



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

TESIS

TÉCNICA DE DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL EN EL MANEJO DE
LA ANSIEDAD EN PACIENTES DE 5 A 8 AÑOS. CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.
AREQUIPA 2018

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:
BACHILLER YASMIN PONCE CHANCUAÑA

ASESOR:
DRA. SANDRA CLARA ALICIA CORRALES MEDINA

AREQUIPA, PERÚ
OCTUBRE 2018

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de llegar a culminar una de mis metas, también por estar conmigo en cada paso que doy y guiarme a lo largo de mi vida.

Dedico esta tesis a mis padres Willy Ponce Rosas y Elsa Chancuaña Quispe que son los pilares de mi vida, gracias por su apoyo incondicional, confianza y comprensión; a mi hermana y familia por confiar en mí e impulsarme a seguir adelante; a mis amigas que hicieron los acontecimientos difíciles más llevaderos y con los cuales compartí muy buenos momentos de felicidad.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios, por ser mi padre, guía y enseñarme a amar a mi prójimo ante cualquier adversidad.

A mis padres Willy Ponce, Elsa Chancuaña y a mi hermana por su apoyo incondicional.

A mis asesores de tesis, Dra. Sandra Clara Alicia Corrales Medina y al Dr. Xavier Sacca Urday, por su apoyo en la elaboración de mi investigación.

A la Dra. Belén Salvatierra de Vega por su ayuda y colaboración en la realización de mi tesis.

A mi alma mater, la Universidad Alas Peruanas y a sus docentes, quienes, a través de sus conocimientos difundidos, aportaron mi educación profesional.

A todos los niños que formaron parte del estudio

RESUMEN

La ansiedad es considerada como un factor limitante en el tratamiento dental, pudiendo impedir el manejo de la conducta del paciente pediátrico. El empleo del distractor audiovisual brinda a los niños la reducción de la ansiedad frente a los tratamientos dentales ya que controla dos tipos de sensaciones siendo la auditiva y la visual. El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la técnica de distracción audiovisual en el manejo de ansiedad en pacientes de 5 a 8 años de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas.

Para tal fin se seleccionaron 50 pacientes entre 5 a 8 años, de ambos sexos que acudieron a la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas para ser atendidos por los alumnos de pregrado de XIII y IX ciclo. Se formaron dos grupos de 25 niños cada uno, siendo uno el grupo experimental donde se les aplicó a los pacientes los lentes de distracción audiovisual y el otro grupo control conformado por niños que no usaron la distracción audiovisual.

Con la finalidad de obtener una calificación de ansiedad general se utilizó el Test de Imagen de Venham para evaluar antes y después del tratamiento odontológico y la Escala de Ansiedad de Calificación de Ansiedad de Venham para evaluarla durante dicho tratamiento.

Los resultados que se obtuvieron fueron que la ansiedad previa del grupo control fue de 56.0 % en ansiedad moderada y después del tratamiento dental fue de 52% en ansiedad leve así mismo la ansiedad previa del grupo experimental fue de 52% en ansiedad leve y después del tratamiento dental fue de 80% sin ansiedad, además la ansiedad durante el tratamiento dental del grupo control fue de 52% en ansiedad leve y del grupo experimental fue de 52% sin ansiedad.

Demostrando de esta manera que la técnica de distracción audiovisual es efectiva para el manejo de la ansiedad entre los niños de 5 a 8 años.

Palabras claves: Distracción, audiovisual, ansiedad.

ABSTRACT

Anxiety is considered a limiting factor in dental treatment, and it may prevent the management of the pediatric patient's behavior. The use of the audiovisual distractor gives children the reduction of anxiety in the face of dental treatments since it controls two types of sensations, the auditory and the visual. The objective of this study was to determine the effect of the technique of audiovisual distraction in the handling of anxiety in patients of 5 to 8 years of the Stomatological Clinic of Alas Peruanas University.

To this end, 50 patients between 5 and 8 years of age were selected, of both sexes who attended the stomatological clinic of Alas Peruanas University to be attended by the undergraduate students of XIII and IX cycle. Two groups of 25 children each were formed, one being the experimental group where audiovisual distraction was applied to the patients and the other control group composed of children who did not use audiovisual distraction.

In order to obtain a general anxiety score, the Venham Imaging Test was used to evaluate before and after the dental treatment and the Venham Anxiety Scale to evaluate during said treatment.

The results obtained were that the previous anxiety of the control group was 56.0% in moderate anxiety and after the dental treatment it was 52% in mild anxiety, likewise the previous anxiety of the experimental group was 52% in mild anxiety and after the dental treatment was 80% without anxiety, in addition the anxiety during the dental treatment of the control group was 52% in mild anxiety and the experimental group was 52% without anxiety.

Demonstrating in this way that the technique of audiovisual distraction is effective for the management of anxiety among children aged 5 to 8 years.

Keywords: Distraction, audiovisual, anxiety.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	IX
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3. Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos.....	3
1.4. Justificación de la investigación	3
1.4.1. Importancia de la investigación	3
1.4.2. Viabilidad de la investigación	4
1.5 Limitación del estudio	5
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADA	27
3.2. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES Y DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL.....	27
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	29
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
4.2. DISEÑO MUESTRAL	29
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	30
4.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	30
4.5. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	31
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	32
CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	33
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO, TABLAS DE FRECUENCIA, GRÁFICOS, DIBUJOS.....	33
5.2. ANÁLISIS INFERENCIAS, PRUEBAS ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICAS, NO PARAMÉTRICAS, DE CORRELACIÓN, DE REGRESIÓN U OTRAS	47

5.3.COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS, TÉCNICAS ESTADÍSTICAS EMPLEADAS	51
5.4.DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	56
ANEXOS	59
ANEXO Nº 1: DOCUMENTACIÓN.....	59
ANEXO Nº 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	60
ANEXO Nº 3: ESCALA DE CALIFICACIÓN DE ANSIEDAD DE VENHAM	62
ANEXO Nº 4: TEST DE IMÁGENES DE VENHAM.....	63
ANEXO Nº 5: TEST DE IMÁGENES DE VENHAM.....	64
ANEXO Nº 6: MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
ANEXO Nº 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	66
ANEXO Nº 9: SECUENCIA FOTOGRÁFICA	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Distribución de los niños integrantes de los grupos de estudio según sexo	33
TABLA N°2: Distribución de los niños integrantes de los grupos de estudio según edad.....	35
TABLA N° 3: Comparación de la medición basal de la ansiedad entre los grupos de estudio.....	37
TABLA N° 4: Comportamiento de la ansiedad en los niños integrantes del grupo control	39
TABLA N° 5: Comportamiento de la ansiedad en los niños integrantes del grupo experimental.....	41
TABLA N° 6: Comparación de la ansiedad, durante el tratamiento odontológico, entre los grupos de estudio	43
TABLA N° 7: Comparación de la ansiedad, durante el tratamiento odontológico, entre los grupos de estudio	45
TABLA N° 8: Prueba de mann – whitney para comparar la edad y sexo de los niños entre los grupos de estudio.....	47
TABLA N° 9: Prueba de mann – whitney para comparar la medición basal de la ansiedad entre los grupos de estudio.....	48
TABLA N° 10: Prueba de wilcoxon para evaluar el comportamiento de la ansiedad en los niños integrantes del grupo control y experimental	49
TABLA N° 11-Prueba de mann – whitney para comparar la ansiedad durante y después del tratamiento odontológico en los grupos de estudio	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: Distribución de los niños integrantes de los grupos de estudio según sexo	34
GRÁFICO N°2: Distribución de los niños integrantes de los grupos de estudio según edad.....	36
GRÁFICO N° 3: Comparación de la medición basal de la ansiedad entre los grupos de estudio.....	38
GRÁFICO N° 4: Comportamiento de la ansiedad en los niños integrantes del grupo control	40
GRÁFICO N° 5: Comportamiento de la ansiedad en los niños integrantes del grupo experimental.....	42
GRÁFICO N° 6: Comparación de la ansiedad, durante el tratamiento odontológico, entre los grupos de estudio	44
GRÁFICO N° 7: Comparación de la ansiedad, después del tratamiento odontológico, entre los grupos de estudio	46

INTRODUCCIÓN

La atención de pacientes pediátricos no es una tarea fácil para el odontólogo general ni para los odontopediatras debido a diversos factores como, la falta de comunicación y de afinidad entre odontólogo-paciente, lo cual, muchas veces puede causar ansiedad por parte del niño.

La ansiedad dental en los niños ha sido reconocida en muchos países como un problema de salud pública el cual puede conducir a la falta de cuidado dental y por lo tanto representa un problema tanto para los pacientes y los dentistas por igual.

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.

Por todo lo expuesto anteriormente es importante que el profesional logre obtener nuevas técnicas para la atención del niño, es por ello que este estudio ayudará en los tratamientos odontológicos brindando una alternativa en el manejo de conducta, llamada técnica de distracción audiovisual, la cual será de gran importancia en el manejo de ansiedad en los niños. La aplicación de esta técnica durante los procedimientos odontológicos contribuyó a disminuir la ansiedad con el simple hecho de concentrarse en los videos mostrados, evitando así el sonido de los materiales utilizados como el equipo dental y el ruido del ambiente.

Además la siguiente investigación determinó cuál es el nivel de ansiedad previo, durante y posterior al tratamiento dental que presentan los niños en la clínica odontopediátrica de la universidad Alas Peruanas mediante el Test de Dibujos de Venham y la Escala de Ansiedad de Venham. Esto con el fin de contribuir con información para futuras investigaciones y aportar una herramienta útil para determinar el nivel de ansiedad en pacientes niños.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La ansiedad es aquella respuesta humanitaria que hace que el cuerpo reaccione de distintas formas a nivel fisiológico, produciendo la activación de diferentes sistemas, por ejemplo activa el sistema nervioso autónomo, el sistema motor incita a una conducta inadecuada y el sistema cognitivo crea miedo y preocupación, es la anticipación de un peligro indefinible, las situaciones u objetos que desencadenan esta ansiedad pueden ser modificadas en el transcurso del tiempo dependiendo de las circunstancias que van aconteciendo en la vida del niño; es también un indicador de la mejor comprensión del entorno y sus peligros.

La ansiedad dental es el mayor componente de angustia para los pacientes en el tratamiento dental. La ansiedad dental es más específica que la ansiedad en general; es la respuesta específica del paciente hacia la situación dental. Si el dentista es consciente del nivel de ansiedad de su paciente, el no solo está sobre aviso acerca del comportamiento de los pacientes, también puede tomar medidas para ayudar a aliviarla durante el procedimiento dental. Puede presentarse de manera anticipada, con sólo pensar en el encuentro con un estímulo que provoca miedo. Es así como la persona al saber que tiene cita con el dentista, tiene la expectativa de que una experiencia aversiva sea próxima, generando altos montos de ansiedad.

Si consideramos la atención dental en niños, más aún en las etapas iniciales de vida, razón por la cual en sus primeros años pueden tener una respuesta más excesiva a aquellos estímulos que son resultado de ansiedad, pero durante el crecimiento sus temores se relacionan con sus hábitos negativos pasados.

Durante la práctica profesional, el odontopediatra debe enfrentar algunas dificultades que emanan del manejo de la ansiedad de los niños durante el tratamiento odontológico. Si la ansiedad no es manejada de manera

adecuada en las primeras consultas en la vida del ser humano, en la edad adulta puede conducir incluso a evitar la cita dental con el consiguiente deterioro de su salud oral.

El odontopediatra debe darse cuenta de que los niños pequeños tienen un conjunto limitado de conductas aprovechadas para sobrellevar el miedo y ansiedad. La capacidad de afrontamiento del niño varía en función de su madurez, experiencia dental previa, la personalidad y patrones característicos de relacionarse con los adultos. Es por ello que la ansiedad dental en el niño es vista como una actitud evasiva que puede inducir a cancelar o posponer la visita con el especialista, produciéndose así un efecto negativo sobre su salud buco dental. Siendo esta la razón principal para evitar el cuidado dental, la cual tiene su origen en la infancia.

En la consulta odontopediátrica existen muchas técnicas para el control de la ansiedad y modificación de conducta, hoy en día estas técnicas están reforzadas por el uso de diferentes alternativas o instrumentos que buscan distraer o captar la atención del paciente y así disminuir y/o controlar la ansiedad.

Dentro de las técnicas reforzadas se considera el uso de distractores audiovisuales durante la consulta, por lo que resulta interesante valorar el efecto de esta técnica sobre la ansiedad de nuestros pacientes.

Dentro del mercado existen diferentes instrumentos de distracción audiovisual, encontrándose al visor de imágenes como una alternativa eficaz y de precio accesible, buscando captar la atención visual y auditiva de los niños disminuyendo de esta manera su ansiedad durante el tratamiento odontológico.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto de la técnica de distracción audiovisual en el manejo de la ansiedad en pacientes de 5 a 8 años que asisten a la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar el efecto de la técnica de distracción audiovisual en el manejo de la ansiedad en pacientes de 5 a 8 años de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar y comparar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento dental en niños de 5 a 8 años del grupo control y del grupo sometido a la distracción audiovisual con el Test de Imágenes de Venham.
- Determinar y comparar el nivel de ansiedad durante el tratamiento dental en niños de 5 a 8 años del grupo control y del grupo sometido a la distracción audiovisual con la Escala de Ansiedad de Venham.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Importancia de la investigación

A la consulta estomatológica en general acuden muchos niños con miedo al tratamiento dental. Por esta razón la práctica profesional del odontopediatría debe afrontar con éxito los problemas del manejo de la ansiedad que muchos pacientes experimentan antes o durante un tratamiento odontológico.

El propósito del presente trabajo de investigación es determinar si el uso de la técnica de distracción audiovisual ayuda a disminuir la ansiedad ya que se comparó la ansiedad previa y posterior al tratamiento dental mediante el Test de imágenes de Venham y durante el tratamiento dental mediante la Escala de Ansiedad de Venham en pacientes de 5 a 8 años en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas.

La importancia clínica del presente trabajo es valorar los niveles de ansiedad a los que está sometido un paciente pediátrico y al

conocerla permitirá utilizar diferentes técnicas alternativas que vayan de acuerdo a nuestra nueva tecnología para modificar la conducta del paciente pediátrico siendo importante ya que de esta manera creara más confianza y aceptación del niño frente al odontólogo y hacia los tratamientos dentales entre cita y cita.

Además es importante esta investigación ya que en nuestro medio no existe investigación que evalúe la ansiedad en el paciente odontopediátrico a través de dichas pruebas.

Finalmente se realizó este estudio con la espera de que los profesionales odontológicos usen la nueva tecnología como alternativa para el manejo de la conducta en el paciente pediátrico disminuyendo los niveles de ansiedad.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

La investigación es viable porque se contó con todos los recursos necesarios como:

A) Recursos Humanos:

Investigadora : Yasmin Ponce Chancuaña
Asesora : Dra. Sandra Clara Alicia Corrales Medina
Asesor : Dr. Xavier Sacca Urday

B) Financieros

La investigación fue totalmente financiada por la investigadora, del presente estudio

C) Materiales

- Lentes de visor de imágenes
- Celular con sistema Android
- Audífonos
- Impresora
- Material de escritorio

D) Institucionales

Se contó con el permiso necesario para trabajar en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa

1.5.LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

- Pacientes poco cooperadores

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ciraiz Azurdia, Ericka Patricia. **NIVEL DE ANSIEDAD PREVIO Y POSTERIOR AL TRATAMIENTO DENTAL MEDIANTE EL TEST DE DIBUJOS DE VENHAM MODIFICADO EN PACIENTES NIÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DENTAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS (GUATEMALA) 2015.** La muestra comprendió 116 niños seleccionados de forma aleatoria del grupo de pacientes que son atendidos en el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El rango de edad fue entre los 5 y 9 años. La mayor parte de niños entre 5 y 9 años que asisten a la clínica dental en el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala indican estar sin ansiedad dental al ser evaluados con el Test de dibujos de Venham Modificado. Los resultados demostraron previamente al tratamiento dental el 53.45% de la muestra señaló un nivel sin ansiedad, 31.03% ansiedad leve, 13.79% ansiedad moderada y únicamente 1.72% ansiedad severa. En las evaluaciones posteriores al tratamiento dental el 55.17% de la muestra señaló un nivel sin ansiedad, 36.03% ansiedad leve, 6.9% ansiedad moderada y únicamente 1.72% ansiedad severa.¹

Gallegos Prado, Karina Rocío. **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 (ECUADOR) 2016.** A los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión necesarios para esta investigación se procedió a tomar sus datos personales (Nombres y apellidos representados por un código por su confidencialidad, edad, sexo, etc.). Así como también se anotó la técnica que se empleó (Musicoterapia o Gafas de distracción audiovisual) y la respuesta fisiológica (pulso) pulsaciones por minuto,

con un oxímetro de pulso (Biolight M70), colocándolo en el dedo pulgar izquierdo de cada niño antes de la profilaxis dental. Luego mediante un test que es la Escala de Imagen Facial, que determina el nivel de ansiedad (Leve-Severa), se le pidió al niño que puntúe la imagen facial con la que se identificó antes de iniciar la Profilaxis dental. Con esta escala se reflejó diferentes niveles de ansiedad Nivel 1(ansiedad Leve); Nivel 2 (ansiedad leve a moderada); Nivel 3 (ansiedad moderada); Nivel 4 (ansiedad moderada a severa); Nivel 5 (ansiedad severa). Se distribuyeron en dos grupos A, B. Al grupo A se les aplicó la técnica de musicoterapia y al grupo B se le aplicó con la técnica de audiovisuales. Como resultado la comparación entre las dos técnicas aplicadas a niños de 6 a 8 años observamos que en las técnicas de musicoterapia y gafas de distracción audiovisual son eficaces para la disminución del nivel de ansiedad, debido a que no existe estadísticamente diferencias significativas.²

B. ANTECEDENTES NACIONALES

Quiroz Torres, Jenniffer; Melgar Hermoza, Rosa Ana. **MANEJO DE CONDUCTA NO CONVENCIONAL EN NIÑOS: HIPNOSIS, MUSICOTERAPIA, DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y AROMATERAPIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA (LIMA-PERÚ) 2012.** El objetivo de esta revisión fue conocer las técnicas de apoyo no convencionales para el manejo de conducta en niños. Esta revisión se realizó mediante revistas indexadas de los últimos 10 años. A pesar que las técnicas tradicionales utilizadas en odontopediatría pueden ser satisfactorias, en la actualidad existe controversia sobre el uso de algunas de ellas. El rechazo por parte de los padres, así como las diversas implicaciones éticas y legales han llevado a que se reevalúen muchas actitudes y técnicas, especialmente aquellas de tipo aversivo, lo cual ha conducido a intensificar la investigación en este campo con el fin de buscar nuevas alternativas. La técnica que mejor resultados da es la distracción audiovisual, debido a que la concentración de los niños (auditiva y visual) queda atrapada en la película o juego o imagen virtual

que estén visualizando desconectándose totalmente del ambiente odontológico.³

Díaz Arteaga, Andy Jhayr. **INFLUENCIA DE LA TÉCNICA DE DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL EN EL MANEJO DE ANSIEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN (CHICLAYO-PERÚ) 2016.** La muestra fue dividida en dos grupos equitativos, un grupo al que se le aplicó la Técnica de distracción audiovisual y se denominó grupo de A (grupo control), y otro grupo al cual no se aplicó la Técnica de distracción audiovisual y se denominó grupo de B. La asignación de los pacientes de los dos grupos se realizó en forma aleatoria. Se observa que, la ansiedad del grupo manejado con la técnica de distracción audiovisual antes y después del tratamiento odontológico, mejoró después de la aplicación de dicha técnica, donde el 22,5% llegó a niveles de ansiedad leve, el 47,5% a niveles de ansiedad leve a moderado.⁴

C. ANTECEDENTES LOCALES

Miñano Tasaico, Sandra Yesenia. **EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL. CLÍNICA SONRISAS (AREQUIPA) 2016.** La valoración de la ansiedad se realizó según la Escala de Imágenes Faciales (FIS). La muestra se dividió en dos grupos de 20 niños cada uno en los que se determinó luego de un diagnóstico clínico que requerían tratamiento restaurador por presentar lesiones cariosas, al grupo control se le realizó el tratamiento con el manejo de conducta convencional, al grupo experimental se le aplicó la técnica de musicoterapia durante la consulta. Como resultados se obtuvo que los pacientes del grupo experimental que fueron sometidos a musicoterapia lograron disminuir la ansiedad de manera significativa logrando obtener un nivel de ansiedad leve en un 45%.⁵

Miranda Barahona, Eduardo Alexander. **EFFECTO DE LA TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CONTINGENTE CON VIDEOJUEGOS EN LA ANSIEDAD DE PACIENTES DE 6 A 9 AÑOS SOMETIDOS A MANIOBRA DE ANESTESIA INFILTRATIVA INTRAORAL EN LA CLINICA POLIDENT MARIANO MELGAR (AREQUIPA) 2015.** Se formaron dos grupos de 20 niños cada uno. Al grupo experimental se le aplicó la técnica de distracción contingente con video juegos. Como medio distractor se utilizaron juegos de consola Xbox 360 que fue adaptada en la consulta dental. Con el fin de obtener una calificación de la ansiedad general de cada paciente en las distintas etapas establecidas se utilizaron los criterios de la escala de imágenes faciales (FIS). Los resultados que se obtuvieron fueron ansiedad leve(55%) para el grupo experimental y ansiedad “moderada-severa” (40%) para el grupo control en la tercera medición, demostraron que la técnica de distracción contingente con videojuegos es efectiva sobre los niveles de ansiedad de estos pacientes durante el tratamiento odontológico que requiera de colocación de anestesia intraoral.⁶

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Manejo de conducta

Uno de los aspectos más importantes en odontopediatría es el control de la conducta, pues sin cooperación por parte del niño no es posible realizar con éxito su tratamiento dental. Además no solo es un requisito para llevar a cabo las necesidades del niño sino su efecto a largo plazo ayudaría a promover una actitud positiva frente a la odontología así como una adecuada salud dental en el adulto. Actualmente a pesar de las mejoras en la odontología (eficaces anestésicos locales, agujas indoloras, técnicas sencillas) que hacen olvidar las historias horribles sobre esta, todavía el temor de los niños al dentista es patente en nuestra sociedad, siendo uno de nuestros objetivos superar este inconsciente colectivo.⁷

El manejo de la conducta constituye el pilar fundamental que diferencia la Odontología Pediátrica de otras especialidades. En contraposición a otras disciplinas dentro de la profesión que enfatizan el estudio de una patología específica, la odontología pediátrica centra su atención en un paciente especial, que dadas sus características de desarrollo evolutivo, exige conocimientos y entrenamiento adecuados con el fin de poder brindar un tratamiento exitoso.⁸

En ciertas situaciones, las recomendaciones técnicas indican que debe hacerse un determinado procedimiento, por ejemplo una restauración, pero puede suceder que dadas las circunstancias emocionales y de comportamiento del paciente lo más indicado sea la exodoncia o la postergación del procedimiento. En otros casos, por el contrario se puede caer en el error de no realizar el procedimiento indicado con el objetivo equivocado de no indisponer al paciente.⁸

Además de estas consideraciones también debe tenerse en cuenta que no todos los pacientes necesariamente deben ser manejados con técnicas comunicativa. En muchas instancias existen otras alternativas como las sedación o anestesia general, una opción que evita la confrontación entre el paciente y el profesional.⁸

A. Objetivos del control de la conducta:⁹

1. Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
2. Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento dental.
3. Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
4. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
5. Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el joven paciente.

Por otra parte, no todos los dentistas pueden hacer frente a situaciones de no colaboración con los niños, algunos se sienten

desesperados, otros culpables o bien no se sienten cómodos con los padres. La experiencia, el tiempo y el conocimiento de las técnicas de control de conducta ayudan a mejorar las habilidades del clínico y otorgan seguridad y autoconfianza, lo cual es fundamental para la relación con el niño potencialmente difícil. Además la personalidad del dentista determinara una mayor predilección por determinadas técnicas, mientras que otras no serán aplicadas.⁸

B. Técnicas de control de la conducta ⁷

1. Técnicas de comunicación
2. Técnicas de modificación de la conducta
3. Técnicas de limitación
4. Técnicas prohibidas

B.1. Técnicas de comunicación

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta. El dentista y su equipo deben desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal, establecer contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona. La conversación debe ser natural y agradable, interesándonos sobre sus gustos y actividades.⁷

Es importante recordar que la esencia del manejo radica en una comunicación positiva basada en la verdad, tanto con el paciente como con sus padres que permita crear un vínculo personal y generar confianza.⁸

a) Lenguaje pediátrico

Es el nombre que se le da al hablar con el niño en odontopediatría, este debe ser un lenguaje que pueda entender y sustituir por expresiones moderadas o eufemismos aquellas palabras con connotaciones de

ansiedad en el niño. El niño se siente alabado si se le juzga mayor de lo que es, y a la mayoría le gusta oír hablar al profesional de algún tema curioso lo que permite desviar la atención de los procedimientos dentales.⁷

Hay que tratar de responder a sus preguntas pero vigilar que no retrasen con ello los procedimientos. Por otra parte deben darse pocas instrucciones pues el niño no puede responder a todo en un corto periodo de tiempo y además deben ser concretas y razonables.⁷

b) Distracción

La distracción 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. Un ejemplo de ello puede ser preguntar o interesarnos por temas ajenos a nuestro tratamiento, siempre intentando captar la atención del niño.⁷

La autodistracción también resulta un elemento muy útil que utiliza el propio paciente para evadirse, y actualmente resulta fácil conseguirla mediante aparatos electrónicos para oír música o frecuentemente con el uso de los teléfonos móviles.⁷

c) Ludoterapia

No hay duda de la importancia que se le concede al juego infantil sano en psicología, pues son muchas sus posibilidades pedagógicas y terapéuticas que ayudan a superar diferentes problemas educativos.⁸

Además, puede tener un efecto terapéutico que permite la descarga de fuerzas sobrantes, temor y ansiedad, ayuda a

compensar sentimientos contradictorios, así como refuerza el instinto de imitación.⁷

En nuestra consulta, el juego principalmente tiene su principal interés como elemento terapéutico para eliminar tensiones y miedos mediante la distracción del niño, lo que le hace perder la “seriedad” a la situación dental. El juego deberíamos iniciarlo nosotros mismos, pues así nos mostramos más accesibles y reforzamos la comunicación con el paciente infantil.⁷

d) Control de voz

Se trata de una modificación del tono y el volumen de la voz, así como de la velocidad con que se habla, sin que esto signifique gritar al paciente o enfadarse con él. Consiste más bien en un aumento o una disminución del tono de voz, lo que en muchos casos supone hablarle al oído, puede usarse con cualquier paciente. Es más útil con aquellos que ya han desarrollado comunicación verbal y, especialmente, con quienes poseen un comportamiento rebelde que pretende manipular a la autoridad o cuestionarla.⁷

e) Técnicas no verbales

Con ello hacemos referencia a la parte física y paraverbal que refuerza las técnicas de comunicación. La expresión facial, el tono y la cadencia de nuestra voz, la posición del clínico frente al niño, son aspectos que forman parte de estas técnicas.⁷

f) Técnica de triple E (explique- enseñe- ejecute)

El término de triple E fue introducido por Boj y Col, aunque también se le conoce clásicamente por la técnica de Decir- Mostrar- Hacer.¹⁰

Este método constituye el fundamento de la fase educacional para inducir en el paciente pediátrico dental un comportamiento relajado y tolerante. La técnica es sencilla y por lo general muy útil.¹⁰

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera. 1) Decir y explicar al niño lo que se le va hacer antes de comenzar cualquier maniobra, con el fin de reducir la ansiedad y el miedo; 2) mostrar al niño exactamente cómo se va a llevar a cabo la técnica y 3) ejecutar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.⁹

g) Reducción de la ansiedad de los padres

Las actitudes sociales han cambiado en los últimos años a una mayor participación de los padres durante el tratamiento lo que lleva a la necesidad de explicar el diagnóstico y plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades del niño, de manera que permita a los padres seguir la situación pero no implicarlos en el tratamiento, pues terminan interviniedo para proteger a su propio hijo, lo cual desemboca en una situación embarazosa y perjudicial para el propio tratamiento.⁷

Por otra parte es fundamental que en el momento de las explicaciones a los padres, nuestro tono de voz transmita confianza y seguridad así como modular nuestro volumen de manera que ayuden a calmar la ansiedad.⁷

B.2. Técnicas de modificación de la conducta

Los psiquiatras y los psicólogos han desarrollado varias técnicas para modificar las conductas negativas de los pacientes. Estos métodos han sido denominados técnicas de modificación de la conducta. Consiste en alterar un

comportamiento individual hacia un ideal deseado de forma gradual.⁹

Una variable necesaria en la exitosa aplicación de las técnicas de modificación de la conducta a nuestro alcance y que pocas veces es tomada en cuenta es el tiempo. Se requiere tiempo y paciencia por parte del clínico para la aplicación de cualquier técnica.⁹

a) Visitas previas

La visita preliminar consiste en llevar al niño al consultorio dental para que conozca el lugar y obtenga orientación física. De antemano se le explica que ese día no se le hará absolutamente nada. El niño tiene la oportunidad de conocer a la recepcionista, a la asistente dental y al odontólogo. Si las cosas van bien, será posible mostrarle y explicarle en términos comprensibles para él, ciertas partes del equipo dental.¹⁰

b) Visita introductoria

Planificar una visita que se llama introductoria, donde se le realiza al niño un procedimiento simple como puede ser una profilaxis dental, que permite una progresiva familiarización con el ambiente dental de manera más agradable.⁷

c) Imitación

Con la técnica de imitación el niño puede aprender sobre la situación dental viendo como otros niños reciben tratamiento. Esta técnica es de gran utilidad para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.⁹

d) Desensibilización

La desensibilización sistemática es uno de los métodos más efectivos y más utilizados para reducir ansiedad innecesaria. La técnica generalmente incluye enseñar técnicas de relajación al paciente, lograr una relajación muscular y describirle entonces escenas que guarden relación con sus miedos.⁹

La desensibilización es efectiva porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.⁹

e) Refuerzo

Estas técnicas tratan de modificar la conducta y pueden ser aplicadas en el campo de la odontopediatría, donde es preciso que el profesional muestre con frecuencia su aprobación durante el tratamiento, siempre que el paciente reaccione de manera positiva, expresándolo verbalmente o bien con expresiones faciales de agradecimiento.⁷

B.3. Técnicas de limitación

Es el término que usamos en lugar de enfoque físico. Se definen como aquellas técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales.⁷

a) Bloques de mordida, abre bocas

Se emplean para el control de la apertura de la boca, estaría indicado para algunos niños que necesitan el recordatorio de que debe permanecer con la boca abierta o incluso se niegan abrirla.⁷

b) Inmovilización médica

Esta inmovilización puede ser por parte del equipo dental, mediante dispositivos específicos o preferentemente por parte de los padres.⁷

B.4. Técnicas prohibidas

a) Mano sobre boca

Esta técnica que aún sigue siendo recomendada por muchos autores, no se utiliza como tal y se le considera prohibida. Consiste en la aplicación firme de la mano del profesional sobre la boca del niño, cuando este se encuentre en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en el que esté dispuesto a cooperar.⁷

2.2.2 Escala de comportamiento de Frankl ⁸

CATEGORIA	DESCRIPCIÓN
DEFINITIVAMENTE NEGATIVO	Rechaza el tratamiento Llanto intenso Movimientos fuertes de las extremidades No es posible la comunicación verbal Comportamiento agresivo
LEVEMENTE NEGATIVO	Rechaza el tratamiento Movimientos leves de las extremidades Comportamiento tímido-bloquea la comunicación Acepta y acata algunas ordenes Llanto monotónico

LEVEMENTE POSITIVO	Acepta el tratamiento de manera cautelosa Llanto esporádico Es reservado Se puede establecer comunicación verbal Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo
DEFINITIVAMENTE POSITIVO	Cooperación Buena comunicación Motivación e interés por el tratamiento Relajación y control de las extremidades

2.2.3. Factores que determinan la conducta en el niño

a) Factores intrasubjetivos

Son aquellos aspectos inherentes al paciente

- Historia y antecedentes médico-odontológicos
 Cuando el paciente llega a la consulta, viene antecedido de una historia médico-odontológica que afecta su actitud. Es recomendable, antes de establecer una línea de acción, tomar un poco de tiempo para analizar con los padres las experiencias previas y las expectativas frente al tratamiento.⁸

- Condición general

Un niño que normalmente sea cooperador puede cambiar su actitud sustancialmente si presenta algún síntoma como malestar, fiebre, o náuseas o un compromiso médico mayor.⁸

- Condición psicológica

La edad y el desarrollo evolutivo, el estado emocional y los rasgos de personalidad forman parte de los factores fundamentales a la hora de establecer un diagnóstico.⁸

- Edad y desarrollo evolutivo

En la evaluación del paciente, el primer factor que debe tener en cuenta el odontólogo es la edad, pues de acuerdo con esta se esperan determinados tipos de comportamiento que requiera a su vez, diferentes formas de tratamiento.⁸

- Estado emocional

En la evaluación de ese estado emocional pueden identificarse dos grupos de reacciones, estados emocionales adaptativos y estados emocionales disfuncionales.⁸

- Rasgos de personalidad

Para el odontólogo los rasgos de personalidad del paciente solo deben ser relevantes cuando es definitiva la dificultad terapéutica. En ese momento, el odontólogo debe considerarla interconsulta con un psicólogo o psiquiatra, ya que se trata de aspectos profundos de la condición psicológica del paciente.⁸

b) Factores intersubjetivos

La relación del niño con su medio es otro factor que influye de manera importante en el comportamiento.⁸

- Contexto familiar

Se cree en la importancia de la transmisión de los miedos y las actitudes de los padres a los niños. Miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación. Los niños que provienen de

hogares y ambientes familiares estructurados y organizados presentan menos problemas.⁹

- Contexto sociocultural

Otro factor en cuenta es el modo como se ha socializado el niño, en términos de cómo se comporta en otros ambientes fuera de la casa, la capacidad que tiene para interactuar con otros niños y la interacción con figuras de autoridad.⁸

2.2.4. Consideraciones durante la consulta

Antes de decidir qué intervención o técnicas serán aplicadas, debe prepararse la consulta y la logística de atención donde todos los detalles se entrelacen para brindarle al paciente un ambiente en el cual se sienta seguro y cómodo.⁸

- Ambiente de trabajo

Es importante la apariencia física del entorno bien sea una institución pública, un ambiente hospitalario, una clínica universitaria o un consultorio privado. No se trata de que sean lujosas, sino que tengan un aspecto ordenado y cómodo.⁸

- Presencia de padres en la consulta

La presencia de los padres en la consulta de manera rutinaria es recomendable, no solo permite al profesional incorporarlos dentro del plan de trabajo sino que es una protección legal importante.⁸

- Modalidad de trabajo

Ante todo debe elaborarse un plan de tratamiento organizado por cuadrantes y detallado por citas donde estas se programen en horarios adecuados y con un tiempo de trabajo acorde con el comportamiento del niño.⁸

- Duración de la visita

Las visitas no deben ser demasiado largas y es fundamental hacer pausas. Visitas de corta duración parecen más apropiadas, se consideran visitas cortas aquellas que duran menos de 30 minutos.⁹

2.2.5. Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales. Hablamos de ansiedad normal o útil cuando nos encontramos ante un nivel de ansiedad moderado que encaja dentro del conjunto de respuestas normales o adaptativas ante una situación extraña y nueva. Algunos autores consideran que una determinada cantidad de ansiedad es necesaria para la vida. Sin embargo, cuando las respuestas de las personas, lejos de ser adaptativas se convierten, por su sobredimensión en exageradas y problemáticas, hablamos de ansiedad patológica o neurótica.¹¹

En cualquier situación, incluyendo la consulta dental, hay un nivel óptimo de ansiedad que ayuda a manejar cada situación de forma apropiada. El profesional a de saber educar y ayudar a sus pacientes para ajustar la ansiedad al nivel apropiado a cada situación. La manera en que el niño aprende a manejar su ansiedad en la conducta dental será decisiva a su futura conducta a la hora de continuar buscando o evitando el tratamiento dental.⁹

2.2.6. Clases de ansiedad

a) Ansiedad normal o útil

Se considera como un nivel de ansiedad moderada, donde la persona actúa dentro del conjunto de respuestas normales ante una situación extraña o nueva como lo es la visita al odontólogo, llegando adaptarse el individuo a la situación, pero después de su

contacto con lo nuevo o extraño su ansiedad disminuye y/o desaparece.¹¹

b) Ansiedad patológica o neurótica

Se considera ya patológico cuando el individuo responde de manera exagerada ante un posible peligro, pero que después de ser eliminado lo que causa miedo o ansiedad continúa su estado ansioso.¹¹

2.2.7. Niveles de ansiedad

a) Ansiedad leve

En este nivel la persona está atenta oyendo y mirando lo que pasa a su alrededor, por lo que su percepción y sentidos están en un alto funcionamiento. La ansiedad es transitoria y sus respuestas son normales, observándose temor, intranquilidad, irritabilidad e incomodidad.¹²

b) Ansiedad moderada

En este nivel la percepción de la persona es menor que en el caso anterior, oye y mira lo que pasa a su alrededor, pero de una manera limitada, sin embargo, puede observar algo si otra persona dirige su atención hacia algo específico. Se pueden observar manifestaciones fisiológicas y psicológicas con poca intensidad, como sequedad de la boca, palpitaciones, temblores, aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la frecuencia respiratoria.¹²

c) Ansiedad severa

En este nivel la percepción de la persona se ha reducido notablemente es decir que pierde la percepción general de lo que pasa a su alrededor y aunque otra persona intente llamar su atención hacia algo es incapaz de hacerlo. La persona puede

distorsionar lo que mira y no logra tener una secuencia lógica entre un grupo de ideas. Se presenta sequedad de la boca, manos frías, fatiga, mareos, temblores anormales, insomnio, inquietud, sudoración profusa y sensación de desvanecimiento.¹²

2.2.8. Escalas de valoración de ansiedad

- **El Test de Imágenes de Venham**

Es una técnica de auto-reporte de la ansiedad. Consiste en interpretar una historia presentando cuadros que muestran a un mismo niño en dos estados de ánimo diferente. El niño deberá elegir en cada cuadro, como se siente en ese momento. El año 2004, Ramos y Almeida realizaron en Brasil la validación de la modificación de este test que lo hacía más moderno en imágenes y lo adaptaba a su realidad.¹³ (Ver anexo N° 4 y 5)

- **Escala de Ansiedad de Venham.**

La cual posee 6 criterios separadas del 0 al 5, donde 0 es ausencia de ansiedad y 5 ansiedad total con necesidad de restricción física. La validación de esta escala se dio en 1980 por su autor el Doctor Larry Venham y la principal ventaja que tiene esta escala es no sólo la claridad de la misma sino también su fácil uso haciéndola más popular entre los odontólogos pues, a comparación con otras escalas, la recolección de datos se realiza por el mismo investigador el cual observa al paciente al momento de ser atendido y lo clasifica de acuerdo al comportamiento que presenta.¹⁴ (Ver anexo N° 3)

- **Escala de Imagen Facial (FIS)**

Buchanan & Niven (2002) describen que esta escala es aplicada en niños de 3 a 18 años, esta comprende de 5 caras que van de lo muy feliz a lo muy infeliz que representa desde 1 ansiedad leve

hasta 5 ansiedad severa y se le pide al paciente pediátrico que puntué la cara que represente más fielmente cómo se siente en ese momento.¹⁵

- **Corah Dental Anxiety Scale (DAS)**

Cuestionario de autorreporte creado por Norman Corah. Se compone de 4 ítems de tipo likert, que busca identificar el nivel de ansiedad del paciente cuando visitará al dentista próximamente, cuando está en la sala de espera, cuando toma los instrumentos para trabajar en sus dientes y cuando el dentista prende el micromotor para trabajar en sus dientes. Dichas preguntas tienen cinco alternativas de respuesta, obteniéndose rangos de puntaje totales que van de 4 a 20 puntos, que permiten categorizar al paciente desde las dimensiones “relajado” hasta “fobia dental”. Una de las cualidades de este instrumento es que sus puntajes son altamente fidedignos, ya que como la ansiedad dental es socialmente aceptada, el tener miedo al dentista hace que poca gente tenga la necesidad de ser condescendiente cuando se le consulta al respecto.¹⁶

- **El CFSS-DS, creado por Cuthbert**

Es un cuestionario que busca identificar el nivel de ansiedad dental, relacionado con diversos aspectos del tratamiento, tanto procedimientos invasivos como situaciones médicas generales. La escala está construida para niños de entre 4 a 12 años, quienes deben responder quince ítems, las que son de tipo likert y varían de 1 a 5 (1 no presentan miedo y 5 manifiestan mucho miedo). Las puntuaciones obtenidas se encuentran en rangos de 15 y 75 puntos, y al obtener puntajes iguales o mayores a 45 puntos, se presentan altos montos de ansiedad.¹⁷

Si bien el CFSS-DS es uno de los instrumentos más utilizados, el limitado nivel de comprensión de instrucciones, y el desarrollo de

la habilidad lecto escritora en niños menores de 6 años, podría dificultar la entrega de resultados veraces.¹⁷

2.2.9. Técnica alternativa de distracción Audiovisual

La distracción audiovisual (DAV) es una técnica alternativa y no farmacológica que va de acuerdo a la tecnología actual y está enfocada en ofrecer una comodidad adicional y con ello disminuir la ansiedad en los tratamientos dentales en los niños y adultos.¹⁸

Es una herramienta de amplio alcance pues este tipo de distracción toma control de los sentidos más influyentes durante la consulta dental que son el auditivo y el visual es decir que su principal objetivo es aislar los sonidos y la visión que causan antipatía en los pacientes en el entorno odontológico.¹⁹

Esta realidad virtual está constituida por un programa de software avanzado que ofrece una variedad de series, dibujos animados o películas de preferencia para el paciente.¹⁹

Estos lentes se introdujeron al mercado mundial en 1996 con el nombre de “lentes virtuales”, y en la actualidad son elaborados con tecnología LCD de alta definición y no emiten ningún tipo de radiación ni daño a la vista; estos brindan al paciente una sensación de estar viendo una película en el cine, y por ende se olvidarán que reciben un tratamiento odontológico.²⁰

2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Ansiedad

El término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

Distracción audiovisual

Es una técnica de gestión de comportamiento, no farmacológica que es de mucha ayuda para controlar el comportamiento de pacientes muy ansiosos en el campo odontológico y de esta manera evitar medios farmacológicos como la sedación.

Distracción

Cosa que atrae la atención apartándola de aquello a que está aplicada, y en especial un espectáculo o un juego que sirve para el descanso.

Audiovisual

Que se refiere conjuntamente al oído y a la vista, o los emplea a la vez. Se dice especialmente de métodos didácticos que se valen de grabaciones acústicas acompañadas de imágenes ópticas.

Técnica

Conjunto de procedimientos o recursos que se usan en un arte, en una ciencia o en una actividad determinada, en especial cuando se adquieren por medio de su práctica y requieren habilidad.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADA

a) Principal

Es probable que la técnica de distracción audiovisual disminuya el nivel de ansiedad en pacientes de 5 a 8 años que asisten a la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa.

b) Derivada

Es probable que la técnica de distracción audiovisual no tenga efecto en el nivel de ansiedad en pacientes de 5 a 8 años que asisten a la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa.

3.2. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES Y DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

a) Variables principales:

Distracción Audiovisual (Estímulo)

Ansiedad (Respuesta)

b) Variables secundarias:

Edad

Sexo

• **Definición conceptual y operacional:**

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES	NATURALIDAD	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
Distracción Audiovisual	-Se aplica -No se aplica		Cualitativa	Nominal	Estímulo
Ansiedad	-SI -NO	Test de imagen de Venham - Sin ansiedad -Poca ansiedad -Con ansiedad -Mucha ansiedad	Cualitativo	Ordinal	Respuesta
		Escala de Ansiedad de Venham -Sin ansiedad /total cooperación -Inquieto/ preocupado -Niño asustado/ no interfiere -Llanto/ protesta verbal -Gran esfuerzo para trabajar con él -Mucha ansiedad/ no cooperación	Cualitativo	Ordinal	Respuesta
Edad	Años		Cuantitativo	Razón	Secundaria
Sexo	Femenino Masculino		Cualitativo	Nominal	Secundaria

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

A) TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es experimental porque fue en pacientes sometidos a un distractor audiovisual para controlar el nivel de ansiedad

B) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

- a) De acuerdo al número de mediciones: Longitudinal, porque se midió las variables tres veces, la primera antes del tratamiento, la segunda durante el tratamiento y la tercera después del tratamiento.
- b) De acuerdo al momento de la medición: Prospectivo, porque se realizó a futuro conforme se avanzó la investigación se recolectó los datos
- c) De acuerdo al lugar: De campo, porque se recogió la información en las unidades de estudio.
- d) De acuerdo al propósito: Comparativo, porque medimos las variables antes durante y después del tratamiento, además porque se contó con un grupo experimental que fue sometido a un distractor audiovisual y un grupo control que estaba sometido a ningún tipo de distracción.

4.2. DISEÑO MUESTRAL

La muestra estuvo presentada por 50 niños entre las edades de 5 a 8 años que acudieron a ser atendidos por los estudiantes de VIII y IX Ciclo de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa

A) Criterios de inclusión:

- Pacientes pediátricos que aceptaron la participación dentro de la investigación, a través del asentimiento informado
- Pacientes pediátricos que en el momento de la recolección de datos tenían entre 5 a 8 años de edad, de ambos sexos

- Pacientes que presentaron ansiedad después de ser sometidos al primer test de Venham
- Pacientes pediátricos que no presentaron discapacidad auditiva y/o visual.
- Pacientes pediátricos, cuyos padres aceptaron la participación de los menores, a través del consentimiento informado

B) Criterios de exclusión:

- Pacientes que presentaron discapacidad auditiva y/o visual
- Pacientes pediátricos que no colaboraron al momento del tratamiento odontológico.
- Pacientes pediátricos que no colaboraron al momento de la recolección de datos.
- Pacientes pediátricos que presentaron discapacidad física o psíquica.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Las técnicas que se aplicaron es la encuesta y la observación y los instrumentos fueron dos, para la encuesta el instrumento fue el Test de imagen de Venham y para la observación el instrumento fue la Escala de Ansiedad de Venham

4.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

1. Se solicitó los permisos correspondientes a la Escuela de Estomatología para trabajar en las clínicas estomatológicas.
2. Se identificó a los niños que serán objetos de estudio.
3. Se informó a los padres de familia sobre el objetivo del trabajo de investigación, luego de ello se solicitó la firma del consentimiento informado, a su vez se informó al niño lo que se realizara solicitándole su asentimiento informado.
4. La muestra se dividió en dos grupos de trabajo 25 cada grupo, el grupo C: grupo control y el segundo grupo fue el grupo E: grupo experimental.

5. Se trabajó de acuerdo a las citas programadas aplicando el Test de Imagen de Venham durante 5 minutos, los niños que resultaron con ansiedad aleatoriamente se le asignó al grupo C o Grupo E.
6. Al grupo C no se le aplicó distracción audiovisual y fue sometido a su tratamiento odontológico rutinario, pero siendo evaluado por la investigadora con la Escala de Ansiedad de Venham durante todo su tratamiento, que no excedió los 60 minutos.
7. Al grupo E se le dio a escoger entre cinco dibujos animados diferentes que son: Scooby Doo, Masha y el Oso, Gravity Falls, Pepa Pig, Bob Esponja, siendo estos dibujos tanto para niñas y para niños, luego se instaló el distractor audiovisual, que constó de unos lentes visor de imágenes donde los niños pudieron observar el dibujo animado escogido, además se les colocó unos audífonos por donde se emitió el sonido del video durante su tratamiento odontológico, así mismo fue evaluado por el investigador con la Escala de Ansiedad de Venham durante todo el procedimiento no excediendo los 60 minutos.
8. Terminado los tratamientos de ambos grupos se les volvió aplicar el Test de Imagen de Venham durante cinco minutos.
9. Todos los datos se anotaron en la ficha de recolección de datos diseñada para este fin.

4.5. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos una vez recolectados, se vaciaron en una matriz de datos utilizándose para tal fin una hoja de cálculo Excel versión 2016. A partir de esta, se elaboraron tablas (de simple y doble entrada) y gráficos, principalmente de barras.

El análisis estadístico implica, en primer lugar, la obtención de frecuencias absolutas (N°) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables de interés. Para llevar a cabo las comparaciones establecidas en nuestros objetivos se aplicó la prueba estadística de Man – Whitney y Wilcoxon, cuya interpretación se realizó con un margen de error del 5% (0.05). La totalidad

del proceso estadístico se ejecutó con la ayuda del software EPI - INFO versión 6.0.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se llevó a cabo sin dañar el principio de respeto, ya que el niño nos dio su aprobación con un asentimiento informado y el padre o apoderado nos firmó el consentimiento informado, así mismo se cumplió con el principio de justicia ya que tanto el grupo experimental salió beneficiado con el uso de los lentes de distracción audiovisual y el grupo control fue beneficiado con una breve explicación sobre ansiedad, finalmente no se atentó contra el principio de no maleficencia ya que esta investigación no busca hacer daño, al contrario con esta investigación se aportó a la población de odontología pediátrica con esta alternativa sobre el manejo de la ansiedad.

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO, TABLAS DE FRECUENCIA, GRÁFICOS, DIBUJOS.

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN SEXO

Sexo	Grupo de Estudio			
	Control		Experimental	
	N°	%	N°	%
Masculino	13	52.0	11	44.0
Femenino	12	48.0	14	56.0
Total	25	100.0	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1 se presenta la distribución numérica y porcentual de los niños sobre los que se llevó a cabo la investigación, distribuidos en los grupos control y experimental, según su sexo.

Los resultados obtenidos, luego de ubicar a los niños a su grupo correspondiente, nos permiten evidenciar que, para los que conformaron el grupo control, la mayoría de ellos fueron del sexo masculino (52.0%), en tanto, el grupo experimental se caracterizó porque en su mayoría (56.0%), los niños que lo integraban eran del femenino.

GRÁFICO N°1

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN SEXO

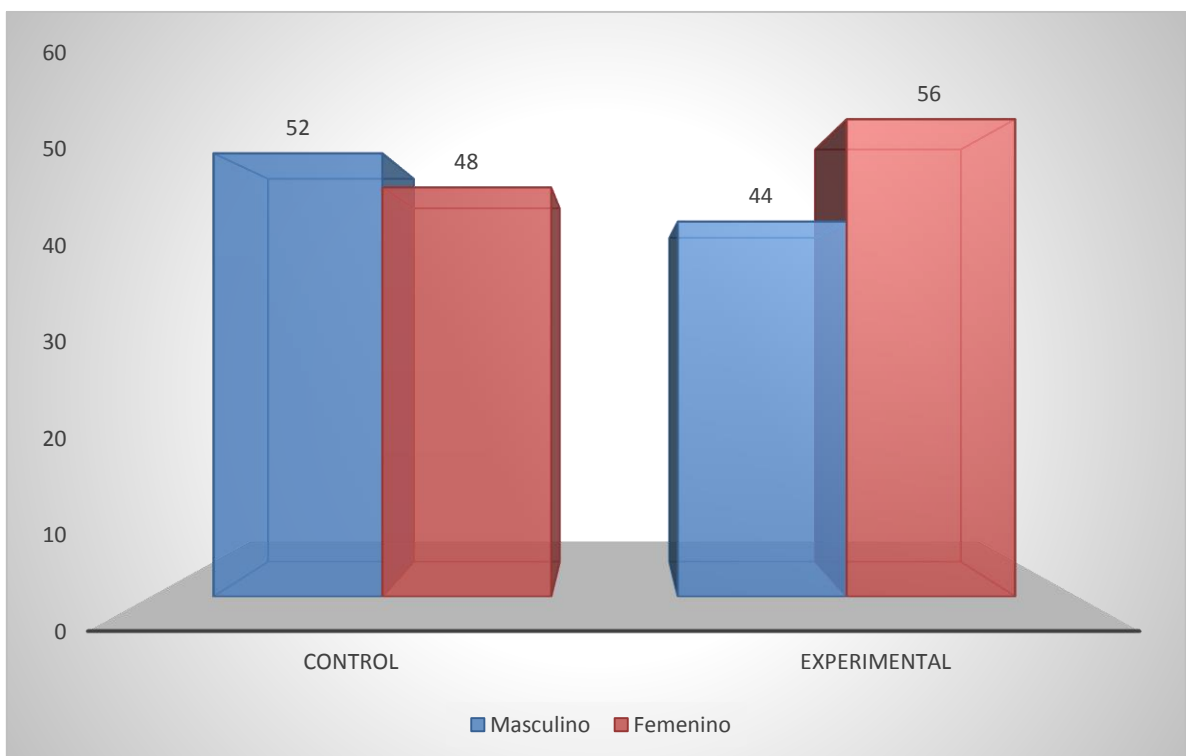


TABLA N° 2**DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN EDAD**

Edad	Grupo de Estudio			
	Control		Experimental	
	N°	%	N°	%
5 años	7	28.0	8	32.0
6 años	7	28.0	4	16.0
7 años	7	28.0	8	32.0
8 años	4	16.0	5	20.0
Total	25	100.0	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se muestra la distribución numérica y porcentual de los niños que integraron los dos grupos de estudio establecidos para nuestra investigación (control y experimental) de acuerdo con su edad.

Los criterios de inclusión planteados establecían que nuestras unidades de estudio deberían tener entre los 5 y 8 años, por tanto, los niños incluidos en la investigación estaban en este rango, como se aprecia en la tabla. Ahora bien, como se colige de los resultados obtenidos, para el grupo control el mayor porcentaje de niños coincidieron en porcentaje siendo sus edades de 5 años (28.0%), 6 años (28.0%) y 7 años (28.0%). Para el grupo experimental, el mayor porcentaje estuvo distribuido equitativamente entre los que tenían 5 años (32.0%) y 7 años (32.0%).

GRÁFICO N°2

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN EDAD

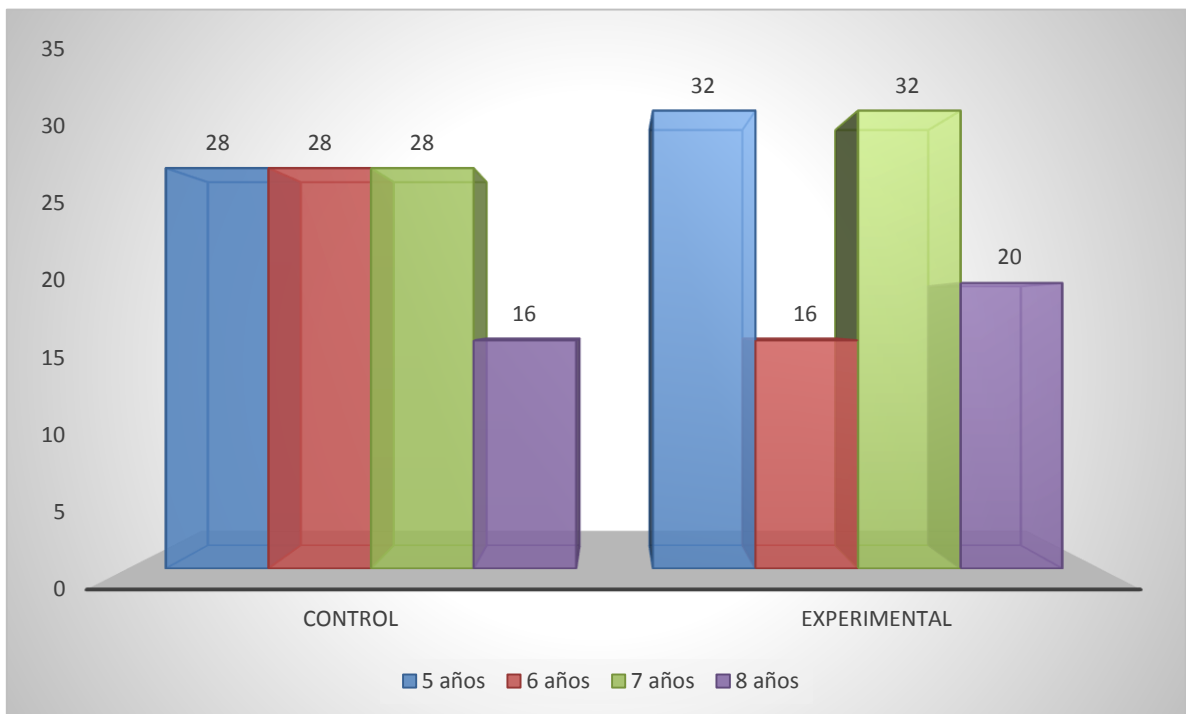


TABLA N° 3**COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN BASAL DE LA ANSIEDAD ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO, SEGÚN EL TEST DE IMÁGENES DE VENHAM**

Ansiedad Basal	Grupo de Estudio			
	Control		Experimental	
	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	0	0.0	0	0.0
Ansiedad leve	10	40.0	13	52.0
Ansiedad moderada	14	56.0	10	40.0
Ansiedad severa	1	4.0	2	8.0
Total	25	100.0	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla que se muestra en esta página, se presenta la comparación realizada de la ansiedad en los niños, tanto que conformaron el grupo control como experimental, antes de iniciarse con el proceso de intervención planificado.

Al observar los resultados obtenidos, podemos observar que en el grupo control lo que primó en la mayoría de los niños que la integraron (56.0%) fue la ansiedad moderada, seguida muy de cerca por aquellos cuya ansiedad se consideró como leve (40.0%). Para el caso del grupo experimental, la mayoría (52.0%) evidenció ansiedad leve, seguido por los niños que evidenciaron niveles de ansiedad moderados (40.0%). En ninguno de los dos grupos se observó niños que no presenten ansiedad.

GRÁFICO N° 3

COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN BASAL DE LA ANSIEDAD ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO, SEGÚN EL TEST DE IMÁGENES DE VENHAM

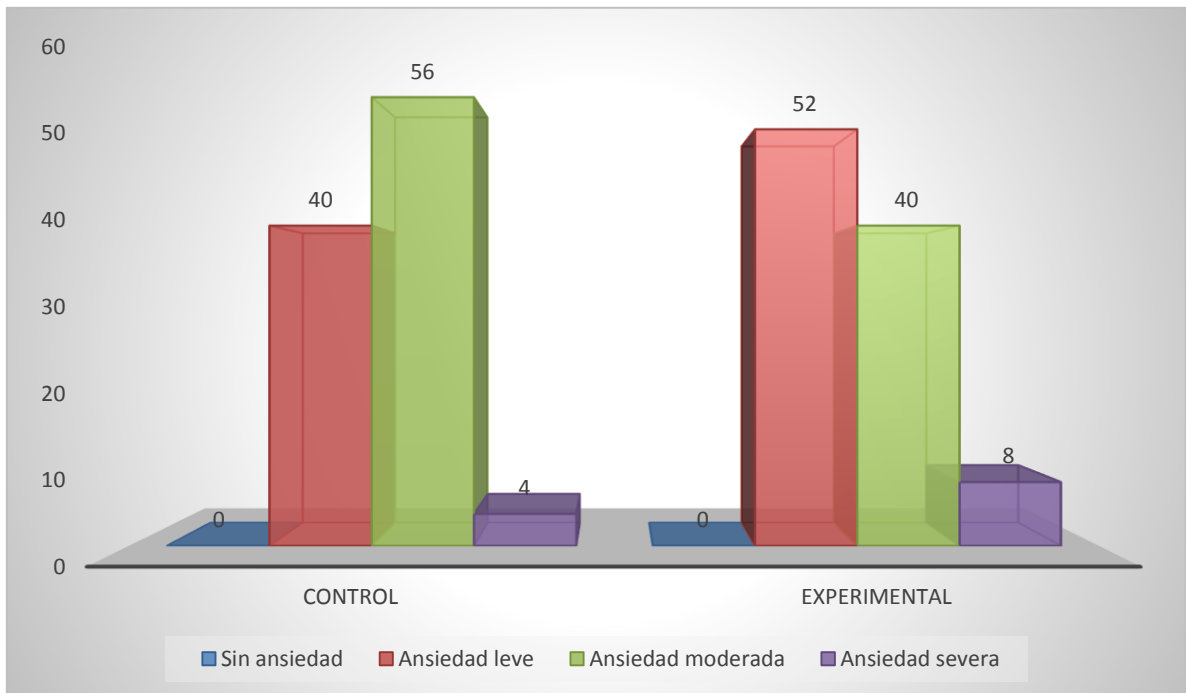


TABLA N° 4

COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS INTEGRANTES DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN EL TEST DE IMÁGENES DE VENHAM Y LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE VENHAM

Grupo Control Ansiedad	Medición					
	Basal		Durante		Final	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	0	0.0	1	4.0	1	4.0
Ansiedad leve	10	40.0	13	52.0	10	40.0
Ansiedad moderada	14	56.0	7	28.0	7	28.0
Ansiedad severa	1	4.0	4	16.0	7	28.0
Total	25	100.0	25	100.0	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

El grupo control corresponde a los niños sobre los cuales se han tomado las mediciones de su ansiedad antes, durante y después de ser sometidos al tratamiento odontológico establecido para la investigación, pero no recibieron como parte del protocolo de intervención la distracción audiovisual.

La ansiedad evaluada antes de empezar el tratamiento correspondió, en la mayoría de ellos (56.0%), a un nivel considerado como moderado. Durante el tratamiento odontológico, la ansiedad varió, siendo en la mayoría (52.0%) leve. Al final del proceso, la ansiedad observada se mantuvo en leve en el mayor porcentaje de nuestras unidades de estudio (40.0%). Durante todo el proceso, casi ninguno de los niños no evidenció estar sin ansiedad.

GRÁFICO N° 4

COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS INTEGRANTES DEL GRUPO CONTROL, SEGÚN EL TEST DE IMÁGENES DE VENHAM Y LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE VENHAM

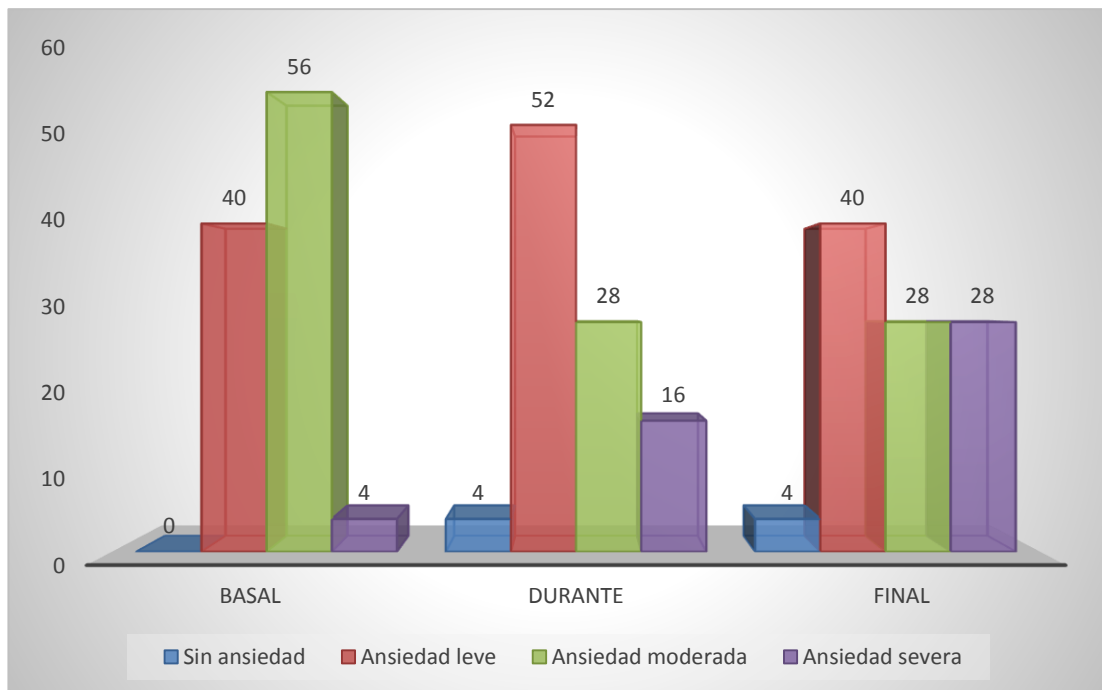


TABLA N° 5

COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS INTEGRANTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL SEGÚN EL TEST DE IMÁGENES DE VENHAM Y LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE VENHAM

Grupo Experimental Ansiedad	Medición					
	Basal		Durante		Final	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	0	0.0	13	52.0	20	80.0
Ansiedad leve	13	52.0	11	44.0	5	20.0
Ansiedad moderada	10	40.0	1	4.0	0	0.0
Ansiedad severa	2	8.0	0	0.0	0	0.0
Total	25	100.0	25	100.0	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

El grupo experimental estuvo conformado por los niños sobre los cuales se ha medido su nivel de ansiedad antes, durante y después de ser sometidos al tratamiento odontológico establecido para la investigación, además este grupo fue sometido a la intervención de la distracción audiovisual, que es motivo de nuestro estudio.

Antes de iniciar el tratamiento, la mayoría de los niños de este grupo (52.0%) evidenciaron una ansiedad leve, durante el tratamiento odontológico, la ansiedad disminuyó, observándose en la mayoría (52.0%) la ausencia de esta. Al final del tratamiento, el número de niños sin ansiedad se incrementó hasta casi la totalidad de ellos (80.0%).

GRÁFICO N° 5

COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS INTEGRANTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL SEGÚN EL TEST DE IMÁGENES DE VENHAM Y LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE VENHAM

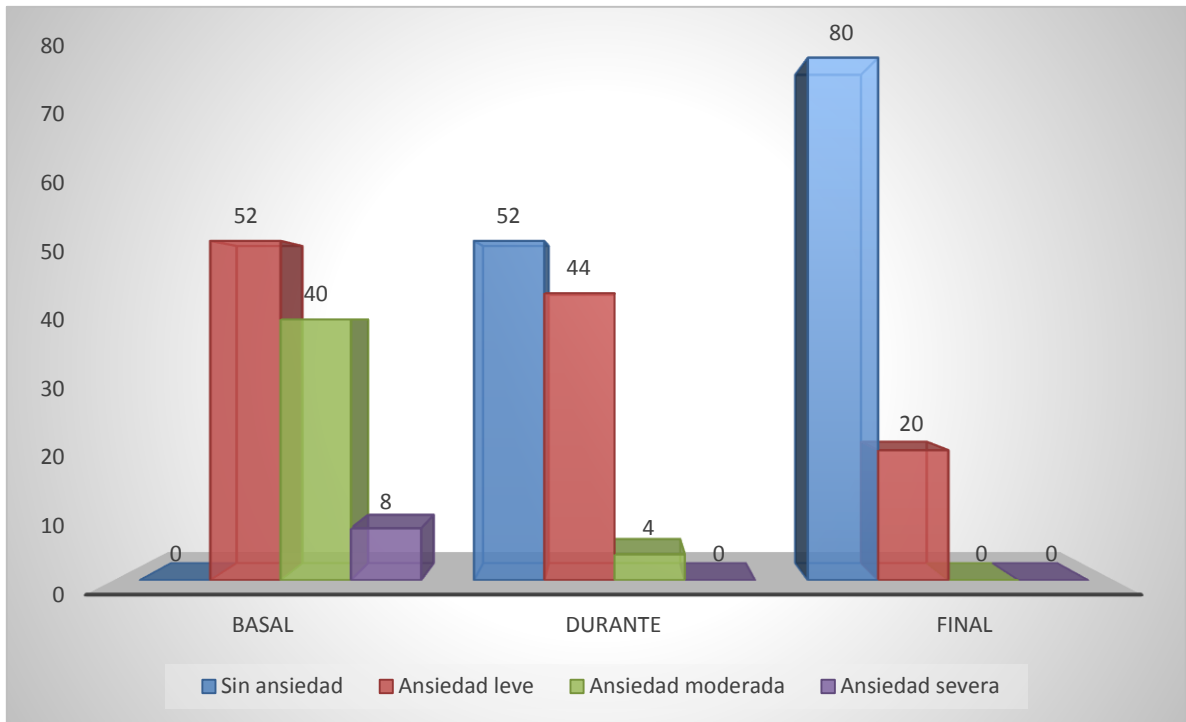


TABLA N° 6**COMPARACIÓN DE LA ANSIEDAD, DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE VENHAM**

Ansiedad Durante	Grupo de Estudio			
	Control		Experimental	
	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	1	4.0	13	52.0
Ansiedad leve	13	52.0	11	44.0
Ansiedad moderada	7	28.0	1	4.0
Ansiedad severa	4	16.0	0	0.0
Total	25	100.0	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 6 nos muestra la comparación llevada a cabo de la ansiedad en los niños, entre los que conformaron el grupo control y el experimental, durante el tratamiento odontológico.

Como se observa de los resultados obtenidos, los niños que fueron seleccionados para el grupo control, en su mayoría, evidenciaron un nivel de ansiedad leve (52.0%) en este momento de la medición, mientras que los niños que integraron el grupo experimental, es decir, que fueron sometidos a la intervención con la distracción audiovisual, en su mayoría, no presentaron ansiedad (52.0%).

GRÁFICO N° 6

COMPARACIÓN DE LA ANSIEDAD, DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE VENHAM

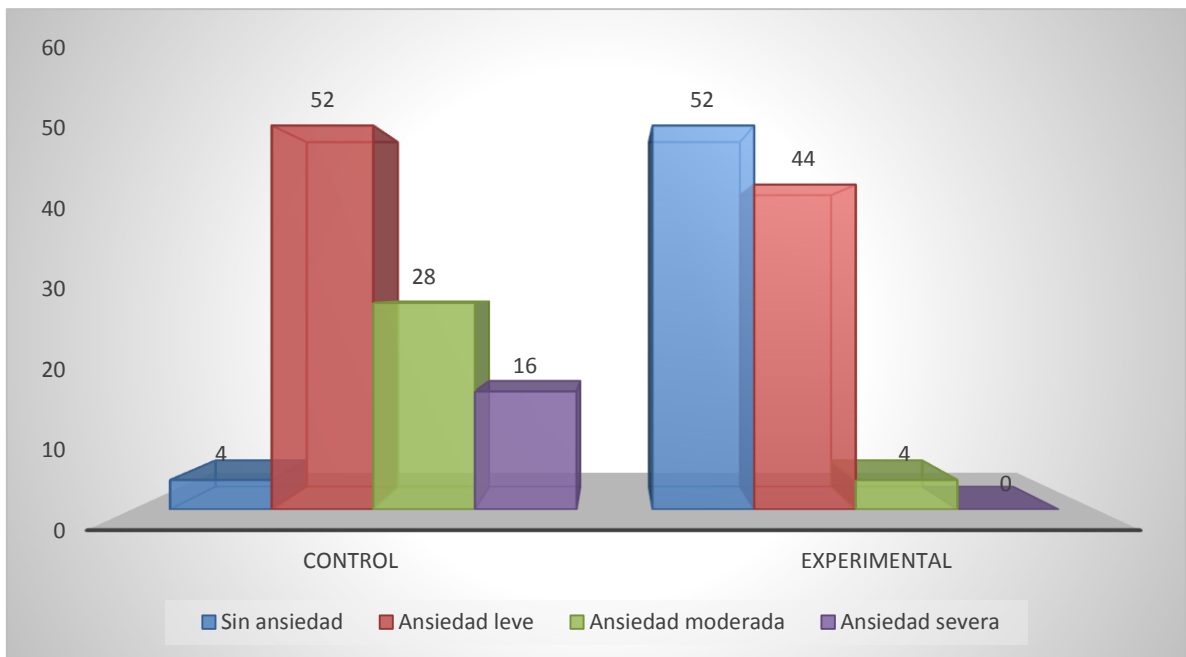


TABLA N° 7**COMPARACIÓN DE LA ANSIEDAD, DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE VENHAM**

Ansiedad Final	Grupo de Estudio			
	Control		Experimental	
	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	1	4.0	20	80.0
Ansiedad leve	10	40.0	5	20.0
Ansiedad moderada	7	28.0	0	0.0
Ansiedad severa	7	28.0	0	0.0
Total	25	100.0	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

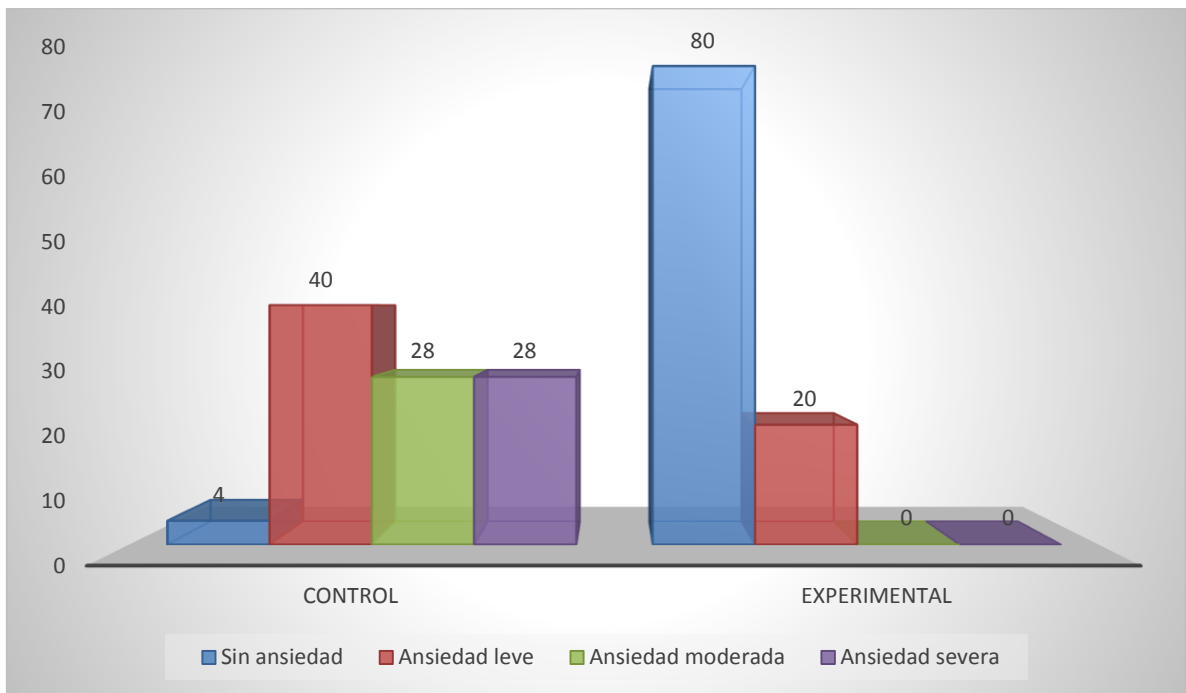
INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 7 nos presenta la comparación llevada a cabo entre los grupos control y experimental, conformado por niños de 5 a 8 años, respecto a la ansiedad evaluada al final del tratamiento odontológico llevado a cabo.

De acuerdo a la información obtenida, luego de realizada la evaluación, se puede apreciar que los niños que integraron el grupo control, en su mayor porcentaje (40.0%) evidenciaron un nivel de ansiedad considerado como leve, en tanto, los niños que integraron el grupo experimental, que fue expuesto a la distracción audiovisual, en su gran mayoría (80.0%) no se observó que existiera en ellos ansiedad.

GRÁFICO N° 7

COMPARACIÓN DE LA ANSIEDAD, DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN LA ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE VENHAM



5.2. ANÁLISIS INFERENCIAS, PRUEBAS ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICAS, NO PARAMÉTRICAS, DE CORRELACIÓN, DE REGRESIÓN U OTRAS

TABLA N° 8

PRUEBA DE MANN – WHITNEY PARA COMPARAR LA EDAD Y SEXO DE LOS NIÑOS ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

GRUPOS DE ESTUDIO	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
SEXO	0.321	1	0.778 (P ≥ 0.05) N.S.
EDAD	1.063	3	0.786 (P ≥ 0.05) N.S.

En la comparación llevada a cabo de la edad y sexo entre los niños de los dos grupos de estudio conformados, uno de control y el otro experimental, que fue sometido a la distracción audiovisual (Tablas N° 1 y 2), se aplicó la prueba estadística de Mann Whitney, la cual nos permite establecer si ambas variables se distribuyen homogéneamente entre estos dos grupos independientes entre sí, con la finalidad de demostrar que no van a interferir en los resultados correspondientes al efecto del estímulo que se va a aplicar.

Como se aprecia, según la prueba estadística aplicada, se ha demostrado que las diferencias encontradas respecto a la edad y sexo no son estadísticamente significativas, es decir, estas dos variables se distribuyen de manera igualitaria y homogénea entre los dos grupos de estudio, por tanto, no son consideradas como variables intervinientes en los resultados que se obtengan producto del estímulo aplicado en los niños que fueron motivo de investigación.

TABLA N° 9

PRUEBA DE MANN – WHITNEY PARA COMPARAR LA MEDICIÓN BASAL DE LA ANSIEDAD ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

GRUPOS DE ESTUDIO	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Medición Basal	1.391	2	0.499 ($P \geq 0.05$) N.S.

En la comparación llevada a cabo entre nuestros dos grupos de estudio, los cuales son independientes uno del otro, respecto de la medición basal de la ansiedad, es decir, antes de empezar con la experimentación, específicamente con la aplicación de la distracción audiovisual, se utilizó la prueba estadística de Mann Whitney, dada la naturaleza cualitativa – ordinal de nuestra variable respuesta (Tabla N° 3). La finalidad de este estudio estadístico es demostrar que ambos grupos tienen las mismas características respecto a esta variable.

Como se aprecia, según la prueba estadística desarrollada, hemos encontrado que las diferencias encontradas respecto a la ansiedad observada en este momento, entre los dos grupos de estudio, no fueron significativas, es decir, ambos grupos se distribuyen homogéneamente respecto a la ansiedad evaluada antes de iniciar con el proceso experimental, por tanto, podemos afirmar que empiezan en las mismas condiciones de trabajo, por tanto, pueden ser comparables en las mediciones posteriores.

TABLA N° 10

PRUEBA DE WILCOXON PARA EVALUAR EL COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS INTEGRANTES DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

ANSIEDAD	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Grupo Control	9.545	6	0.145 (P ≥ 0.05) N.S.
Grupo Experimental	42.859	6	0.000 (P < 0.05) S.S.

En la evaluación del comportamiento de la ansiedad en los niños tanto que conformaron el grupo control, como los que estuvieron en el experimental, a los cuales se les realizó la intervención a través de la distracción audiovisual, se aplicó la prueba estadísticas de Wilcoxon, la cual nos permite establecer si los cambios de los niveles de ansiedad a través del tiempo son, o en su defecto, no son significativas, esta prueba se utiliza en estos casos pues sirve para comparar una variable de naturaleza cualitativa en varios momentos en el mismo grupo de estudio (Tablas N° 4 y 5).

Como se aprecia, según la prueba estadísticas aplicada, no hemos encontrado diferencias significativas en el grupo control respecto a la ansiedad observada antes, durante y después del tratamiento odontológico llevado a cabo en estos niños, por tanto, en este grupo la ansiedad no sufrió mayores cambios a través del tiempo. Respecto al grupo experimental, las diferencias respecto a la ansiedad medida en los tres tiempos estudiados fueron significativas, es decir, en estos niños la ansiedad sufrió cambios que se vieron reflejados en su disminución, pues de tener ansiedad terminaron sin presentar este síntoma.

TABLA N° 11

PRUEBA DE MANN – WHITNEY PARA COMPARAR LA ANSIEDAD DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO

GRUPOS DE ESTUDIO	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Medición durante	18.952	3	0.000 (P < 0.05) S.S.
Medición final	32.857	3	0.000 (P < 0.05) S.S.

En la comparación llevada a cabo entre nuestros dos grupos de estudio (tanto control como experimental), los cuales son independientes uno del otro, respecto de las mediciones de la ansiedad durante y al final del tratamiento odontológico, se utilizó la prueba estadística de Mann Whitney, la cual se utiliza en estos casos pues la variable motivo de medición (ansiedad) es de naturaleza cualitativa – ordinal (Tablas N° 6 y 7). La finalidad de este estudio estadístico es demostrar cuál de los dos grupos es el mejor respecto a la ansiedad observada en estos dos tiempos evaluados.

Como se aprecia, según la prueba estadística desarrollada, hemos encontrado que las diferencias encontradas respecto a la ansiedad entre los dos grupos de estudio, tanto durante como después del tratamiento, fueron significativas, es decir, el grupo experimental evidenció menores niveles de ansiedad que el control, lo que demuestra que la aplicación de la distracción audiovisual fue efectiva para el control de la ansiedad.

5.3.COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS, TÉCNICAS ESTADÍSTICAS EMPLEADAS

HIPÓTESIS PRINCIPAL

Es probable que la técnica de distracción audiovisual disminuya el nivel de ansiedad en pacientes de 5 a 8 años que asisten a la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación (Tabla N° 11), procedemos a aceptar nuestra hipótesis principal, pues hemos encontrado que la distracción audiovisual es efectiva para reducir los niveles de ansiedad producidos durante la consulta odontológica en los niños que fueron motivo de investigación.

HIPÓTESIS DERIVADA

Es probable que la técnica de distracción audiovisual no tenga efecto en el nivel de ansiedad en pacientes de 5 a 8 años que asisten a la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 11), procedemos a rechazar la hipótesis derivada planteada, pues se ha demostrado que la distracción audiovisual es efectiva para el

tratamiento de la ansiedad en los niños que asisten a la consulta odontológica.

5.4. DISCUSIÓN

El manejo de los pacientes ansiosos es un reto de la práctica diaria, por ellos es fundamental la identificación de estos pacientes y la puesta en práctica de las técnicas apropiadas, por lo que es importante que el profesional pueda reconocer los diferentes factores que puedan afectar la conducta del niño en la consulta dental.

En esta investigación se usó una técnica de distracción audiovisual para los niños para ver si esta resultaba efectiva para controlar la ansiedad durante el tratamiento odontológico.

Se observa que, la ansiedad del grupo manejado con la técnica de distracción audiovisual antes y después del tratamiento odontológico en pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas mejoró después de la aplicación de dicha técnica donde los niveles de ansiedad llegaron a 80% sin ansiedad y 20% con ansiedad leve, esto concuerda con el estudio realizado por Ciriaiz Azurdia, Ericka Patricia¹ quien obtuvo como resultados que en la población examinada En las evaluaciones posteriores al tratamiento dental el 53.45% de la muestra señaló un nivel sin ansiedad, 31.03% ansiedad leve.

La ansiedad del grupo manejado con la técnica de distracción audiovisual antes durante y después del Tratamiento Odontológico en Pacientes Pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas peruanas, mejoró después de la aplicación de la técnica de distracción, esto concuerda con el estudio realizado por Quiroz Torres, Jenniffer; Melgar Hermoza, Rosa Ana³, con su artículo “Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia”, donde La técnica que mejor resultados da es la distracción audiovisual, debido a que la concentración de los niños (auditiva y visual) queda atrapada en la película o juego o imagen virtual que estén visualizando desconectándose totalmente del ambiente odontológico, esto coincide con

los resultados de la presente investigación donde los niños del grupo experimental reflejan una disminución de ansiedad considerable.

Se observa que, la ansiedad del grupo manejado con la técnica de distracción audiovisual antes y después del tratamiento odontológico en pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas mejoró después de la aplicación de dicha técnica donde los niveles de ansiedad llegaron a 80% sin ansiedad y 20% con ansiedad leve, esto concuerda con el estudio realizado por Díaz Arteaga Andy Jhayr⁴ donde su investigación

Influencia de la técnica de distracción audiovisual en el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán – 2016 mejoró después de la aplicación de dicha técnica, donde el 22,5% llegó a niveles de ansiedad leve, el 47,5% a niveles de ansiedad leve a moderado

Es necesario aplicar nuevas técnicas para el manejo de conducta del paciente pediátrico que sean acordes a los avances tecnológicos de nuestra era es por esto que los resultados obtenidos de esta investigación es la eficacia del uso del distractor audiovisual estando en total acorde con los resultados de Miñano Tasaico, Sandra Yesenia⁵ donde su investigación, efecto de la musicoterapia sobre los niveles de ansiedad en niños de 6 a 8 años sometidos a tratamiento de operatoria dental como resultados se obtuvo que los pacientes del grupo experimental que fueron sometidos a musicoterapia lograron disminuir la ansiedad de manera significativa esto demuestra que las técnicas para el manejo de conducta en pacientes odontopediátricos están siendo aceptado por dicha población.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : La técnica de distracción audiovisual si es efectiva en un 80% en el manejo de ansiedad en pacientes de 5 a 8 años de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas.
- SEGUNDA** : Se determinó que la ansiedad previa del grupo control fue de 56.0 % en ansiedad moderada y después del tratamiento dental fue de 52% en ansiedad leve así mismo la ansiedad previa del grupo experimental fue de 52% en ansiedad leve y después del tratamiento dental fue de 80% sin ansiedad con el Test de Imágenes de Venham.
- TERCERA** : Se determinó que la ansiedad durante el tratamiento dental del grupo control fue de 52% en ansiedad leve y del grupo experimental fue de 52% sin ansiedad con la Escala de Ansiedad de Venham.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Se sugiere a los odontólogos y a los alumnos de Estomatología el uso de técnicas alternativas en el manejo de conducta de pacientes pediátricos, que vayan de acuerdo a los avances que la nueva tecnología nos proporciona.
- SEGUNDA** : Se recomienda a los odontólogos y a los alumnos de Estomatología aplicar la técnica de distracción audiovisual durante el tratamiento odontológico en niños para poder reducir el nivel de ansiedad así mismo mejorar la calidad de atención y crear un entorno más confortable y llamativo para el paciente.
- TERCERA** : Se sugiere a los odontólogos y a los alumnos de Estomatología considerar estudios futuros sobre ansiedad con el uso del distractor audiovisual entre niños y niñas evidenciando si existen diferencias significativas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ciraiz Azurdia, Ericka Patricia. Nivel de ansiedad previo y posterior al tratamiento dental mediante el test de dibujos de Venham modificado en pacientes niños que asisten a la clínica dental de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 2015. Tesis para obtener el grado de Cirujana Dentista
2. Gallegos Prado, Karina Rocío. 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. Ecuador. 2016. Tesis para obtener el grado de Cirujana Dentista
3. Quiroz Torres Jenniffer, Melgar Hermoza Rosa Ana. Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: revisión sistemática. Revista Heridiana. 2012.
4. Díaz Arteaga Andy Jhayr. Influencia de la técnica de distracción audiovisual en el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán. Lima. 2016. Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista
5. Miñano Tasaico, Sandra Yesenia. Efecto de la musicoterapia sobre los niveles de ansiedad en niños de 6 a 8 años sometidos a tratamiento de operatoria dental clínica sonrisas. Arequipa. 2016. Tesis para obtener el grado de Cirujana Dentista
6. Miranda Barahona, Eduardo Alexander. Efecto de la técnica de distracción contingente con videojuegos en la ansiedad de pacientes de 6 a 9 años sometidos a maniobra de anestesia infiltrativa intraoral en la clínica polident mariano melgar. Arequipa. 2015. Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista

7. J. R. Boj, M. Catalá, C. García-Ballesta, A. Mendoza, P. Planells .ODONTOPEDIATRÍA LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO AL ADULTO JOVEN. 2º edición. Madrid. Editorial medica Ripano. 2011.
8. Bordoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado. Odontología Pediátrica la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ª edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2010.
9. E. Barbería Leach, J. R. Boj Quesada, M. Catalá Pizarro, C. Garcia Ballesta, A. Mendoza Mendoza. ODONTOPEDIATRÍA. S.A. 2º edición. España. MASSON. 2002.
10. Pinkham, Casamassimo, Fields, Mc Tigue, Nowak. ODONTOLOGIA PEDIÁTRICA. 3º edición. México. MCGRAW-HILL. 2001.
11. J.R. Boj, M. Catalá, C. García-Ballesta, A. Mendoza. Odontopediatria. 1º edición. España. Elsevier-Masson. 2005.
12. Doménech Luengo. Los secretos de la ansiedad. 1º edición. Espasa libros. Barcelona. 2015.
13. Ramos M, Almeida I. Por que cómo medir a ansiedad infantil no ambiente odontológico. Apresencaio do teste VPT modificado. JBP-Rev. ibero 2004
14. Venham L, Gaulin-Kremer E, Munster E. Interval Rating Scales for Children's Dental Anxiety and Uncooperative Behavior. American Academy of Pediatric Dentistry. 1980
15. Lazo, A., Ramos, R., & Mercado, P. Nivel de Ansiedad antes y después de un Tratamiento Odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. Revista Estomatológica del Altiplano.2014.
16. Corah, N., Galle, E., & Ilig, S. Assessment of a anxiety scale. JADA. 1978.
17. MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. ASDC J Dent Child .1982.

18. Magora F, Cohen S, Ram D. Audiovisual Introsedation with Video Eyeglasses Distraction Method in Pediatric Dentistry: Case History. J of international Dental and Medical Research. 2010.
19. Ingersoll BD, Nash DA, Blout RL. Distraction and contingent reinforcement with pediatric dental patients. ASDC J Dent Child.1984.
20. Mikala A, Howard M, Wallace D, Allen K. Use of Video Eyewear to Manage Distress in Children During Restorative Dental Treatment. Pediatric Dentistry. 2011.

ANEXOS

ANEXO N° 1: DOCUMENTACIÓN



003 - 0135615

SECRETARIA GENERAL
OFICINA DE GRADOS Y TITULOS

Señor: Hubert Salinas Pinto
Encargado E.P. Estomatología

Yo, Yasmin Ponce Charuacá
Identificado con DNI N° 73022861 Alumno(a) de la Escuela Profesional
de Estomatología código N° 203134221
Teléfono 973640797 Correo electrónico Yasminponce19@gmail.com

SOLICITO :

1. Constancia de no adeudar Libros a Biblioteca
2. Constancia de no adeudar dinero a la Universidad
3. Autenticar copia de Diploma de Bachiller
4. Ser declarado expedito: Bachiller... Título Profesional...
5. Obtención del Grado de Bachiller: Bachiller... Título Profesional...
6. Diploma y calografiado: Bachiller... Título Profesional...
7. Acogerme a la modalidad de: Tesis... Experiencia Laboral... Suficiencia...
8. Revisión de trabajo monográfico (modalidades de experiencia profesional)
9. Revisión de Plan de Investigación (modalidad de Tesis)
10. Designación de Director Asesor
11. Inscripción al curso de actualización (modalidad de suficiencia profesional)
12. Sustentación de Tesis (modalidad de Tesis)
13. Sustentación de informe o trabajo profesional
14. Fecha para sustentación de Tesis y/o Informe Profesional (segunda vez)

15. Otros (detallar) PERMISO PARA REALIZAR LA TESIS EXPERIMENTAL

Adjunto Recibo N° TÉCNICA DE DISTRACCIÓN AUDIO VISUAL PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTE DE ODONTOPEDIATRÍA DE 8 A 8 AÑOS EN LA CLÍNICA
Arequipa, 06 de Agosto del 2018



ESTOMATOLOGICOS DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FECHA DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE..
MG. HUBERT SALINAS PINTO
Firma

AREQUIPA: Mza. G, Lote 14 Cooperativa Daniel A. Carrión Arequipa Telf.: (054) 431-051
LIMA: Av. San Felipe N° 1109 - Jesús María, Lima - Perú. Teléfono: 266-0195, 470-0953 Fax: 470-9838
Website: <http://www.uap.edu.pe> E-mail: webmaster@uap.edu.pe

ANEXO Nº 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Nº	Grupo	Sexo	Edad	Ansiedad- antes	Ansiedad- durante	Ansiedad- después
1	1	F	7	2	2	2
2	1	F	8	2	1	1
3	1	F	6	2	3	4
4	1	F	8	2	2	2
5	1	F	6	3	3	4
6	1	M	8	2	2	2
7	1	F	6	2	2	2
8	1	M	5	3	4	4
9	1	M	7	3	3	2
10	1	M	6	3	2	2
11	1	M	5	2	2	4
12	1	M	7	3	2	3
13	1	F	5	3	2	3
14	1	F	6	3	3	3
15	1	F	5	4	4	4
16	1	M	7	3	4	4
17	1	F	8	2	2	3
18	1	M	5	3	3	3
19	1	M	6	2	2	2
20	1	F	7	3	2	2
21	1	M	5	3	4	4
22	1	M	7	3	2	2
23	1	M	7	3	3	3
24	1	F	6	2	2	2
25	1	M	5	3	3	3
26	2	M	8	3	1	1
27	2	F	8	2	1	1
28	2	F	5	3	2	2
29	2	F	5	2	1	1
30	2	F	7	2	1	1
31	2	M	7	2	3	1
32	2	F	6	2	2	1
33	2	F	8	3	1	1
34	2	M	7	2	2	1
35	2	M	5	2	1	1
36	2	M	6	4	2	2
37	2	M	7	2	1	1
38	2	M	5	3	2	2
39	2	M	7	2	1	1
40	2	M	7	2	2	1
41	2	M	5	3	2	2

42	2	M	8	3	1	1
43	2	F	5	3	2	1
44	2	F	8	2	1	1
45	2	F	5	4	2	2
46	2	F	6	2	1	1
47	2	F	7	3	1	1
48	2	F	6	3	2	1
49	2	F	7	2	1	1
50	2	F	5	3	2	1

Grupo 1: Grupo control

Grupo 2: Grupo experimental

Ansiedad:

- 1 sin ansiedad;
- 2 poca ansiedad;
- 3 ansiedad;
- 4 mucha ansiedad

ANEXO Nº 3: ESCALA DE CALIFICACIÓN DE ANSIEDAD DE VENHAM

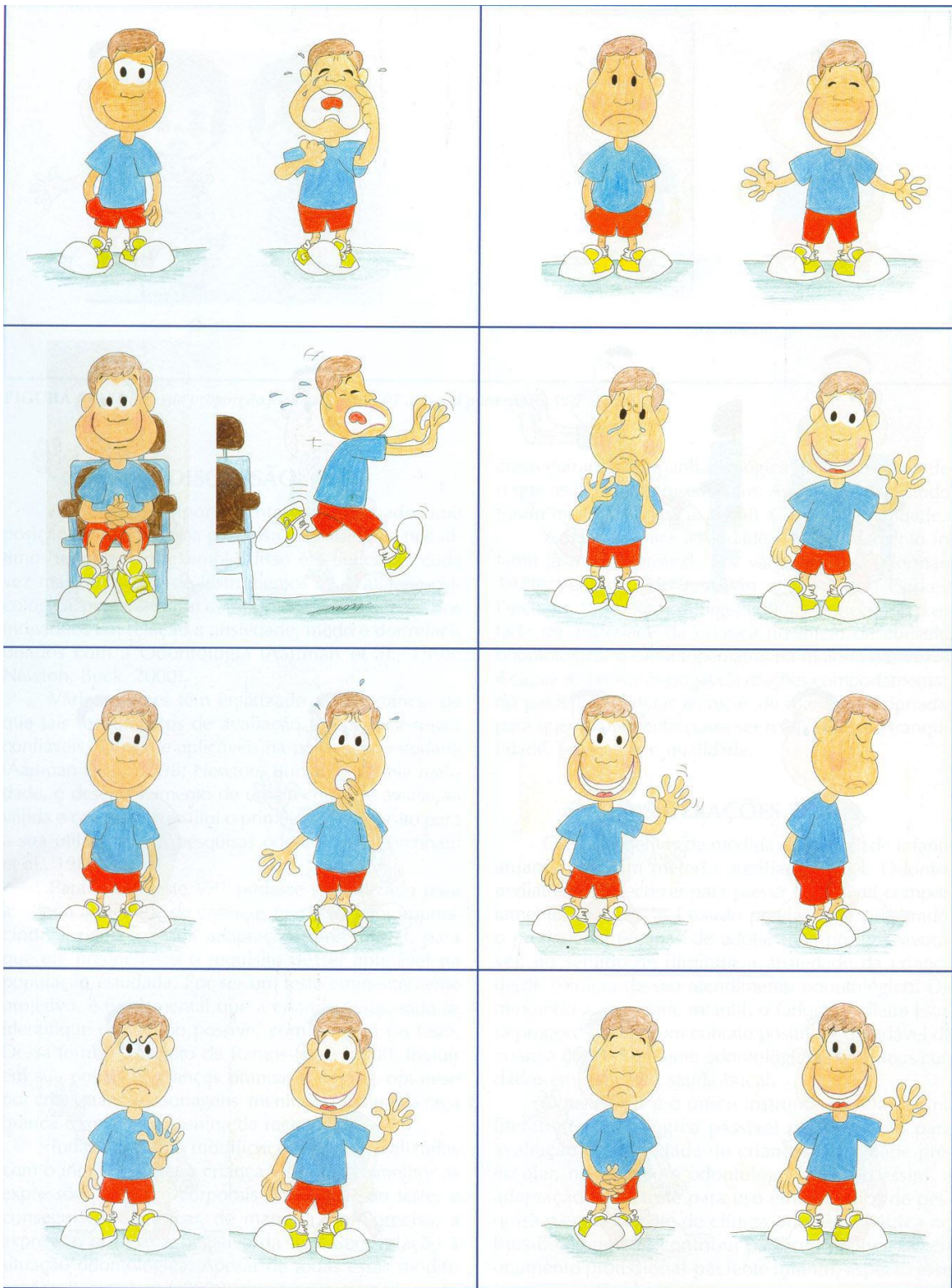
- 0: Relajado, sonriente, dispuesto y capaz de conversar.
- 1: Inquieto, preocupado. Durante el procedimiento estresante puede protestar brevemente y en voz baja para indicar disconformidad-fortaleza. Manos permanecen abajo parcialmente elevadas para señalar el malestar. Niño dispuesto y capaz de interpretar la experiencia a lo solicitado. La expresión facial tensa, puede tener lágrimas en los ojos.
- 2: Niño parece asustado. El tono de voz, las preguntas y respuestas reflejan la ansiedad. Durante el proceso está estresado, protesta verbal, (tranquilo) llorando, con las manos tensas y recogidas, (no interfiere mucho - puede tocar la mano o instrumento de dentista, pero no tirar de él). Niño interpreta situación con una precisión razonable y continúa trabajando para hacer frente a su ansiedad.
- 3: Muestra renuncia durante toda la situación, dificultad para evaluar correctamente la amenaza situacional. Se pronuncia con protesta verbal, llorando. El uso de las manos para tratar de detener el procedimiento. Protesta fuera de proporción con la amenaza. Reacciona ante la situación con gran renuencia.
- 4: La ansiedad interfiere con la capacidad para evaluar la situación. Generalmente llanto no relacionado con el tratamiento. El movimiento del cuerpo más prominente. El niño puede ser alcanzado a través de la comunicación verbal, y, finalmente, con renuencia y gran esfuerzo que él o ella empieza el trabajo de hacer frente a la amenaza.
- 5: Niño fuera de contacto con la realidad de la amenaza. Gran clamor general, incapaz de escuchar a la comunicación verbal, no hace ningún esfuerzo para hacer frente a la amenaza. Participa activamente en el comportamiento de escape. Restricción física necesaria.

ANEXO Nº 4: TEST DE IMÁGENES DE VENHAM



0- 2	3-4	5-7	8
Sin ansiedad	Poca ansiedad	Con ansiedad	Mucha ansiedad

ANEXO Nº 5: TEST DE IMÁGENES DE VENHAM



0-2	3-4	5-7	8
Sin ansiedad	Poca ansiedad	Con ansiedad	Mucha ansiedad

ANEXO Nº 6: MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sexo.....Edad.....Distractor audiovisual.....

Test de imágenes de Venham	X
0-2: Sin ansiedad	
3-4: Poca ansiedad	
5-7: Con ansiedad	
8: Mucha ansiedad	

Escala de Ansiedad de Venham	X
0: Sin ansiedad /total cooperación	
1: Inquieto/ preocupado	
2: Niño asustado/ no interfiere	
3: Llanto/ protesta verbal	
4:Gran esfuerzo para trabajar con él	
5:Mucha ansiedad/ no cooperación	

Test de imágenes de Venham	X
0-2: Sin ansiedad	
3-4: Poca ansiedad	
5-7: Con ansiedad	
8: Mucha ansiedad	

ANEXO Nº 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento es el consentimiento informado que deberá firmar usted para autorizar su participación y la de su niño(a) en la presente investigación titulada:

TÉCNICA DE DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES DE ODONTOPEDIATRÍA DE 5 A 8 AÑOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, 2018, conducida por la Bachiller Yasmin Ponce Chancuaña. El objetivo de esta investigación es determinar el efecto de la técnica del distractor audiovisual en el manejo de la ansiedad frente al tratamiento odontológico realizado.

La participación del niño/a consistirá en realizar 2 Test de Imagen de Venham que uno se realizara antes del tratamiento y el otro después del tratamiento realizado.

La participación en esta investigación es confidencial y voluntaria. Los datos recogidos no se usaran para ningún otro propósito fuera de los de la investigación.

Las respuestas al test serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, siendo anónimas.

Si tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente puede retirarse de él, en cualquier momento, sin que eso lo perjudique de alguna forma.

Yo _____ que me identifico con número de DNI _____ Autorizo a mi menor hijo/a _____ para que participe en la investigación antes mencionada.

Firma del padre: _____ Fecha: __/__/__

Firma del investigador: _____

ANEXO Nº 8: ASENTIMIENTO INFORMADO

Voy a realizar un estudio para ver si estás nervioso antes de que tu doctor te atienda.

Pido tu colaboración para así poder ayudarte. Lo que haremos es enseñarte una hoja con dibujos en 8 cuadros y en cada uno me mostrarás con tu dedo el dibujo que me diga cómo te estás sintiendo en éste momento.

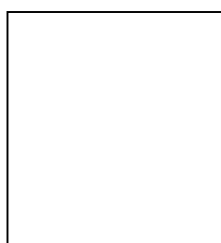
Si aceptas participar te mostraré la hoja con los dibujos.

Si no deseas participar, puedes decírmelo, nadie se va a enojar contigo si no quieres que te enseñe la hoja. Recuerda que nadie te puede obligar.

Si aceptas participar me dirás tu nombre completo y pondrás tu huella digital, quiere decir que marcarás tu dedo con la tinta que te indicaremos y lo colocaras en el recuadro señalado.

Nombre del niño: _____ Fecha: __/__/__

Huella digital:



Nombre del entrevistador: _____

Firma _____ Fecha: __/__/__

ANEXO Nº 9: SECUENCIA FOTOGRÁFICA





