativa en niños de 6-8 años atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica II de la Universidad Alas Peruanas sede Lima durante el mes de octubre–noviembre en el 2016”**. Dado que he recibido toda la información necesaria proporcionadas por el investigador.

Autorizo que antes, durante y después se obtengan:

- Fotografías (Si) (No)

.....

Firma

Fecha: ...../...../2016

**ANEXO N. °3: Ficha de recolección de datos**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**“EFICACIA DE LA DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL VERSUS LA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA “DECIR-MOSTRAR-HACER” PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LA ANESTESIA INFILTRATIVA EN NIÑOS DE 6-8 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICAS ESTOMATOLOGICA PEDIÁTRICA II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEDE LIMA DURANTE EL MES DE OCTUBRE-NOVIEMBRE EN EL 2016”.**

Datos generales del paciente:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

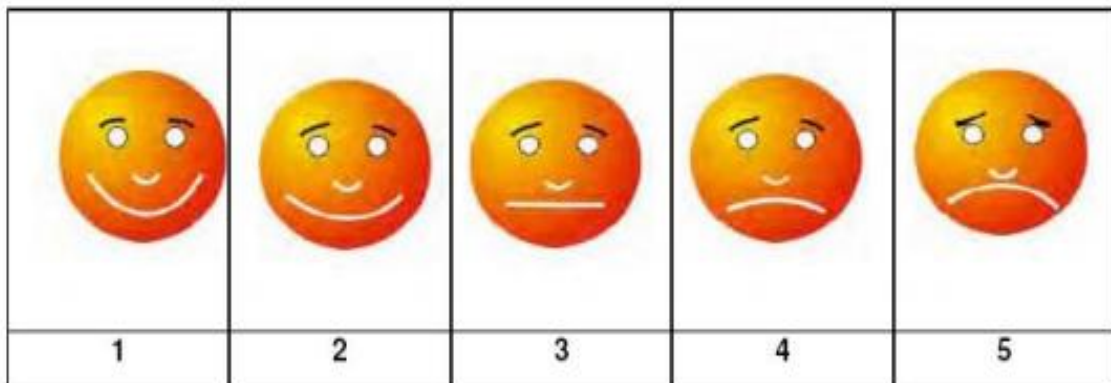
Edad: \_\_\_\_\_ sexo: M F

Numero de citas que asiste: \_\_\_\_\_

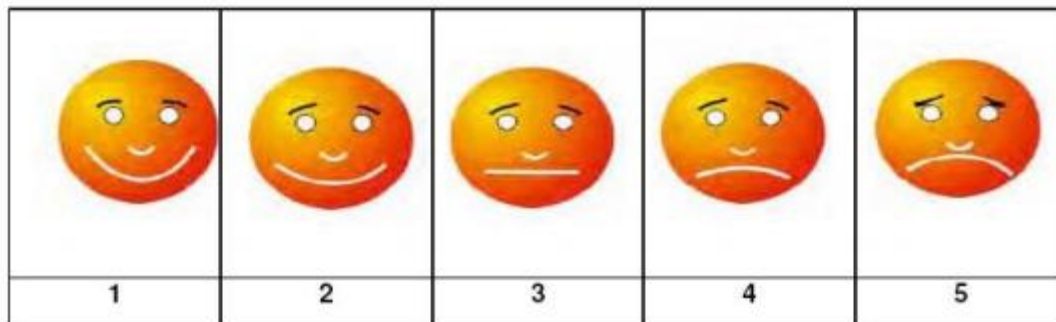
Grupo control: \_\_\_\_\_

Grupo experimental: \_\_\_\_\_

“Anestesia infiltrativa”	Pre operatorio	Post operatorio
Distracción audiovisual		
Decir –Mostrar -Hacer		



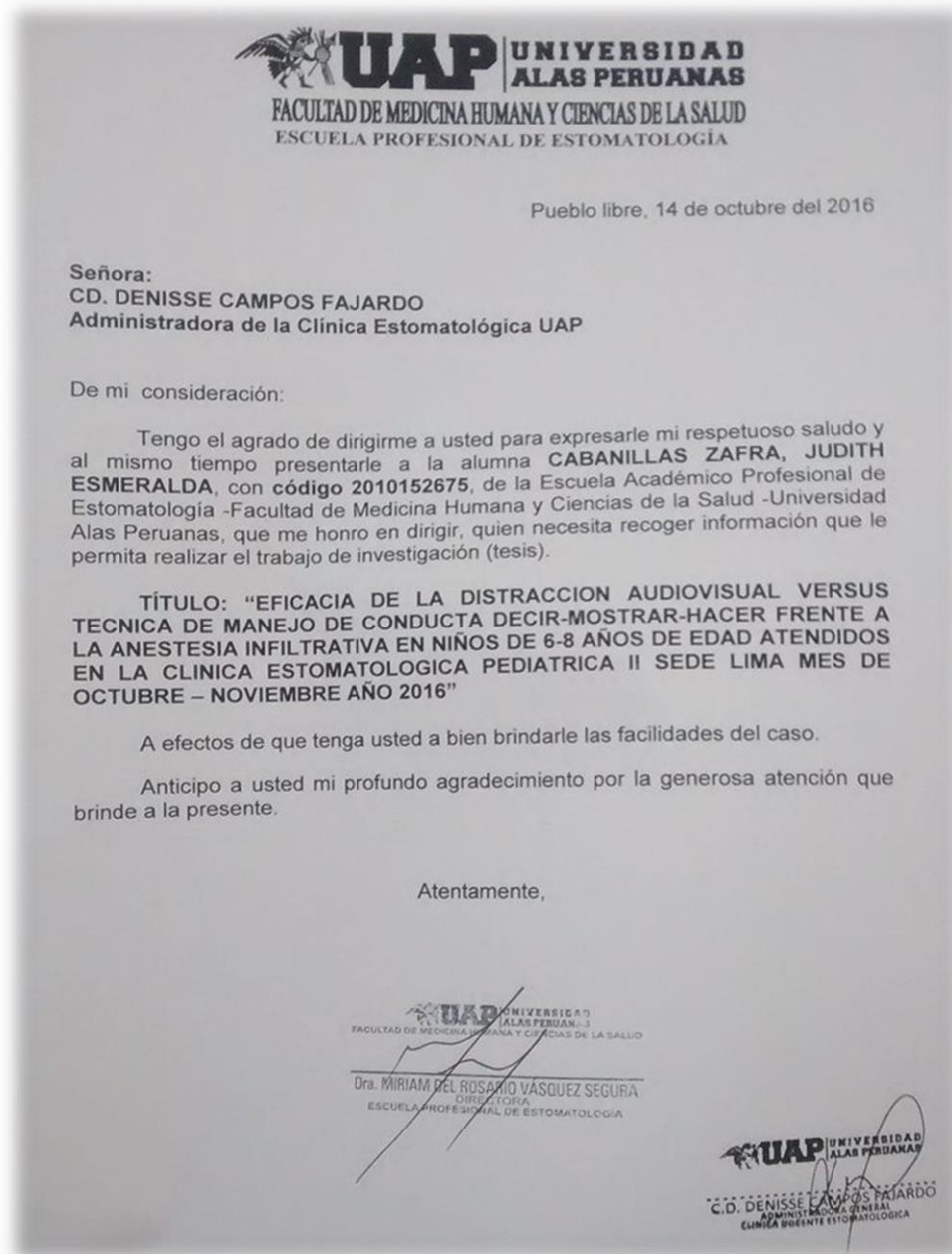
## ANEXO N°4



- ✓ 1= ANSIEDAD LEVE.
- ✓ 2= ANSIEDAD LEVE A MODERADA.
- ✓ 3= ANSIEDAD MODERADA.
- ✓ 4= ANSIEDAD DE MODERADA A SEVERA.
- ✓ 5= ANSIEDAD SEVERA.



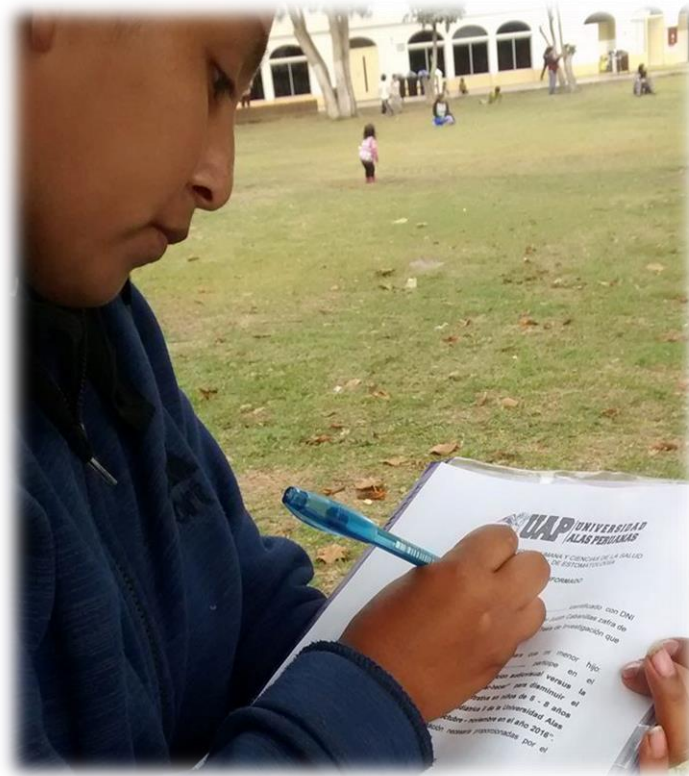
## ANEXO N°5 Carta de presentación



**FIGURA N° 01** SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDO ADMINISTRADORA DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.

## FOTOGRAFÍAS

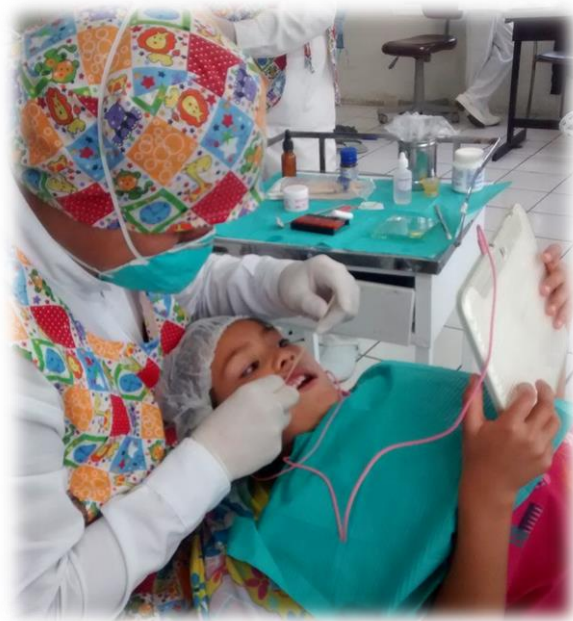
### CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS



**FIGURA N° 02 MADRE DE FAMILIA FIRMANDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**



**FIGURA N° 03** ENCUESTANDO AL PACIENTE ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.



**FIGURA N° 04** PACIENTE COMODA A COLOCAR LA ANESTESIA TÓPICA.



**FIGURA N° 05** PACIENTE COMODA A COLOCAR LA ANESTESIA INFILTRATIVA (USO DEL DISTRACTOR AUDIOVISUAL).



**FIGURA N° 06** ENCUESTANDO AL PACIENTE DESPUES DEL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.