



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

TESIS

**EFICACIA DEL MANEJO DE CONDUCTA BASADO EN
MUSICOTERAPIA VERSUS MÉTODO CONVENCIONAL
APLICADO POR LOS ALUMNOS DE LA CLÍNICA DOCENTE
ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA II DURANTE LOS
TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS EN LOS NIÑOS DE 6 A
8 AÑOS, UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS LIMA,
OCTUBRE DE 2016**

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

Bachiller Flor de Maria Lissett Reyes Fuentes

Lima-Perú

2016

A Dios, que me dio la oportunidad de vivir día a día y regalarme una familia maravillosa

A mis padres Luis y Luzmila que durante mis años de vida, se han dedicado a velar por mí, mis estudios, salud, desarrollo emocional y profesional; sin ellos no hubiese podido llegar hasta donde estoy el día de hoy

A mi hermano, por brindarme su apoyo incondicional en el proceso de constante esfuerzo por superarme.

Agradecimientos

A CD. ESP. Juan Eduardo Aguilar Pasapera por su paciencia, dedicación, consejos y motivación para avanzar y culminar mi trabajo con éxito. Además por ser parte de mí desarrollo personal y profesional. Gracias por su valiosa ayuda y dedicación en la realización de este estudio.

A Wilber Arturo Hernández Purizaca, por su apoyo incondicional durante todo el tiempo de estudio, y día a día.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

12

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1	Descripción de la realidad problemática	14
1.2	Delimitación de la investigación	
1.1.1	Delimitación espacial	15
1.1.2	Delimitación social	15
1.1.3	Delimitación temporal	16
1.3	Problema de investigación	16
1.3.1	Problema principal	16
1.3.2	Problema secundario	16
1.4	Objetivo de la investigación	16
1.4.1	Objetivo general	16
1.4.2	Objetivo específico	17
1.5	Hipótesis de la investigación	17
1.5.1	Hipótesis general	17
1.5.2	Hipótesis secundaria	17
1.6	Identificación y clasificación de variables e indicadores	18
1.6.1	Variables	18
1.6.2	Operacionalización de variables	19
1.7	Metodología de la investigación	20
1.7.1	Tipo y nivel de investigación	20
1.7.2	Método y diseño de la investigación	21
1.8	Población y muestra de la investigación	22
1.9	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	24
1.10	Justificación e importancia de la investigación	28

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes de la investigación	29
2.2	Bases teóricas	37
2.2.1	Ansiedad	37
2.2.1.1	Signos y síntomas	39
2.2.1.2	Características de la ansiedad según el sistema STAIC	40
2.2.1.3	Tipos de ansiedad	40
2.2.1.4	Niveles de ansiedad	42
2.2.1.5	Prevención de la ansiedad en el tratamiento odontológico	43
2.2.1.6	Técnicas de evaluación de la ansiedad odontológica	44
a.	Evaluación de la ansiedad a través de respuestas fisiológicas	44
b.	Evaluación de la ansiedad a través de técnicas proyectivas	44
2.2.2	Conducta del paciente odontopediátrico	46
2.2.2.1	Desarrollo psicosocial del niño (edad escolar)	46
2.2.2.2	Factores que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica	46
2.2.3	Clasificación del niño según Frankl	47
2.2.3.1	Definitivamente negativo	47
2.2.3.2	Negativo	47
2.2.3.3	Positivo	48
2.2.3.4	Definitivamente positivo	48
2.2.4	Manejo de conducta no convencional	48
2.2.4.1	Musicoterapia	48
a.	Los efectos biológicos de la musicoterapia	49
b.	Aplicaciones clínicas	49
c.	La musicoterapia en odontología	50
d.	La musicoterapia como medio tranquilizante en niños	51
e.	Musicoterapia clínica	51

2.2.5	Manejo de conducta convencional	52
2.2.5.1	Técnicas comunicativas más usadas	52
a.	Lenguaje pediátrico	52
b.	Distracción	53
c.	Control de voz	53
d.	Decir-mostrar-hacer	54
e.	Mano sobre boca	54
2.6	Satisfacción, aceptabilidad del tratamiento	55
2.6.1	Satisfacción del paciente	55
2.7	Tratamiento restaurativos	56
2.7.1	Restauración con ionómero de vidrio	56
2.8	Definición de términos básicos	57
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		
3.1.	Análisis de tablas y gráficos	58
3.2.	Discusión	80
3.3.	Conclusiones	84
3.4.	Recomendaciones	85
3.5.	Fuentes de información	

ANEXOS

Anexo 1:	Matriz de Consistencia
Anexo 2:	Consentimiento Informado
Anexo 3:	Ficha de recolección de datos
Anexo 4:	Entrevista dirigido a los pacientes
Anexo 5:	Cuestionario para el niño
Anexo 6:	Carta de presentación
Anexo 7:	Fotos del Estudio

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla N.º1: Edad de los participantes del grupo experimental	58
Tabla N.º2: Sexo de los participantes del grupo experimental	59
Tabla N.º3: Edad de los participantes del grupo control	60
Tabla N.º4: Sexo de los participantes del grupo control	61
Tabla N.º5: Tabla cruzada de nivel de satisfacción	62
Tabla N.º6: Tabla de prueba de chi-cuadrado del nivel de Satisfacción	64
Tabla N.º7: Tabla cruzada de la pregunta n°1 frente al grupo de estudio	64
Tabla N.º8: Tabla cruzada de la pregunta n°2 frente al grupo de Estudio	66
Tabla N.º9: Tabla cruzada de la pregunta n°3 frente al grupo de Estudio	67
Tabla N.º10: Tabla cruzada de la pregunta n°4 frente al grupo de Estudio	69
Tabla N.º11: Tabla cruzada de la pregunta n°5 frente al grupo de Estudio	70
Tabla N.º12: Tabla cruzada de la Escala de imagen facial antes y después del estudio	72

Tabla N.º13: Tabla cruzada de la toma de pulso antes y después del estudio	74
Tabla N.º14: Tabla cruzada de la Escala de imagen facial antes del estudio	75
Tabla N.º15: Tabla cruzada de la toma de pulso antes del estudio	76
Tabla N.º16: Tabla cruzada de la Escala de imagen facial después del estudio	77
Tabla N.º17: Tabla cruzada de la toma de pulso después del estudio	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico N.º1: Edad de los participantes del grupo experimental	59
Gráfico N.º2: Sexo de los participantes del grupo experimental	60
Gráfico N.º3: Edad de los participantes del grupo control	61
Gráfico N.º4: Sexo de los participantes del grupo control	62
Gráfico N.º5: Gráfico del nivel de satisfacción del grupo de estudio	63
Gráfico N.º6: Gráfico de la pregunta nº1 frente al grupo de estudio	65
Gráfico N.º7: Gráfico de la pregunta nº2 frente al grupo de estudio	67
Gráfico N.º8: Gráfico de la pregunta nº3 frente al grupo de estudio	68
Gráfico N.º9: Gráfico de la pregunta nº4 frente al grupo de estudio	69
Gráfico N.º10: Gráfico de la pregunta nº5 frente al grupo de estudio	71
Gráfico N.º11: Gráfico de la Escala de imagen facial antes del estudio	76
Gráfico N.º12: Gráfico de la toma de pulso antes del estudio	77
Gráfico N.º13: Gráfico de la Escala de imagen facial después del Estudio	78
Gráfico N.º14: Gráfico de la toma de pulso después del estudio	79

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la eficacia del manejo de conducta basada en musicoterapia versus método convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en los niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016. La población fue de 62 niños, por medio de la técnica no probabilística por conveniencia, la muestra fue de 50 niños de seis a ocho años de edad, con lesiones cariosas en esmalte que no requieran de anestesia, en molares deciduas superiores o inferiores que necesiten restauración con ionómero de vidrio. La muestra fue distribuida en dos grupos de 25 niños, donde a uno se les realizó el tratamiento restaurativo con musicoterapia (grupo experimental) y a los otros se les realizó el tratamiento sin musicoterapia (grupo control). La relación que tuvo con la ansiedad fue medida con una Escala de Imagen Facial (FIS) y la toma del signo vital (pulso), medidos antes y después del tratamiento dental. Los resultados fueron que el grupo experimental presentó el 100% (25 pacientes) de satisfacción en comparación con el grupo control, donde el 88% (22 pacientes) presentó una satisfacción regular y solo el 12% (tres pacientes) estuvieron satisfechos con esta técnica. Mediante la prueba de ChiCuadrado (X^2) de Pearson se encontró diferencias significativas ($p \leq 0.05$). En la ansiedad, el grupo experimental presentó 12 pacientes con ansiedad moderada severa; disminuyendo en un 83,3% (10 pacientes) a ansiedad leve a moderada, 16.6% (dos pacientes) a ansiedad moderada y leve. Mientras que el grupo control de 11 pacientes que presentaron ansiedad moderada, el 18,2% (dos pacientes) se mantuvieron y el 81,8% (nueve pacientes) disminuyeron su ansiedad a leve y leve a moderada. Por otro lado, en el pulso, el grupo experimental el 84% (18 pacientes) disminuyó después del estudio. Mientras que el grupo control el 24% (seis pacientes) aumentó su pulso después del estudio. Por lo tanto, se concluye que la musicoterapia es eficaz como manejo de conducta frente a un tratamiento restaurativo y que los niveles de ansiedad disminuyen después de ser sometidos a esta técnica.

Palabras clave: Musicoterapia, pulso, escala de imagen facial, tratamiento restaurativo, ansiedad.

ABSTRAC

The present study aimed to determine the efficacy of behavioral management based on music therapy versus conventional method applied by the students of the Pediatric Stomatological Clinic II during restorative treatments in children aged six to eight years, Alas Peruanas University-Lima, October. The population was 62 children, using a non-probabilistic technique for convenience. The sample consisted of 50 children, six to eight years of age, with enamel caries lesions that do not require anesthesia, in higher deciduous molars, or Which need restoration with glass ionomer. The sample was distributed in two groups of 25 children, where one was given the restorative treatment with music therapy (experimental group) and the others were treated without music therapy (control group). The relationship she had with anxiety was measured with a Facial Image Scale (FIS) and the vital sign (pulse), measured before and after dental treatment. The results were that the experimental group presented 100% (25 patients) satisfaction compared to the control group, where 88% (22 patients) had a regular satisfaction and only 12% (three patients) were satisfied with this technique . Pearson's Chi-square test (χ^2) found significant differences ($p \leq 0.05$). In anxiety, the experimental group had 12 patients with moderate severe anxiety; Decreasing in 83.3% (10 patients) to mild to moderate anxiety, 16.6% (two patients) to moderate and mild anxiety. While the control group of 11 patients who presented moderate anxiety, 18.2% (two patients) were maintained and 81.8% nine patients) decreased their anxiety to mild and mild to moderate. On the other hand, in the pulse, the experimental group 84% 18 patients decreased after the study. While the 24% control group increased their pulse after the study. Therefore, it is concluded that music therapy is effective as a behavior management against a restorative treatment and that anxiety levels decrease after being subjected to this technique.

Keywords: Music therapy, pulse, facial image scale, restorative, treatment, anxiety.

INTRODUCCIÓN

El miedo y la ansiedad frente a la consulta o al tratamiento dental, son complicaciones comunes en niños y en algunos casos en adolescentes. La mayoría de veces, el niño relaciona la ansiedad y el miedo con el dolor. Las modernas y diversas técnicas que se utilizan en la actualidad, si bien es cierto no ha anulado por completo el componente doloroso, pero si ha reducido a niveles de tolerancia aceptable. Sin embargo la ansiedad puede causar una hipersensible a los pacientes frente a estímulos ejercidos sobre su propio cuerpo o, incluso sobre sus dientes.^{2,3,6}

El manejo de conducta sobre los niños es un aspecto importante durante los procedimientos dentales, es por eso; que en la actualidad, se hace uso de una variedad de técnicas, para manejar la conducta del paciente en el consultorio. Pudiendo ser de tipos farmacológicas y no farmacológicas, teniendo en cuenta que dentro de ellas existe una variedad de tipos. Si bien es cierto también tenemos la clasificación de los no convencionales donde tenemos como novedad a la musicoterapia.^{3,14}

La musicoterapia se ha usado para diversos tratamientos de la salud pública y dental, usándose de manera pasiva, activa o pasiva y activa a la vez, mostrando un mínimo resultado de ansiedad en estudios antiguos. Por lo mismo, en ésta tesis de investigación se ha considerado muy importante, evaluar la eficacia del manejo de conducta basado en musicoterapia versus método convencional aplicado por los alumnos de la clínica docente estomatológica pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en los niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas Lima, octubre de 2016.¹⁴

A esto le adicionaremos la preocupación que se tiene por disminuir la ansiedad en el tratamiento dental y aumentar la satisfacción; se considera también que el odontólogo tratante al encontrar al niño menos tensionado podrá realizar el tratamiento en menor tiempo y con mayor colaboración del niño.⁶

El análisis de los resultados evidencia, que la aplicación de musicoterapia antes y después del tratamiento restaurador, reduce la ansiedad del niño, el cual podemos

decir que la técnica es eficaz en la continuidad de la atención odontopediátrico, de los niños que acudieron a la clínica docente estomatológica pediátrica II.

Los niños pasan una serie de etapas físicas y mentales propias del proceso de desarrollo, con una variedad de patrones de conducta y reacciones, que claramente se diferencian. Los niños de seis a ocho años crecen en tres etapas diferentes; mentales, físicas y emocionales, la conducta depende de la interacción de estas tres etapas de crecimiento; si cualquiera de ellas se altera, acelera o incluso retarda, la conducta se puede ver afectada y alterada.⁶

La atención profesional por parte del odontólogo, es relacionado con el dolor y el trauma psicológico post operatorio. Siendo una principal causa, la transmisión de miedo y ansiedad de padres a hijos, o de generación a generación. El profesional odontólogo, se encuentra en la obligación de conocer y manejar todo aspecto psicológico negativo tan pronto se presente en dichos menores de edad; reflejando una actitud de seguridad, capacidad frente a estos pacientes.^{3,4,6,14}

En los últimos años la resultante de aplicar la técnica de musicoterapia ha ido mermando, el éxito de sus resultados debido a que los niños ponen más atención a la música. El presente estudio propone realizar el manejo de conducta en niños haciendo uso de la musicoterapia; con el fin de lograr mejores niveles de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico; el cual ayudara a condicionar y corregir conductas negativas como ansiedad o miedo.⁶

Con el objetivo, de atender al niño de la mejor manera. Mediante esta solución, se espera incrementar la posibilidad de contar con la cooperación y aceptación del niño en las siguientes citas y/o experiencias odontológicas.⁶

En efecto si se lograrán resultados conductuales positivos, se podrá concluir que la propuesta de manejo de la conducta con musicoterapia es eficaz para lograr la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico de los pacientes de seis a ocho años de edad.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El tratamiento odontológico, el personal auxiliar, el ambiente odontológico, la actitud del operador, la actitud de los padres y los ruidos, durante la atención odontológica; pueden generar en el paciente odontopediátrico ansiedad, miedo, molestias y en muchos casos cambios psicofisiológicos; y, esto hace que el niño presente una actitud inadecuada, e inclusive que la intervención del profesional durante la atención dental y la adherencia al tratamiento no sea óptima, de tal manera que si se quiere mejorar la salud oral sería necesario considerar y manejar dicho factor.

Los profesionales de la salud oral deben crear una relación y clima de confianza, para mejorar la respuesta frente a la consulta odontológica. También se debe tener en cuenta que hay muchos niños que han tenido experiencias odontológicas desagradables, lo cual crea un ambiente tenso, intranquilo e inestable, es por eso, que en odontopediatría se han desarrollado técnicas para mejorar dichas condiciones, siendo las convencionales refuerzo positivo, refuerzo negativo, distracción y en algunos casos la técnica de inmovilidad como mano sobre boca etc., que en ocasiones no logran los resultados esperados. Frente a ello se han intentado diversos métodos alternativos entre los que destaca la musicoterapia.

En la musicoterapia, se utiliza sonidos musicales, instrumentales, diferentes ritmos y melodías. Con el objetivo de brindar apoyo emocional, lograr que el paciente se relaje causando una distracción, captando la atención hacia la música y así poder lograr indirectamente una distracción de los estímulos externos como el sonido o estímulos que provoquen dolor.

El miedo, la ansiedad es parte del desenvolvimiento infantil; el principal problema de conducta en niños que acudieron a la Clínica Estomatológica pediátrica II.

Llegó a hacer hasta 32 niños por aula, ocho por módulo; donde muchas veces al operador las técnicas convencionales no fueron suficientes para el manejo de los pequeños.

De acuerdo con el propósito del presente estudio se observaron niños entre seis y ocho años, quienes generalmente tenían miedo o ansiedad antes de ingresar a la consulta. Así mismo la cultura y sus familiares hacen que el interés por la salud dental sea bajo y los temores altos.

Frente a tal realidad problemática, se realizó una investigación que tuvo como fin determinar la eficacia del manejo de conducta basado en musicoterapia versus manejo convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II; dando una nueva propuesta de manejo de conducta apoyada por musicoterapia a fin de lograr mayores niveles de satisfacción y aceptabilidad de los tratamientos odontológicos. De esta forma se ofreció una alternativa a los estudiantes y estomatólogos para implementar una técnica de atención a los niños que acudan a consulta estomatológica.

1.2 Delimitación de la investigación

Para delimitar el problema de investigación es necesario tener en cuenta los aspectos: social, espacial y temporal; realizándose un resumen en base a nuestra problemática.

1.2.1 Delimitación espacial: El ámbito de desarrollo de la presente investigación correspondió a la población asistente a la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II, de la Universidad Alas Peruanas-Lima.

1.2.2 Delimitación social: Las unidades de investigación estuvieron conformados por los niños de seis a ocho años de edad con un grado

de comportamiento leve y moderado, que tuvieron las características correspondientes de los criterios de inclusión y exclusión.

- 1.2.3 Delimitación temporal:** La información de la investigación se obtuvo en el mes de octubre del año 2016.

1.3 Problema de investigación

1.3.1 Problema principal

- ¿Es más eficaz la técnica de manejo de conducta basada en musicoterapia que el método convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en los niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016?

1.3.1 Problemas secundarios

- ¿Cuál es la eficacia de la propuesta del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante un tratamiento restaurativo en niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016?
- ¿Cuál es la eficacia del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a su ansiedad durante los tratamientos restaurativos en niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016?

1.4 Objetivo de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- Determinar la eficacia del manejo de conducta basada en musicoterapia versus método convencional aplicado por los alumnos

de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en los niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016.

1.4.2 Objetivo específicos

- Evaluar la eficacia de la propuesta del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante un tratamiento restaurativo en niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016.
- Evaluar la eficacia del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a su ansiedad durante los tratamientos restaurativos en niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016.

1.5 Hipótesis de la investigación

1.5.1 Hipótesis general

- La técnica de manejo de conducta basado en musicoterapia es más eficaz en comparación con el método convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016

1.5.2 Hipótesis específicas

- La eficacia de la propuesta del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante un tratamiento restaurativo en niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016 es alto.

- La eficacia del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a su ansiedad durante los tratamientos restaurativo en niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre de 2016 es alto.

1.6 Identificación y clasificación de variables e indicadores

1.6.1 Variables

- Variable independiente: (X)
 - Manejo de conducta
- Variable dependiente: (Y)
 - Musicoterapia versus método convencional
- Co-variables:
 - Pulso
 - Sexo
 - Edad
 - Ansiedad

1.6.2 Operacionalización de las variables:

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala	Tipo	Instrumento de medida
Técnica manejo de conducta	Todas aquellas acciones en las que los especialistas y padres se involucran para aumentar la probabilidad de que los individuos en forma individual o grupo desarrollen conductas efectivas que sean e lo personal auto satisfactorias, productiva y socialmente aceptables.	Musicoterapia	Satisface Regular Insatisface	Nominal	Cualitativa	Test de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento adaptado de Tarnowski y Simonian
		Método convencional	Satisface Regular Insatisface	Nominal	Cualitativa	Test de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento adaptado de Tarnowski y Simonian
Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala	Tipo	Instrumento de medida
Pulso	Latido intermitente de las arterias, que se percibe en varias partes del cuerpo y especialmente en la muñeca	Pulso	Disminuido (< 70) Normal (70 a 110) Aumentado (>110)	Ordinal Continua	Cualitativo Cuantitativo	Cuestionario Oxímetro
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Sexo	Masculino Femenino	Nominal	Cualitativo	Ficha de Observación y datos
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Edad	6 años 7 años 8 años	Nominal	Cualitativo	
Ansiedad	La ansiedad es un estado emocional que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales	Ansiedad	Ansiedad leve Ansiedad leve a moderada Ansiedad Moderada Ansiedad de moderada a severa Ansiedad severa	Nominal	Cualitativo	

Fuente: Elaborado por el responsable de la investigación

1.7 Metodología de la investigación

1.7.1 Tipo y nivel de investigación

Tipo de investigación:

- Según Mario Bunge, la presente investigación es de tipo aplicada, donde tuvo como objetivo crear una nueva tecnología a partir de los conocimientos adquiridos a través de la investigación estratégica para determinar si éstos pueden ser útilmente aplicados con o sin mayor refinamiento para los propósitos definidos. Creando una nueva alternativa para el manejo de conducta en la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II.²
- Según Hernández Sampieri, la presente investigación es de tipo Experimental porque se manipuló deliberadamente las variables. Es decir, se trató de un estudio donde variamos en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.¹

Nivel de investigación:

- Cuasiexperimental: Para Hernández Sampieri al diseño cuasi experimental manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes.¹

Por ello se realizó el estudio en base a un grupo de control y un grupo experimental donde se observó y comparó de acuerdo a las respuestas, la satisfacción del niño al

tratamiento odontológico y la propuesta innovadora de manejo de conducta con musicoterapia.

1.7.2 Método y diseño de la investigación

Método de la investigación:

- Cuantitativo, porque se recogió y analizó los datos cuantitativos sobre variables, mediante el empleo de entrevistas, fichas y cuestionario.

Diseño de la investigación

La siguiente investigación será de tipo Cuasiexperimental, donde se manipulará deliberadamente las variables. Es decir, se trata de estudios donde variamos en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.¹

n1	TP ₁	X	TP ₂
n2	TP ₃	—	TP ₄

Leyenda:

- .n1= Grupo Experimental
- .n2= Grupo Control
- TP1= Medida de pulso pre procedimiento al grupo experimental
- X= Población expuestos a musicoterapia
- TP2= Medida de pulso post procedimiento al grupo experimental
- TP3= Medida de pulso pre procedimiento al grupo control
- (-) = Población expuesta al manejo de conducta convencional
- TP4= Medida de pulso post procedimiento al grupo control

1.8 Población y muestra de la investigación

1.8.1 Población

a. Como el criterio de selección para la muestra fue para poder determinar la eficacia del manejo de conducta con musicoterapia o con el método convencional, debido a ciertas limitaciones de la muestra los datos poblacionales no presentan los esquemas correspondientes para una ecuación de población finita, por tal razón el método seguido es no probabilístico intencional, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Los niños para que hayan sido incluidos en el estudio tuvieron una edad cronológica de seis a ocho años. Excluyéndose a los niños mayores o menores a estas edades.
- Del total de módulos que habían en cada sección se seleccionó solo a dos secciones, la cual presto las facilidades para el desarrollo del estudio.
- De las dos secciones seleccionadas, habían 62 niños, la cual 50 presentaron las características adecuadas para el estudio.

1.8.2 Muestra

a. Finalmente, de los 50 niños incluidos en las exigencias del muestreo intencional de las dos secciones, fueron distribuidos aleatoriamente formándose dos grupos equitativos uno denominado experimental y el otro denominado control.

De esta manera la muestra quedo constituido por 25 del grupo experimental y 25 del grupo control.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes pediátricos donde los padres hayan leído y firmado correctamente el consentimiento informado.
- Pacientes pediátricos de seis a ocho (niños y niñas).
- Pacientes con requerimiento de manejo de conducta leve y moderada.
- Pacientes pediátricos con aparente buen estado de salud físico y mental.
- Pacientes que solo necesiten restauraciones simple con ionómero de vidrio
- Pacientes que requieran restauraciones de una sola superficie (oclusal, vestibular o palatina) en molares deciduas superiores e inferiores.
- Pacientes con caries en esmalte que no requieran de anestesia
- Tiempo límite máximo de 30 minutos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes pediátricos que no estén dentro de los criterios de inclusión.
- Pacientes que presenten alguna complicación o trato médico especial.
- Pacientes que no deseen participar en la investigación.
- Pacientes que sus padres o apoderados no hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes que no requieran de manejo de conducta durante la atención odontológica.

1.9 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

Técnica

- **Observacional y entrevista estructurada**

a. Observacional

Porque se realizó la observación de la reacción del niño frente al manejo de comportamiento convencional y de musicoterapia con una ficha de datos.

b. Entrevista estructurada

Se empleó una entrevista a los niños, y adicional un cuestionario para que cada uno responda al evaluador que estuvo encargado en el estudio. Además para saber el grado de satisfacción según el Test de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento de Tamowski y Simonian.

Instrumentos

- Los instrumentos que se empleó en la presente investigación fueron los siguientes:

a. Ficha de datos

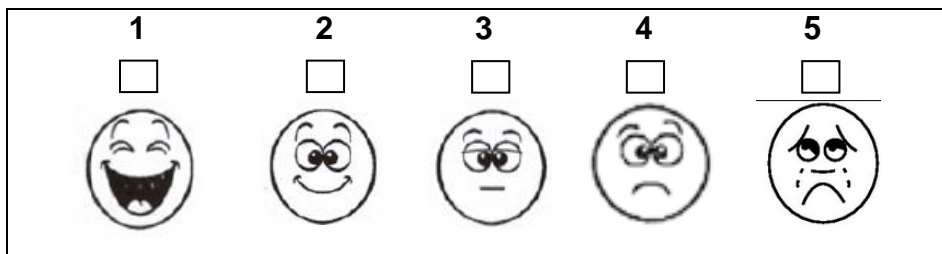
En el cual se obtuvo datos como la edad, el sexo y al grupo control o experimental que pertenecieron; para la realización de estudios correspondiente que requirió la investigación.

b. Entrevista para los niños

Se empleó un test de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento de Tamowsky y Simonian con preguntas cerradas, y respuesta de completamente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo; adaptadas para el niño. La cual fue realizado por el evaluador.

c. Cuestionario para el niño

Se realizó un pequeño cuestionario al niño respecto a cómo se sentía antes y después del tratamiento restaurador con la escala de Imagen Facial (FIS), más la toma de pulso antes y después.



1 = Ansiedad leve

2 = Ansiedad leve a moderada

3 = Ansiedad moderada

4 = Ansiedad moderada a severa

5 = Ansiedad severa

Recursos

a. Recursos físicos

- Oxímetro
- Lapiceros
- Calculadora científica
- Hoja bond
- Tinta de impresora
- Fotocopias
- Caja de cepillos
- 4 MP3
- 4 Audífonos
- Música “ Las cuatro estaciones de Vivaldi”

b. Recursos humanos

- Investigador Bach. Flor de María Lissett Reyes Fuentes
- Asesor Director CD.ESP. Juan Eduardo Aguilar Pasapera
- Asesor de taller de tesis, CD.ESP. Marcelino Andía Ticona

c. Recursos institucionales

- Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II

d. Procedimiento de recolección de datos

Se procedió a gestionar el permiso mediante una solicitud, formulada por la Dra. Esp. Miriam Vásquez Segura, formulando una carta de presentación dirigida a la Coordinadora de las Clínicas Docentes Estomatológicas de la Universidad Alas Peruanas para poder hacer la recolección de mi muestra dentro de sus instalaciones. Una vez coordinado todo, al siguiente día se procedió con el inicio del estudio, separando a los niños que tenían caries limitadas a esmalte, y requerían de una restauración con ionómero de vidrio ya sea en maxilar superior o inferior.

Posterior a esto nos acercamos a los padres de familias para explicarle paso a paso lo que se realizaría en el estudio y puedan aceptar el procedimiento. Procedimos a sentar al niño a la unidad dental explicándole que se le pondría un ganchito en el dedo índice derecho para la toma de su pulso, durante tres minutos para no tener un falso positivo, se registra la toma del pulso antes del estudio en su cuestionario y se le hace ver la hoja donde se encuentra plasmado la Escala de Imagen Facial (FIS), el niño debe señalar como se siente antes del procedimiento que le realizara el operador.

Como la caries es limitada a esmalte no era necesaria la colocación de anestésico, por ello se comenzó a tomar el tiempo, teniendo en cuenta que era tiempo límite de 30 minutos, desde que se realizó la cavidad hasta que se colocó el material restaurador el ionómero de vidrio.

Una vez terminado el procedimiento, se volvió a tomar el pulso con el oxímetro de la misma manera que al inicio, y se volvió a preguntar cómo se sentía señalando con su dedito la Escala de Imagen Facial (FIS), adicional a esto se le hizo Test de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento de Tamowski y Simonian para poder evaluar la eficacia entre los dos tipos de manejo de conducta. Durante todo el procedimiento se procedió a tomar

fotografías, solo de los niños que aceptaron este procedimiento durante el estudio.

1.10 Justificación e importancia de la investigación

Las técnicas convencionales de manejo de conducta no son tan bien aceptadas por los padres del paciente pediátrico, ya que algunas de ellas son desagradables para sus pequeños, tales como la técnica mano sobre boca, por eso es que se están reevaluando las técnicas que causen ciertos rechazos de los padres, dando lugar a nuevas alternativas.

En el transcurso del tiempo se han ido acoplando estrategias que ayudan a solucionar la ansiedad dental y disminuir los síntomas que éstas puedan provocar. Es necesario y fundamental conocer nuevas técnicas que puedan controlar y manejar el comportamiento del paciente pediátrico para poder disminuir el ambiente tenso que se puede presentar entre el odontólogo y el niño, y facilitar la intervención odontológica.

Este estudio determinó la eficacia entre dos técnicas; la musicoterapia versus las técnicas convencionales aplicadas por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II con el fin de disminuir el nivel de ansiedad en niños de seis a ocho años de edad, y de esta manera aportar con una técnica innovadora, donde se pueda obtener un comportamiento positivo por parte del paciente pediátrico. Y la correcta realización del tratamiento por parte del profesional; proporcionando mediante esta técnica eficaz, un ambiente adecuado entre paciente-odontólogo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Gallegos, (2016) realizó el trabajo de investigación, teniendo como objetivo comparar las técnicas de musicoterapia y gafas de distracción audiovisual para disminuir el nivel de ansiedad en niños de seis a ocho años de la escuela consejo provincial de Pichincha. Constituido por 788 niños, se procedió a recopilar sus datos y hacerlas tomas de signos vitales, además de realizarle un test de imagen facial donde determinaba el nivel de ansiedad que presentaba el niño antes del tratamiento. Se comenzó con el tratamiento (profilaxis dental) a un grupo de niños con musicoterapia y otro con gafas de distracción audiovisual. Una vez terminado el tratamiento se volvía hacer el registro de signos vitales, la escala de imagen facial.

De los resultados obtenidos con las pruebas de normalidad se tiene que únicamente los valores de pulso son mayores que 0,05 para lo cual se usaron pruebas paramétricas; y de la escala de imagen facial son menores que 0,05 se utilizaron pruebas no paramétricas. Se comparó la frecuencia de pulso con pruebas de T Student, escala de imagen facial con la prueba de U Mann-Whitney y Wilcoxon. Determinando y concluyendo que hay similitud de resultados para el control de la ansiedad ($p > 0,121$).

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.²

Gómez de la Torre, (2016) realizó una investigación, donde el objetivo fue verificar la eficiencia de la musicoterapia como herramienta para reducir la

ansiedad en niños de 5 a 13 años atendidos en la clínica de la Universidad de las Américas.. Este estudio fue ejecutado en 45 niños/as de 5 a 13 años escogidos de manera aleatoria y dividiéndolos en tres grupos; uno con musicoterapia con audífonos (música relajante “music with wáter sounds meditation”, con audífonos sin música (audífonos donde aíslan el sonido de los equipos odontológicos) y otro el grupo control sin audífonos y sin música.

A todos se les efectuó el Test de Ansiedad de Corah, un test observacional de ojos de motricidad. No se encontraron diferencia estadísticamente significativa, mientras que en la frecuencia cardiaca se encontró una diferencia de ($p < 0.05$) durante la toma de las pulsaciones; las cuales demostraron que la musicoterapia influye sobre las mismas.

Concluyendo que la Musicoterapia es una herramienta eficaz para reducir la ansiedad durante la consulta odontológica; el nivel de ansiedad con la que llego el niño fue de tipo leve con un 57,78% durante el tratamiento los signos vitales disminuyo a 76 pulsaciones por minuto, mientras que a los niños con audífonos sin música estaban dentro del rango normal, y los niños del grupo control aumento su frecuencia cardiaca.³

Medina, (2015) El presente estudio tiene como objetivo la evaluación de la técnica de distracción audiovisual para utilizarla como una herramienta para la disminución de la ansiedad en pacientes pediátricos de cinco a seis años durante el tratamiento odontológico. Teniendo como instrumento el test de ansiedad de Frankl.

Para la investigación se utilizó un análisis bivarial y para la discrepancia de porcentajes se hizo por la prueba de ChiCuadrado (X^2) de Pearson Se procede a llenar la carta de autorización; Participando 60 niños y niñas sometidos a tratamientos dentales dividiéndolos en dos grupos uno experimental donde se aplicó la técnica audiovisual durante la profilaxis y un grupo control donde no se aplicó la técnica audiovisual durante su profilaxis.

Primer test sé realiza al momento de la llegada del paciente, el segundo durante el acondicionamiento del niño y la tercera al finalizar la profilaxis. Teniendo como conclusión que respecto a la edad y género no existe

relación entre el control de la ansiedad y la técnica audiovisual. Con respecto al control durante y al finalizar el tratamiento el efecto del control audiovisual sobre los niveles de ansiedad es significativamente alto.⁴

Mejia, (2014) El presente estudio transversal prospectivo tuvo como objetivo conocer la aplicación actual de la técnica mano sobre boca en los programas de Odontopediatría en México. Para ello se procedió a realizar un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, aplicándose el cuestionario por vía telefónica a los coordinadores de los programas de posgrado de Odontopediatría de México; una vez recopilada la información se vaciará en el programa de SPSS V.21 mostrándolos en gráficos. Dando como resultado que el 81% de los estudiantes utilizan la técnica mano sobre boca y después de su eliminación de la Academia Americana de Odontología Pediátrica AADP el 95,2% ha disminuido su uso y el 4,8% lo contrario.⁵

Llanco, (2014) El propósito de este estudio es evaluar el impacto de la eficacia del manejo de conducta con videojuegos en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador en niños de tres a cinco años, cuando se encuentre el binomio odontólogo – paciente. Para ello se usó una ficha de recolección de datos para verificar las características personales del paciente; como la edad, género, tipo, un test de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento de Tamowski y Simonian, y una versión impresa del consentimiento informado.

Mediante esta investigación se demostró que la aplicación de videojuegos antes y después del tratamiento restaurador, reduce la ansiedad del niño, el cual podemos decir que la técnica es eficaz en la continuidad de la atención odontopediátrica, mientras que la del manejo convencional tiene una menor eficacia.⁶

Loperas et al., (2012) el siguiente estudio de tipo descriptivo transversal tuvo como objetivo conocer las técnicas de manejo más utilizadas por los estudiantes para el abordaje del paciente pediátrico en la consulta odontológica. Se tuvo una muestra representativa de 137 alumnos del

séptimo semestre de las clínicas de Odontopediatría, quienes contestaron una encuesta voluntaria y confidencial con preguntas referentes a la clínica de Odontopediatría, el tipo de comportamiento según la escala de Frankl y las técnicas de manejo de conducta del paciente pediátrico. La base de datos se digito por duplicado en el programa de Excel y SPSS (V.19) Teniendo como resultado, que el 57% de estudiantes expresaron que el motivo de consulta no influye en el comportamiento del niño explicando que por otros factores como miedo y ansiedad o la relación del niño con el entorno familiar; el tipo de conducta más frecuente del paciente en el momento de la consulta fue positivo y totalmente positivo en un 70%, la técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer con un 78,1%, seguida de refuerzo positivo con 45,3%. Se concluye que los estudiantes se sienten satisfechos respecto al conocimiento y práctica de las técnicas de manejo del paciente pediátrico, y seguros en la atención clínica del niño; valoran su experiencia como buena.⁷

Gómez et al., (2012) el presente estudio experimental tuvo como objetivo valorar la eficacia de la musicoterapia en el control de la ansiedad durante el tratamiento odontológico preventivo en pacientes con síndrome de Down entre los 5 y 14 años de edad. Donde participaron voluntariamente 30 niños con síndrome de Down entre 5 y 14 años; se procedió a dividir en un grupo experimental y otro control, evaluándose primero el grado de ansiedad odontológica de los padres mediante escala de Corah, los antecedentes de comportamiento, edad, sexo, frecuencia de visita al odontólogo y sensibilización musical previa de los niños. Al dividirse los dos grupos; el grupo experimental se le puso fondo de música “las cuatro estaciones de Vivaldi” en el consultorio desde que entraba el paciente hasta cinco minutos después de terminar el procedimiento, y el grupo control donde no se colocó ningún tipo de fondo musical. Durante la consulta se evaluó la ansiedad antes, durante (escala de Frankl) y después del procedimiento utilizando la escala analógica de caras; se realizó el vaciado de datos teniendo como resultado, que al comparar el nivel de ansiedad y el comportamiento de los grupos durante la consulta se evidencia un 80% de niños sin ansiedad en el grupo expuesto versus 27% en el grupo control. Podemos concluir que el

uso de la musicoterapia disminuyó significativamente los niveles de ansiedad en el grupo expuesto a la música.⁸

Álvarez, (2012) el presente estudio observacional, longitudinal tiene como objetivo determinar la evolución de la conducta según la escala de Frankl en niños de cuatro a ocho años que acuden a consulta del postgrado de Odontopediatría de la FMUAQ. Se obtuvo los expedientes de los pacientes de cuatro a ocho años que acudieron por lo menos cuatro citas; se procedió a llenar la hoja de recolección de datos con las variables edad, género, tratamiento y la conducta según la escala de Frankl que presentaron durante la atención, se procedió a vaciar la información en el programa SPSS V.12 donde se realizó estadísticas descriptivas. Teniendo como resultado que la escala de Frankl que mayor presencia tuvo fue el tipo cuatro siendo la evolución de la conducta positiva. Mientras que en pacientes de cuatro a cinco años se presentaron mayores problemas en el manejo de conducta; en relación al género no se encontró diferencias. Por ello se concluye que factores como la edad y tratamiento realizado influyen mucho en la modificación de la conducta, pero no son los únicos factores, por lo tanto no determina una conducta negativa.⁹

Jiménez, (2011) el presente estudio tiene como objetivo determinar cuáles son las técnicas de manejo de conducta que se enseñan en los programas de odontología pediátrica. Se procedió a enviar una encuesta vía electrónica a las 18 Facultades de odontología que ofrecen especialidades de Odontopediatría registradas en el directorio de la AMOP. Se obtuvo los resultados y se vaciaron en una hoja de datos para analizarlos estadísticamente. Los resultados de los datos estadísticos fue; que todas las universidades incluyen la materia de “Manejo de Conducta” con un promedio de 7,67 horas, la mayoría de los posgrados de la República Mexicana enseñan las técnicas de comunicación y las de inmovilización en no sedados como aceptables. Mano sobre la boca fue la que obtuvo el mayor porcentaje de enseñada como no aceptable.¹⁰

Pucha, (2011) este presente estudio tuvo el objetivo de determinar el tipo de comportamiento y el manejo de conducta que se debe aplicar en los niños de tres a ocho años. Basándose en un método descriptivo transversal, de tipo prospectivo observacional. Se determinó la muestra con un muestreo de conveniencia obteniendo 150 niños de ambos sexo. Usando una guía de observación directa registrando los tipos de comportamientos que presentaron los niños durante el tratamiento odontológico y una entrevista estructurada contestada por los padres para determinar si las conductas de ellos eran positivas o negativas. Después de ello se realizó charlas para explicarles a los padres el origen de su comportamiento y la forma en cómo actuar con ellos. Todos estos resultados fueron vaciados en el programa Excel, con sus respectivos gráficos y análisis. Al termino de este estudio se pudo concluir que el tipo de comportamiento que se presentó en el consultorio dental según el rango de edad y sexo fue de tipo cooperador con un 80,67 %; los factores que influyeron en el comportamiento fue por visitas previas al odontólogo con un 68%.¹¹

Quiroz, (2011) la presente investigación bibliográfica tiene como objetivo describir sobre el manejo de conducta no convencional en niños, específicamente sobre las técnicas de hipnosis, musicoterapia, distractores audiovisuales y aromaterapia. Y comprobar cuál de los dos manejos de conducta funciona para la atención de los niños. Como resultado de esta investigación; las técnicas convencionales son satisfactorias pero son necesarias las nuevas técnicas que deben ser acordes a los avances tecnológicos de nuestra era.¹²

Tasayco, (2011) el presente estudio tuvo como objetivo determinar si la aplicación de la Musicoterapia disminuía la ansiedad en niños durante el tratamiento dental considerándose los signos vitales como factores cuantificables de la ansiedad. Seleccionándose 52 pacientes de seis a ocho años sin experiencia de tratamientos con instrumentos rotatorios y con presencia de caries. Distribuyéndose así la muestra en dos grupos donde a uno se le aplico la musicoterapia (grupo experimental) y al otro no (grupo

control). Una vez distribuidas y firmados por los padres los consentimientos informados, se les realizó el test de la escala de imagen facial (FIS) y la toma de funciones vitales, se procedió a realizar los tratamientos odontológicos. Al final se volvió a tomar el test de escala de imagen facial (FIS) y la toma de funciones vitales. Dando como resultado que el grupo experimental presento menores niveles de ansiedad que el grupo control durante el tratamiento dental.¹³

Abanto et al., (2010) en este presente estudio de revisión bibliográfica se describe acerca de las diferentes técnicas que pueden ser utilizadas para acondicionar psicológicamente al niño durante el tratamiento odontológico. Estas técnicas, consideradas de manejo del comportamiento, tienen el objetivo de prevenir, disminuir o ayudar a enfrentar la ansiedad y miedo dental del paciente, sirviendo como importantes aliadas del cirujano-dentista que atiende niños. Este trabajo presenta una revisión de evidencias científicas sobre las propuestas de manejo del comportamiento que pueden ser utilizadas en el consultorio odontológico con bebés, niños de edad preescolar y escolar.

Al final, todas las técnicas de manejo del comportamiento en niños, deben ser utilizadas individualmente según las diferencias físicas y psicológicas del niño. De esta forma, se estimula la utilización de tales técnicas con la finalidad de formar una interrelación de confianza y seguridad en la triada dentista-niño-padres. Ahora hay que tener en cuenta que no siempre la presencia del padre en la consulta dental va ser favorable, será así siempre y cuando que los padres colaboren con el profesional y no aumenten la ansiedad del niño. Para concluir, tenemos que tener conciencia de que en el caso que todas estas técnicas fracasen o no sean viables, podrá entonces ser considerado el uso de tratamiento psicológico, terapia medicamentosa, sedación consciente o anestesia general.¹⁴

Villasante, (2010) el presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de la técnica de modelado con video preoperatorio en niños de

cinco a siete años de edad con conducta no cooperadora que acudieron a la Consulta Odontológica Pediátrica en una Clínica Privada en Puno 2010. La muestra conformaba 40 niños de ambos sexos entre la edad de cinco a siete años. Contando con dos grupos uno experimental que observaba videos preoperatorios y un grupo control el cual observo un programa "X" infantil. La técnica que se empleo fue la observación usando una ficha de recolección de datos; una vez comparado los resultados se concluyó que el video preoperatorio como técnica de modelado aplicado en niños no cooperadores que acuden por primera vez influye de manera positiva durante la atención dental.¹⁵

Cruz, (2005) el manejo de la ansiedad en un niño es un aspecto crítico del procedimiento dental. Por esta razón, muchas técnicas que envuelven métodos no farmacológicos han sido usadas para manejar la conducta del niño en el consultorio dental. El propósito del presente estudio fue evaluar el empleo de la música como una herramienta en la modificación de la conducta del niño, a fin de obtener un mayor grado de colaboración y satisfacción durante el tratamiento dental. La muestra estuvo constituida por 50 niños de 3 a 9 años de edad, todos ellos seleccionados al azar y atendidos en el área de Odontología Pediátrica Post-grado de la Clínica Estomatológica Central (CEC) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Todos los pacientes fueron diagnosticados con lesiones de caries dental y pulpitis irreversible. Fue un ensayo clínico de tipo comparativo. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la conducta de los niños hacia el tratamiento dental, entre aquellos que escucharon música y aquellos que no lo hicieron. Los niños que recibieron música presentaron un mayor porcentaje de satisfacción del tratamiento.¹⁶

- **Cruz, (2002):** estudio donde se evaluó la conducta del paciente pediátrico durante el tratamiento odontológico, mientras el niño era atendido con musicoterapia. El grupo de estudio fue de 50 niños y niñas de 3 a 9 años atendidos durante el mes de enero del 2002. Este estudio fue un ensayo clínico de tipo comparativo utilizando una autorización para la aplicación de musicoterapia, consentimiento informado firmado por padres o apoderados,

test de problemas conductuales de Achenbach. Al final monitoreándose la conducta de los pacientes a través de la escala de clasificación de la conducta del niño en el consultorio dental de la universidad del Estado de Ohio; una vez terminada todo el procedimiento el pequeño respondía una test de satisfacción de Tamoswski y Simonian. Dando como resultado que los niños atendidos con musicoterapia respondían a una mejor conducta durante el tratamiento.¹⁷

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Ansiedad

Según la Real Academia Española: «Es la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos».¹⁷

Según J.R.Boj; «la ansiedad es un estado emocional que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales. Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquel nunca se expresa sin un matiz de ansiedad».¹⁸

Cardoso (2004) define que la ansiedad es reconocida por algunos autores como algo complejo que se relaciona con el ámbito genético y ambiental. Los problemas de ansiedad, que tiene reacciones en la conducta del paciente, suceden a menudo en el consultorio dental, durante el tratamiento al cual es sometido el paciente odontopediátrico.⁴

Majstorovic (2004) nos indica que la ansiedad es considerada una de las conductas más difíciles para el manejo por parte del odontólogo a este tipo de pacientes pediátricos. Los niños que presentan conductas de ansiedad, ven al tratante como una amenaza, y no como su ayuda.⁴

La odontología, como campo de la salud, debe enfrentar el hecho de que posee como ambiente y como experiencia diversos estímulos que promueven una respuesta natural de ansiedad. El comportamiento ansioso de un paciente, se presenta a veces por la percepción poco realista de su tratamiento, siendo más frecuente en el campo odontológico que en otras ramas de la salud. El odontólogo que trata niños debe tener siempre en cuenta que la ansiedad es una respuesta normal y realmente necesaria en muchas situaciones; con el fin de mantener y dar una respuesta de seguridad del individuo.^{4,12}

Por eso, el niño que demuestra miedo a un compañero agresivo exhibe una conducta normal mientras aquel que no manifiesta ninguna aprensión en este trance puede ser considerado normal. La ansiedad dental en los niños se asocia como una serie de factores como la experiencia previa con dolor de dientes, experiencias dentales negativas, rasgos de personalidad, bajo nivel socioeconómica, sexo y la edad.¹²

Mientras que BOJ nos dice que “la ansiedad 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”¹⁹

Escobar; nos dice que la ansiedad obedece causas más imaginarias que reales, pero con dos diferencias importantes:

- Está relacionadas con situaciones específicas representadas por un estado emocional inconfortable y generalizado. Por ello, se percibe más ansiedad que preocupación ante la presencia del dentista.²⁰

- Responde a un problema subjetivo, un niño puede no tener temor a las diversas instancias del tratamiento odontológico (factores objetivos), pero experimenta a una ansiedad (factor subjetivo).²⁰

2.2.1.1. Signos y síntomas

La ansiedad, en su mayoría se expresa a través de cambios fisiológicos, que son respuestas motoras estereotipadas, sobre todo de los músculos faciales (con diversos gestos). Los centros que coordinan las respuestas emocionales están vinculados con el sistema límbico. A nivel cerebral, los dos hemisferios difieren en el gobierno de las emociones, siendo más importante la participación del hemisferio derecho.¹⁴

Los signos más evidentes y frecuentes de la activación emocional comprenden cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo con participación tanto del sistema simpático como parasimpático. Se ha demostrado en la actualidad que las neuronas del sistema nervioso autónomo presentan patrones de activación variables que caracterizan a diferentes situaciones y a sus emociones asociadas. Podemos encontrar, en diverso grado, los siguientes signos y síntomas de ansiedad: Taquicardia, boca seca, malestar gástrico, alteraciones de la respiración (apnea, hiperventilación, disnea), aumento del estado de alerta, sudoración facial y de manos, movimientos corporales espontáneos, tensión muscular generalizada o localizada en hombros, piernas, pies y abdomen; sobresalto fácil, micción frecuente, diarrea, impaciencia, aprensión (expectativa de que algo malo va a suceder). En situaciones ocasionales algunos pacientes pueden llegar a presentar episodios sincopales y lipotimias, los cuales constituyen las complicaciones más habituales en la consulta odontológica, con una frecuencia de 1 en 160 pacientes, o situaciones de agitación y descontrol emocional.¹⁴

Blanco y Cearra (1998) nos asegura que solo debemos fijarnos en la sintomatología que presenta el paciente para darnos cuenta si está ansioso, como: paciente sudoroso, con taquicardia, parece fatigado, cambios de conducta y rigidez muscular.²

Nahás (2002) menciona que un paciente ansioso puede presentar irritabilidad, agitación e inclusive agresividad pudiendo presentarse dolor fuerte de cabeza, acidez estomacal, insomnio, inquietud y nerviosismo, aumento de salivación, falta de atención, entre otros, las mismas que al presentarse muy intensas pueden perjudicar el equilibrio emocional del paciente. Dentro de los cambios fisiológico, es necesario conocer los rangos normales de frecuencia cardiaca, respiratoria y pulso para determinar si el paciente antes y después de cada tratamiento dental se encuentra ansioso valorándolo clínicamente.²

2.2.1.2 Características de la ansiedad según el sistema STAIC

Hay diversos cuestionarios para medir la ansiedad en los niños uno de ellos es el STAIC que ha sido usado para evaluar características de ansiedad en correlación con varios factores debido a sus valores psicométricos de especificidad conceptual y consistencia interna. Las preguntas se catalogan en seis categorías: Asociadas al temor del paciente las cuales sirven para saber el grado de amenaza por la que está pasando, situación que genera altos niveles de ansiedad. La tranquilidad del paciente y las circunstancias en que el niño se siente cómodo y seguro.^{14,21}

2.2.1.3 Tipos de ansiedad

Según Boj, J Cortez en su edición 2011 divide la ansiedad en:

- **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.^{2, 22}

- **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.^{2, 22}

Mientras que en estudios actuales de 2016 divide la ansiedad en:

- **Trastorno de pánico:** se le llama ansiedad anticipatoria, las personas que presentan este trastorno experimentan crisis periódicas de angustia y a su vez estas surgen naturalmente, es una ansiedad aguda y exagerada, en la cual la persona que la presenta cree que va morir, no hay una causa directa de estos ataques de miedo exagerado e intenso.³
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Este se caracteriza por presentar sentimientos o emociones constantes, a su vez estos son incontrolables, indeseados que se convierten en una obsesión; las personas que padecen este trastorno realizan rutinas o rituales para intentar evitar estos pensamientos.³
- **Trastorno de estrés postraumático:** Las personas desarrollan este trastorno de ansiedad posterior a una vivencia desagradable la cual fue aterradorante, que tiene que ver con un daño o amenaza física; aquellos que tienen este trastorno pudieron ser las personas afectadas, el daño pudo haberlo sufrido alguien cercano, una persona amada.³
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por que no predomina en ninguna circunstancia ambiental determinada y no está limitada, eso quiere que se presenta en cualquier

momento; sus signos y síntomas son: nervios, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas, estas personas siempre están preocupadas de que les pase algo a ellas o algún familiar, siendo más frecuente en mujeres.³

2.2.1.4 Niveles de ansiedad

Osorio y Angie (2014); clasifica la ansiedad en diferentes niveles:

- **Ansiedad leve:** en este nivel la persona está a la perspectiva es decir atenta, oyendo y mirando lo que pasa a su alrededor, la ansiedad es transitoria y sus respuestas son normales. Muchas veces observándose mucho temor, intranquilidad e incomodidad.²
- **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 ver algo si otra persona dirige su atención hacia algo específico. Se pueden manifestar fisiológicas y psicológicas con poca intensidad, como sequedad de la boca, palpitaciones, temblores significativos, aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la frecuencia respiratoria.²
- **Ansiedad severa:** la percepción de la persona se ha reducido de manera notable es decir que pierde la percepción general de lo que pasa a su alrededor y aunque el odontólogo intente llamar su atención hacia algo es incapaz de hacerlo. La persona puede distorsionar lo que mira y oye, no logrando 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.²

2.2.1.5 Prevención de la ansiedad en el tratamiento odontológico

Para poder prevenir la ansiedad en el niño es que nos interese la opinión del paciente, es decir, permitirle tomar decisiones simples como escoger que diente pulir primero y a su vez usando técnicas psicológicas que puedan ayudarnos para evitar la ansiedad. Debemos ser sutiles ante pacientes vacilantes o que opongan resistencias para evitar reacciones explosivas y aun peor fobia al odontólogo y/o asistente del mismo.²

- **Control del miedo y la ansiedad:** Las técnicas que reduzcan la ansiedad han sido probadas en diferentes edades, eso debe hacer que el odontólogo identifique en que momento el paciente sienta más ansiedad y las aplique; al igual de ver que técnica usara para cada paciente. Sin desestimar las necesidades de control del dolor que pueden desencadenar respuestas negativas y el aumento de su ansiedad en la misma sesión o incluso resistencia a las próximas consultas. El operador no debe llegar al niño con mentiras o que el niño se desarrolle una actitud negativa como que no fue “valiente” o “bueno”, eso muchas veces puede aumentar su rechazo a la próxima cita. La premeditación indiscriminada hará que el paciente no pueda aprender de sus experiencias.¹⁵
- **La interacción paciente dentista:** la odontología de por si debe ir de la mano con la psicología para el manejo de niños con problemas conductuales moderados y severos; uno de los primeros estudios que se hizo fue “escala de ansiedad dental” donde dispone de una alta validez y confiabilidad pese al reducido número de ítem y concluyen que los pacientes altamente ansiosos al tratamiento odontológico tiene una aptitud muy negativa, transformándolos con el tiempo en pacientes dificultosos. Por eso es importante la relación entre el paciente y el odontólogo para construir una confianza adecuada y así poder permitir una buena realización de los tratamientos.

2.2.1.6 Técnicas de evaluación de la ansiedad odontológica

a. Evaluación de la ansiedad a través de respuestas fisiológicas

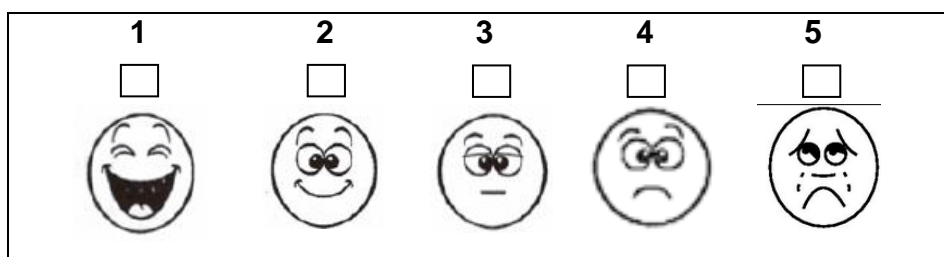
- **Pulso:** según la Real Academia Española es un «Latido intermitente de las arterias, que se percibe en varias partes del cuerpo y especialmente en la muñeca».

Se realizó un estudio donde determinaron que al realizar la comparación entre dos técnicas se observó similitud de resultados para el control de la ansiedad ($p > 0,121$). 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 seis a ocho años.²

- **Presión arterial:** según la Real Academia Española es la « Presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias».

b. Evaluación de la ansiedad a través de técnicas proyectivas

- **Escala de Imagen Facial:** Esta escala fue desarrollada para evaluar el estado de ansiedad dental Escala usada en niños entre 3 y 18 años de edad, comprendiendo de cinco caritas que van desde el más feliz hasta el más infeliz; clasificándolo en los distintos niveles de ansiedad (leve-severo).



- 1 = Ansiedad leve
- 2 = Ansiedad leve a moderada
- 3 = Ansiedad moderada
- 4 = Ansiedad moderada a severa
- 5 = Ansiedad severa

La validez del siguiente instrumento es verdadera si se mide lo que se propone. Por ejemplo la Prueba de imagen de Venham (VPT); al igual que el FIS, se trata de una escala de imágenes que está diseñado especialmente para los niños pequeños, ya que ellos pueden señalar su situación emotiva mediante las imágenes de esta escala, antes y después del tratamiento odontológico.

Las implicaciones clínicas de esta escala es que, el personal de ayuda tales como enfermera, recepcionista dental pueden administrar el FIS cuando el paciente llega a la consulta, para poder saber el tipo de ansiedad que está pasando el paciente, del mismo modo se puede dar al término de la consulta, para saber el grado de ansiedad con la que sale.

Un evaluación precisa de la ansiedad dental es necesario; no sólo para determinar su prevalencia, sino también para superar los problemas relacionados con el diagnóstico individual y el tratamiento.

- **Test Gráfico de Venham:** Esta técnica consiste en mostrarle a los niños ocho figuras las mismas que expresan un estado emocional (cero sin ansiedad y ocho muy ansioso) en donde el niño debe escoger una figura que represente mayormente su estado de ansiedad. ²

2.2.2 Conducta del paciente odontopediátrico

2.2.2.1 Desarrollo psicosocial del niño (edad escolar)

De seis a ocho años los niños pueden presentar berrinches, no les gusta que les critiquen ni le digan específicamente lo que tiene que hacer, regañen o castiguen, les cuesta acoplarse, pero esperan que los demás lo hagan, suelen ser generalmente muy resentidos y engreídos por papas. Su desarrollo comunicativo es muy marcado y muchas veces desarrollado. El niño puede presentarse con un nivel de ansiedad moderado, cobarde, violento y muy temeroso al ser atendido. Es necesario explicarle detalladamente el tratamiento a seguir con un lenguaje que esté acorde al nivel intelectual del niño, realizar similitudes y comprenderlos.^{2,12,14}

2.2.2.2 Factores que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica

- **Ambiente odontológico:** El área de trabajo debe ser el adecuado, recreativo, lleno de juegos didácticos y aislado del consultorio para poder dirigir y controlar su nivel de ansiedad antes de ingresar al consultorio. Crear una buena relación entre el paciente y odontólogo es la mejor opción para disminuir su ansiedad; también es aconsejable que se encuentre amoblados de acuerdo a su tamaño, y recordar siempre que en el consultorio solo se debe tener los instrumentales que se usaran en el momento y tener guardado y aislado todo aquel instrumental que cause miedo o ansiedad al niño.^{2,3,4}
- **Odontólogo:** Establecer una adecuada comunicación entre el profesional y el paciente influye notablemente en el comportamiento del niño; eso logrará que el odontólogo consiga relajar al niño de tal manera que este pueda colaborar. Recalcando siempre que el

lenguaje que se use con el paciente debe ser adecuado, con un lenguaje pediátrico. La vestimenta del odontólogo también es importante, este debe ser llamativo, colorido ya que los niños relacionan, en su mayoría el color blanco con agujas, inyecciones y/o hospitales.^{2,3,12}

- **Padres:** La presencia de los padres dentro del consultorio o durante la atención odontológica aumenta el nivel de ansiedad del niño ya que se relaciona con el engreimiento frente al padre. Por eso casi siempre se le pide al padre retirarse, para poder tener un mejor manejo del paciente.^{2,3,12}

2.2.3 Clasificación del niño según Frankl

El Dr. Spencer N. Frankl y colaboradores; después de la realización de una revisión bibliográfica crearon una escala del comportamiento de pre-escolares, muy simple y objetiva. Sirviendo como marco de referencia de otros trabajos de investigación. Es una escala simplificada que nos permite de manera fácil y rápida evaluar la conducta del paciente durante cada consulta, dividiéndose en cuatro tipos:⁷

2.2.3.1 Definitivamente negativo

- Representado por los signos (- -) donde el paciente rechaza definitivamente el tratamiento odontológico, grita muy fuerte y esta temeroso todo el tiempo o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.⁷

2.2.3.2 Negativo

- Representado por los signos (-), acepta el tratamiento con dificultad, no coopera y tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no muy pronunciadas.⁷

2.2.3.3 Positivo

- Representado por los signos (+), donde acepta el tratamiento, a veces o muchas veces es cauteloso, no rechaza y muestra un poco de voluntad para acatar órdenes, a veces con mucha resistencia pero el paciente suele seguir las indicaciones del odontólogo cooperando.⁷

2.2.3.4 Definitivamente positivo

- Representado por los signos (+ +) tiene una buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos sabiendo que estos le harán un bien, se ríe y disfruta todo el proceso del tratamiento y consulta odontológica.⁷

2.2.4 Manejo de conducta no convencional

Los manejos de conducta no convencionales, son alternativas actuales de un uso continuo para la ayuda de la disminución de ansiedad frente a cualquier procedimiento ya sea médico o dental.

Numerosos estudios demuestran la funcionalidad de la musicoterapia en pacientes con diferentes problemas de ansiedad en la consulta odontológica. Demostrando que la música ayuda mucho a la disminución de la ansiedad, estimula a formar lazos de relación social y tener controlado las respuestas fisiológicas frente a cualquier procedimiento.^{3,14}

2.2.4.1 Musicoterapia

La musicoterapia consiste en el uso de música, sonidos, ritmos, melodías en una persona o grupo de personas con la finalidad de llevarlos a un estado de relajación, se utiliza en personas que padecen trastornos mentales, psicológicos o emocionales, como por ejemplo las personas que se estresan fácilmente, personas con trastornos de ansiedad.³

a. Los efectos biológicos de la musicoterapia

Según las características de la melodía pueden tener diversos efectos biológicos y fisiológicos sobre el organismo vivo, siendo éstas el incremento o disminución de las variables hemodinámicas.

Entre estas variaciones orgánicas se encuentran:

- Aumenta el metabolismo.
- Acelera la respiración o disminuye su frecuencia.
- Influye el volumen relativo de sangre.
- Modifica la presión arterial.
- Disminuye el impacto de los estímulos sensoriales.
- Ritmo cardiaco.
- Tensión arterial.
- Secreción de los jugos gástricos.
- Tonicidad muscular.
- Funcionamiento de las glándulas sudoríparas.
- Equilibrio térmico de la piel¹⁴

b. Aplicaciones clínicas

Los métodos, técnicas y aplicaciones clínicas a través del uso de la musicoterapia sirven para:

- Descubrir las necesidades de cada paciente, utilizándola para la regulación del estado de ánimo, al trabajar piezas musicales para disminuir la depresión o para relajarse en medio de estados de excitación producidos por estrés, temor, ansiedad o cualquier situación que altere el organismo.^{14,16}

- El beneficio de la musicoterapia es facilitar el desarrollo emocional y afectivo; el ritmo permite el escape de la ansiedad, estimula el sentido del tacto, del oído, facilita la circulación sanguínea, la respiración y los reflejos.^{3,14,16}

También sirve en la relajación, respiración y facilita la comunicación y la integración social de los niños, así como el mejoramiento notable del estado de ánimo para tranquilizarse en medio de estados de excitación; con el apoyo de la música se obtuvo mayor coordinación psicomotriz y mejoraron el funcionamiento físico, psicológico, intelectual y social.¹⁴

c. La musicoterapia en odontología

La utilización de la música en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerada como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. Lamentablemente, esta técnica no es muy usada probablemente por falta de información del odontólogo. Algunos operadores y/o investigadores han utilizado música ambiental, música de relajación, canciones infantiles, historias y cuentos; con el fin de lograr una mayor colaboración del paciente pediátrico durante la consulta odontológica.^{3, 14}

En estudios actuales la aplicación de música durante la consulta en niños y adolescentes es utilizada para crear una distracción donde el niño pueda enfocar su atención en la música y no en los equipos ruidosos del odontólogo, distintos estímulos externos o incluso el dolor. La finalidad en odontología es usarla como un distractor y a su vez un medio por el cual los pacientes logren relajarse.²

Científicamente está comprobado que la musicoterapia interviene en proceso neurofisiológicos complejos mediados por el tálamo, hipotálamo y el tronco cerebral, con respuesta psicofisiológicas ante dichos estímulos, que dan lugar a la relajación.^{2,14}

Estudios demuestran que la Musicoterapia es una herramienta eficaz para reducir la ansiedad durante la consulta odontológica; el nivel de ansiedad con la que llegaron los niños fue de tipo leve con un 57,78% durante el tratamiento los signos vitales disminuyeron a 76 pulsaciones por minuto, mientras que a los niños con audífonos sin música estaban dentro del rango normal, y los niños del grupo control aumentaron su frecuencia cardíaca.³

Otros estudios no demuestran que al comparar el nivel de ansiedad y el comportamiento de los grupos durante la consulta se evidencia un 80% de niños sin ansiedad en el grupo expuesto versus 27% en el grupo control. Podemos concluir que el uso de la musicoterapia disminuyó significativamente los niveles de ansiedad en el grupo expuesto a la música.⁷

d. La musicoterapia como medio tranquilizante en niños

Toda persona está expuesta a los ruidos que nos proporcionan diferentes estados emocionales o incluso aumentar nuestro estrés. La técnica de relajación mediante Musicoterapia constituye una alternativa para el control de la ansiedad y estrés. Ante cualquier estado de tensión o alerta los signos vitales se alteran, llegando a tener valores altos y causando el desequilibrio del comportamiento normal de la persona. La música influye sobre el ritmo respiratorio, la presión arterial, las contracciones estomacales y los niveles hormonales. Los ritmos cardíacos se aceleran o se vuelven más lentos de forma tal que se sincronizan con los ritmos musicales. También se sabe que la música puede alterar los ritmos eléctricos de nuestro cerebro.¹⁴

e. Musicoterapia clínica

Una de las importantes cualidades de la música es su flexibilidad. La música puede ser usada de manera pasiva (solo escuchando), activa (tocando un instrumento), pasiva y activa a la vez (tocando instrumentos y escuchando, e

inactiva (silencio absoluto). También puede ser utilizada de manera grupal (socializando) e individual (explorando creatividad y expresión personal).

Extensas investigaciones sobre musicoterapia están siendo realizadas en mujeres embarazadas, niños con autismo, adolescentes con problemas de conducta, adultos y enfermos terminales. Diferentes técnicas se aplican dependiendo del paciente y del tipo de música utilizada. Cada paciente es diferente y ha sido afectado por la música de diferentes maneras a lo largo de su vida. Lo que puede parecer entretenido, bueno o a gusto a una persona, a otra puede generarle malos recuerdos, asociaciones negativas, etc. Por este motivo, un extenso estudio sobre las capacidades musicales del paciente, su historia clínica, y sus gustos musicales se realizan antes de cualquier aplicación de la musicoterapia.^{3,14}

2.2.5 Manejo de conducta convencional

2.2.5.1 Técnicas comunicativas más usadas

- a) Lenguaje pediátrico:** Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del dentista y su equipo. Debe ser un lenguaje que pueda entender y sustituir por expresiones moderadas. Al seleccionar el lenguaje que hay que elegir objetos y situaciones familiares, y explicar las cosas de forma que las entienda, pero no engañar o mentir con las explicaciones.¹¹

En general, es aconsejable hablar a su nivel o ligeramente superior pero no extenderse ni hablar excesivamente al niño, ya que ellos se aburren con el tiempo excesivo y abuso de palabras, causando que su ansiedad aumente. El niño se debe sentir alabado sin juzgarlo por un mal comportamiento o reacción, a la mayoría le gusta oír hablar al profesional de un tema curioso referente a los que ellos viven el día a día, lo que permite desviar la atención de los procedimientos dental.¹¹

Términos dentales	Términos sustitutivos
Explorador	Contador de dientes
Equipo de rayos X	Cámara de fotografía
Radiografía	Fotografía
Dique de goma	Impermeable
Turbina	Cepillo
Clamp	Anillo
Corona de acero inoxidable	Sombrero de plata

Fuente: Pucha M. Tipos de comportamiento y su manejo odontológico en niños de 3 a 8 años, que acuden al consultorio dental del patronato provincial de amparo social de la ciudad de Loja, durante el periodo abril-septiembre del 2011 [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja. Facultad de Odontología; 2011.

- b) **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. Estas técnicas tienen el objetivo de llamar la atención del niño, de estimular su imaginación con el fin de distraerlo y/o abstraerlos del procedimiento odontológico, disminuir la probabilidad de percibir un procedimiento o acción como desagradable, aumentando la tolerancia y paciencia del niño. Un ejemplo de ello puede ser preguntar o interesarnos por temas ajenos a nuestro tratamiento durante la preparación para la anestesia (¿qué deporte te gusta?, ¿qué vas hacer estas vacaciones?, ¿Qué hiciste el día de ayer?), siempre captando toda la atención 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 utilizando otros medios de distracción, como puedan ser juegos o videos.^{2, 3, 10,14}
- c) **Control de voz:** Esta técnica tiene como objetivo restablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora. Es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas justo en el momento en que se inician y es menos cuando éstas ya están muy establecidas. Este método requiere que el odontólogo infunda más autoridad a su comunicación con el

niño. El tono de voz es muy importante y debe proyectar la idea de: <<Aquí mando yo>>. También es importante que la expresión facial del odontólogo refleje esta actitud de seguridad y mando.

Con mirada amigable, voz pausada y tono de voz suave, el dentista puede aumentar el volumen de su voz para llamar la atención, frenar el comportamiento negativo del niño y si la comunicación es efectiva.¹¹

d) Decir-mostrar-hacer: La técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. Se le debe explicar detalladamente al niño lo que se hará, enseñarle el instrumental indicándole que no causará daño, y por último simular lo que se hará. Se debe recordar que el vocabulario tiene que ser adecuado a la edad del niño y que el dentista y auxiliar tienen que estar familiarizados con el uso de éste.¹⁴

Se debe evitar el uso de palabras que provoquen miedo, tales como: dolor, aguja, picadura, sangre, sutura, sacar el diente, etc. En vez de usar estas palabras podemos cambiarlas por otras como: (¿incomoda?), por dolor, (punta) por aguja, (hematíes o rojito) por sangre, (lazo) por sutura, (extraer el diente) por sacar el diente, etc. En bebés y niños hasta los 5 años de edad, los nombres de instrumentos y equipos, también pueden ser cambiados por nombres que hagan volar su imaginación y que traigan recuerdos agradables para el niño, por ejemplo: motor de baja rotación (tractorcito), motor de alta rotación (ducha), abridor de boca (almohada para el diente), dique de goma (paraguas), cureta (cucharita), Clamp (anillo), etc. A diferencia de niños en edad preescolar, a los que se encuentran entre 6 y 12 años no les gusta ser tratados como bebés, con éstos el uso de diminutivos deben ser utilizados con mucha cautela, analizando el caso de cada paciente individualmente.^{11, 14}

e) Mano sobre boca: Esta es una de las técnicas más controversiales para el manejo del paciente no cooperador. En la revisión de literatura los comentarios acerca de esta técnica han ido desde sugerir que puede causar traumas psicológicos al niño hasta la justificación de su uso en ciertas condiciones.

Existen condiciones que ameritan medicación, pero esta no es siempre el modo más seguro de manejar a un paciente histérico y beligerante; aunque la técnica de mano sobre boca puede asustar aún más al niño, ayudará en el rol del dentista en educar y ayudar al niño a manejar su ansiedad.

El propósito de esta técnica es ganar la completa atención del niño para poder establecer la comunicación y así obtener un tratamiento seguro usándose bajo lineamientos adecuados. Esta técnica se debe emplear en niños muy sanos, mayores de tres años, esto asumiendo el poder razonar con estos niños, el objetivo es que el niño histérico escuche lo que se le quiere decir y/o indicar.^{9, 11}

2.6 Satisfacción, aceptabilidad del tratamiento odontológico

2.6.1 Satisfacción del paciente

Medida en que la atención sanitaria prestada y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas iniciales del paciente.

Como se ha definido anteriormente, la satisfacción del paciente es el resultado de la diferencia entre la percepción que la persona tiene del servicio prestado y de las expectativas que tenía en un principio o de las que pueda tener en visitas sucesivas, de tal manera que si las expectativas son mayores que la percepción del servicio, la satisfacción disminuirá. Esas expectativas del paciente se forjan a partir de propias experiencias anteriores y de las de personas conocidas, así como de las promesas y compromisos que el propio sistema adquiere con los pacientes. Por tanto, la satisfacción no podemos considerarla como una dimensión estática, ya que puede aumentar o disminuir en función de la evolución de los dos parámetros anteriormente mencionados.¹²

2.7 Tratamiento restaurativo

2.7.1 Restauraciones con ionómero de vidrio

Composición química: son materiales que resultan de la interacción de un polvo a base de fluoraluminosilicato y una solución de ácidos poli carboxílicos. Algunos compuestos presentan en su composición metales, con la finalidad de aumentar sus propiedades mecánicas. Estos pueden aparecer simplemente mezclados (mixturas) o sinterizados con las partículas del polvo de vidrio.¹⁴

Presenta liberación de flúor, hacia los dientes adyacentes, así como también al esmalte, cemento y al interior de la cavidad. Este material puede recargarse de iones de flúor al uso de dentífricos, colutorios con flúor; dando la función de protección.

Indicaciones:

- Reconstrucción de muñones en dientes temporales que van a ser restaurados posteriormente con una corona de acero inoxidable.
- Restauraciones clase III y clase V. Debido a sus propiedades estéticas hacen que este producto sea ideal para la restauración de dientes anteriores temporales en pacientes con el síndrome del biberón.
- Restauraciones clase I y II en dientes temporales.
- Aplicaciones específicas en molares permanentes como en el caso de cavidades incipientes clase I. Existen dos razones para justificar este uso, en primer lugar se conserva mayor cantidad de estructura dental sana en estos molares, por otro lado los efectos estéticos obtenidos después de la aplicación de la resina líquida protectora son satisfactorios.

2.8 Definición de Términos Básicos

- **El manejo de la conducta del paciente pediátrico:** Exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional, sociológico y psicológico del niño. Conjunto de técnicas que permiten el control del miedo y/o ansiedad del paciente antes, durante o después del tratamiento odontológico, De igual forma, las actitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias acerca de los cuestionamientos jurídicos han llevado a que se reevalúen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente.
- **La Musicoterapia:** Es una técnica o herramienta de relajación eficaz para reducir la ansiedad durante la consulta odontológica. Los expertos lo consideran por sus valores educativos y pedagógicos.
- **Pulso Arterial:** Es la onda pulsátil de la sangre, percibida con los dedos, esta onda es resultado de la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La frecuencia normal en Niños (tres a cuatro años de edad): 80 a 120 latidos por minuto; y Niños (cinco a ocho años de edad): 70 a 110 latidos por minuto.
- **Cavitación:** eliminar la lesión cariosa de un diente.
- **Material restaurador:** relleno específico y adecuado para las cavitaciones después del retiro de lesiones cariosas.

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis de tablas y gráficos

Descripción general de los datos

Análisis estadístico del grupo experimental:

A continuación se comenzará a analizar la encuesta que se le efectuó al grupo experimental que son aquellos niños que recibieron un tratamiento no convencional (mediante la colocación de musicoterapia con un reproductor mp3). Ello se tomó a una muestra de 25 niños comprendidos entre seis a ocho años.

a. Clasificación por edad:

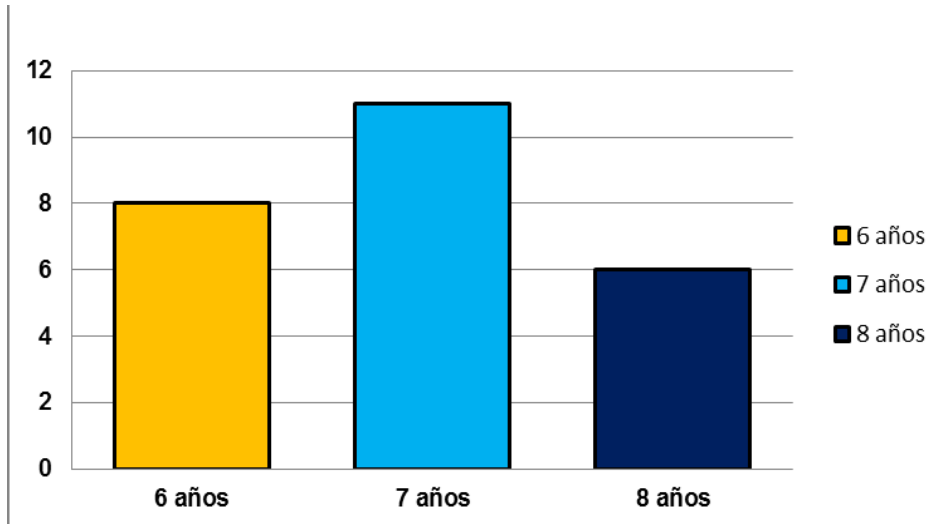
- Del grupo experimental tenemos que el 32% de niños tienen seis años, el 24% del total tienen ocho años, y el 44% tienen siete años que son en su mayoría.

Tabla N.º1: Edad de los participantes del grupo experimental

Edad	Frecuencia	Porcentaje
6 años	8	32,0
7 años	11	44,0
8 años	6	24,0
Total	25	100,0

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Gráfico N.º1: Edad de los participantes del grupo experimental



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

b. Clasificación por sexo:

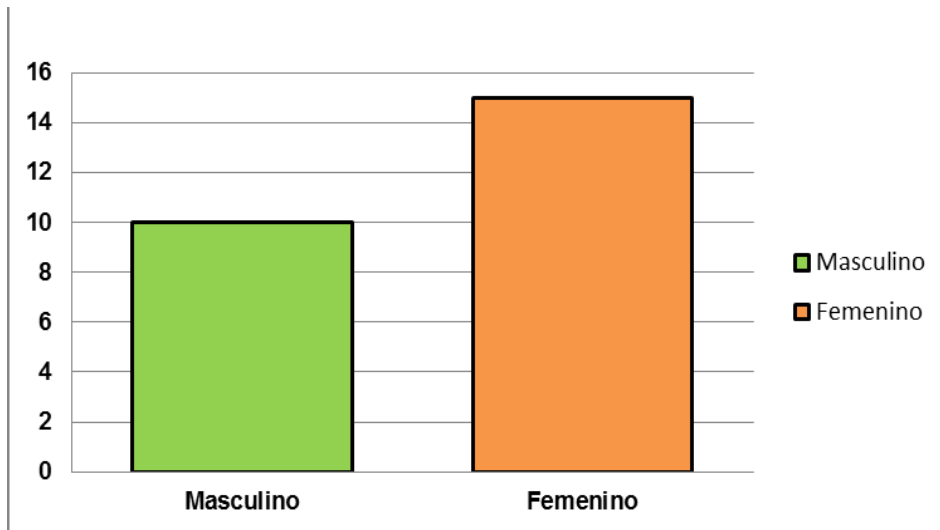
- En este grupo experimental, tenemos que la distribución por sexo es de 15 del sexo femenino con un 60%; y 10 del sexo masculino con un 40%.

Tabla N.º2: Sexo de los participantes del grupo experimental

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	10	40,0
Femenino	15	60,0
Total	25	100,0

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Gráfico N.º2: Sexo de los participantes del grupo experimental



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Análisis estadístico del grupo control:

Ahora comenzaremos a analizar el estudio que se le efectuó al grupo control que son aquellos niños que recibieron un tratamiento convencional (mediante técnicas ya estipuladas). Ello se tomó a una muestra de 25 niños comprendidos entre seis a ocho años.

c. Clasificación por edad:

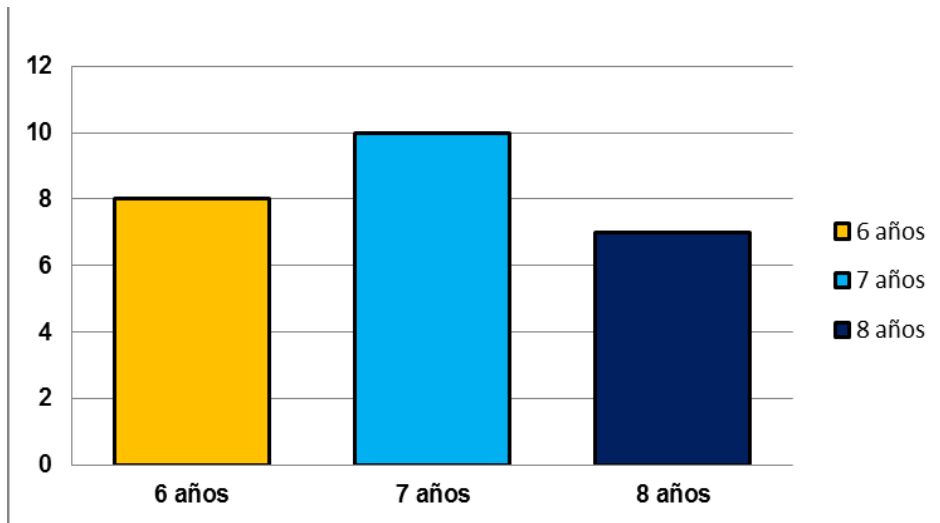
- Del grupo control tenemos que el 32% de niños tienen seis años, el 28% del total tienen ocho años, y el 40% tienen 7 años que son en su mayoría.

Tabla N.º3: Edad de los participantes del grupo control

Edad	Frecuencia	Porcentaje
6 años	8	32,0
7 años	10	40,0
8 años	7	28,0
Total	25	100,0

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Gráfico N.º3: Edad de los participantes del grupo control



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

d. Clasificación por sexo:

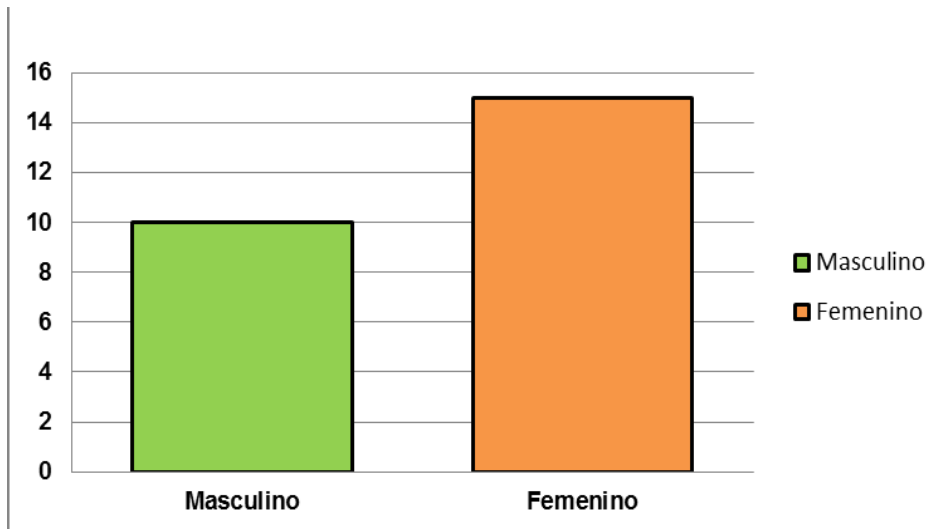
- En este grupo control, tenemos que la distribución por sexo es de 15 del sexo femenino con un 60%; y 10 del sexo masculino con un 40%.

Tabla N.º4: Sexo de los participantes del grupo control

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	10	40,0
Femenino	15	60,0
Total	25	100,0

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Gráfico N.º4: Sexo de los participantes del grupo control



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Tablas correspondientes al objetivo general: Determinar la eficacia del manejo de conducta basada en musicoterapia versus método convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en los niños de seis a ocho años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre del 2016

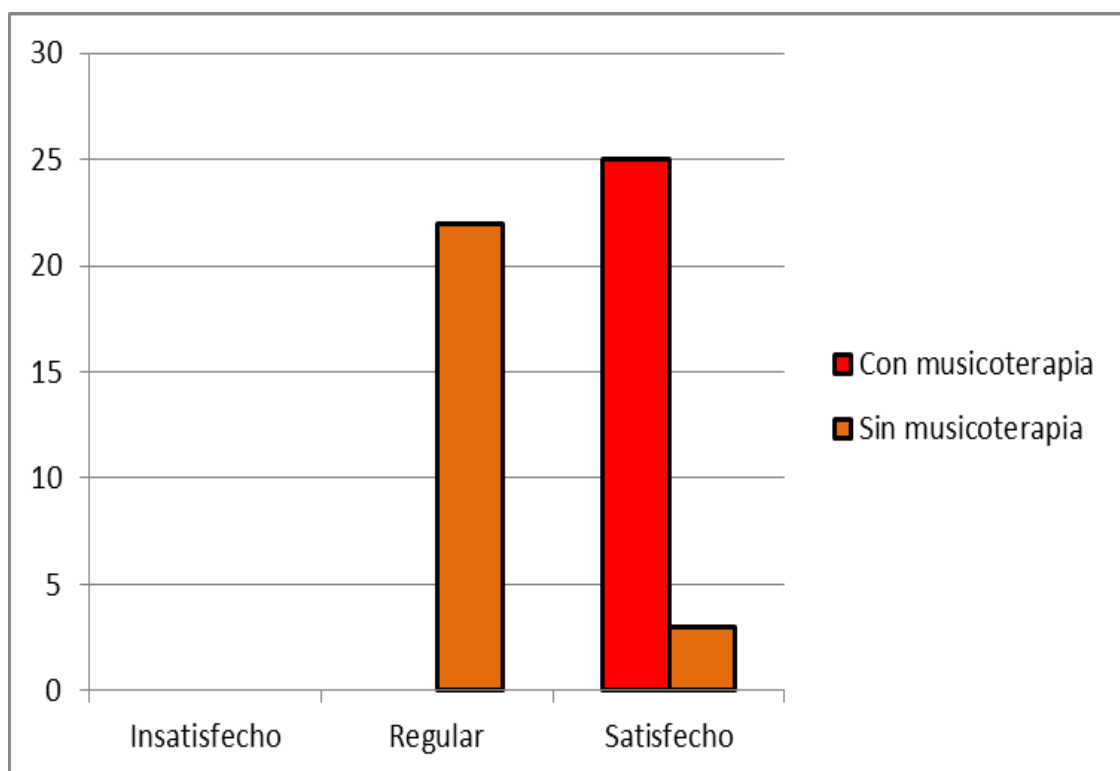
Tabla N.º5: Tabla cruzada de nivel de satisfacción

Nivel de satisfacción		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
Regular	Recuento	0	22	22
	%	0,0%	88,0%	44,0%
Satisfecho	Recuento	25	3	28
	% estudio	100,0%	12,0%	56,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a las diferencias del nivel de satisfacción, observamos que el 100% de niños que estuvieron sometidos a musicoterapia se encuentra satisfecho, mientras que el 88% de los niños que no estuvieron sometidos a musicoterapia mostraron un nivel de satisfacción regular y el 12% presentó un nivel de satisfacción.

Gráfico N.º5: Gráfico del nivel de satisfacción del grupo de estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Tabla N.º6: Tabla de prueba de ChiCuadrado del nivel de satisfacción

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,286 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad ^b	35,795	1	,000		
Razón de verosimilitudes	50,247	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	38,500	1	,000		
N de casos válidos	50				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: dado el valor de (0,00) el cual no supera el nivel de significancia (0,05), es decir se encuentra debajo del nivel de significancia (máximo grado de error a aceptar), se puede decir que el grado de satisfacción del niño con musicoterapia es mayor al del manejo de conducta convencional, con un error de 0,0%.

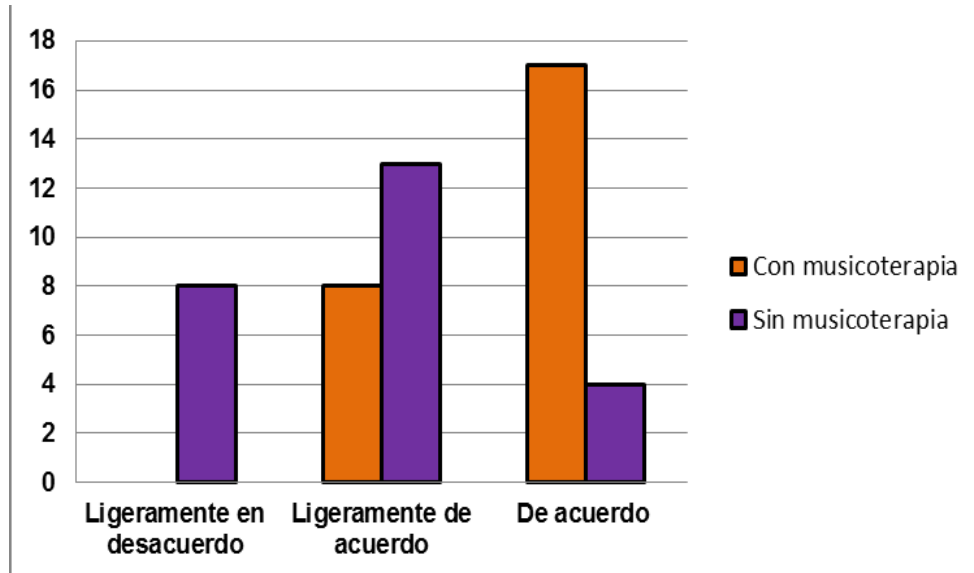
Tabla N.º7: Tabla cruzada de la pregunta N.º1 frente al grupo de estudio

Pregunta N.º1: ¿Me gustó que el dentista trabajara hoy en mi diente?		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
Ligeramente en desacuerdo	Recuento	0	8	8
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ligeramente de acuerdo	Recuento	8	13	21
	%	38,1%	61,9%	100,0%
De acuerdo	Recuento	17	4	21
	%	81,0%	19,0%	100,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la primera pregunta del test de satisfacción de Tamowski y Simonian referente a: “¿Me gustó que el dentista trabajara hoy en mi diente?; se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), ocho niños estuvieron “ligeramente en desacuerdo”, cuatro niños “de acuerdo”, y presentando en mayor cantidad, 13 niños “ligeramente de acuerdo”. Mientras que en el grupo experimental (Con musicoterapia), ocho niños estuvieron “ligeramente de acuerdo”, y 17 niños “de acuerdo” siendo este el de mayor cantidad.

Gráfico N.º6: Gráfico de la pregunta N.º1 frente al grupo de estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

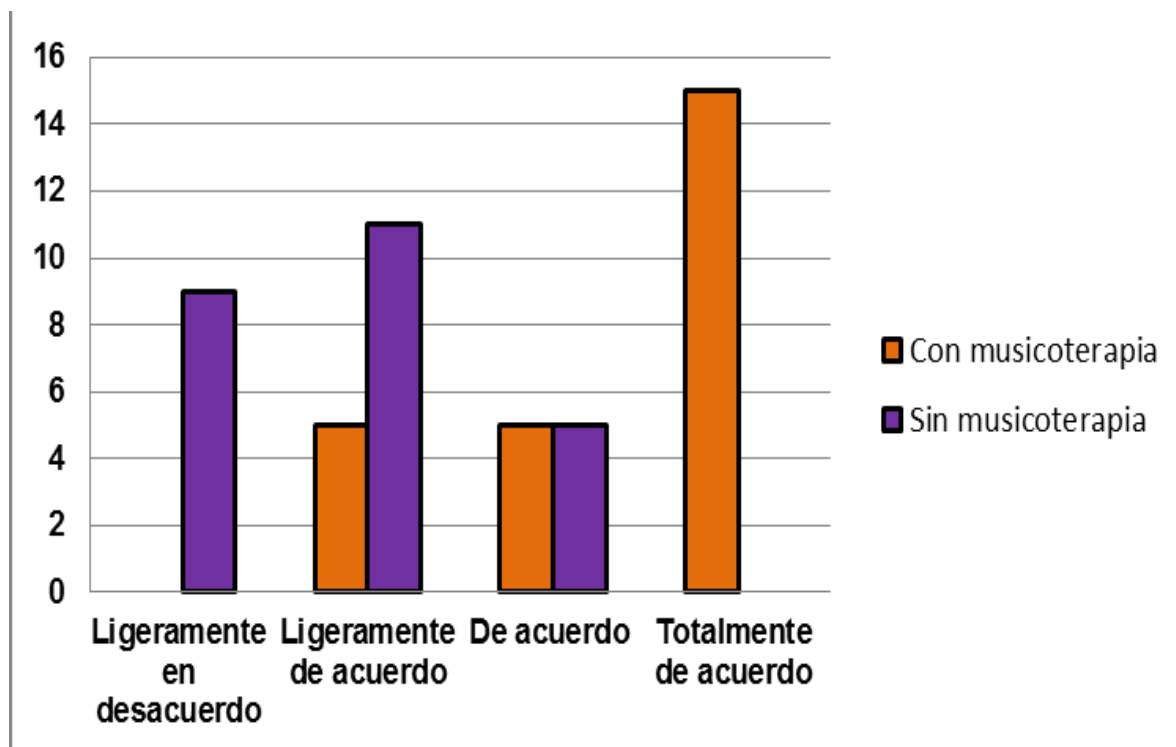
Tabla N.º8: Tabla cruzada de la pregunta N.º2 frente al grupo de estudio

Pregunta N.º2: ¿El tratamiento que hoy recibí no me dolió?		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
Ligeramente en desacuerdo	Recuento	0	9	9
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ligeramente de acuerdo	Recuento	5	11	16
	%	31,3%	68,8%	100,0%
De acuerdo	Recuento	5	5	10
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Totalmente de acuerdo	Recuento	15	0	15
	%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la segunda pregunta del test de satisfacción de Tamowski y Simonian referente a: “¿El tratamiento que hoy recibí no me dolió?; se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), nueve niños estuvieron “ligeramente en desacuerdo”, cinco niños “de acuerdo”, y presentando en mayor cantidad, 11 niños “ligeramente de acuerdo”. Mientras que en el grupo experimental (Con musicoterapia), cinco niños estuvieron “ligeramente de acuerdo”, cinco niños “de acuerdo” y 15 niños “totalmente de acuerdo” siendo este el de mayor cantidad.

Gráfico N.º7: Gráfico de la pregunta N.º2 frente al grupo de estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

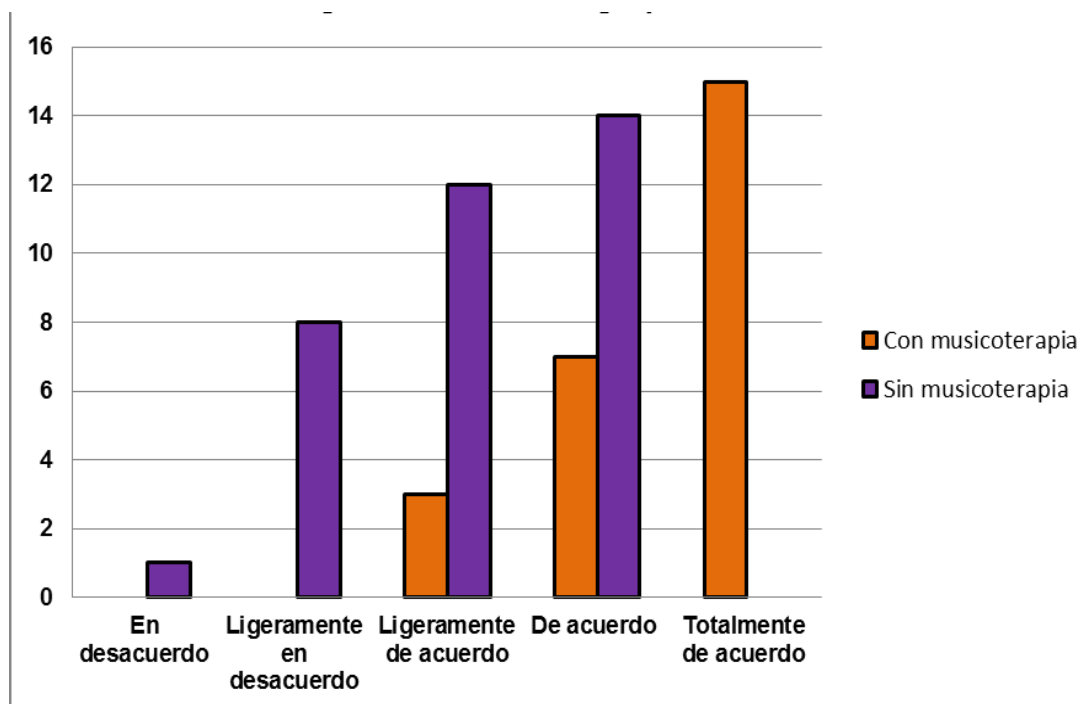
Tabla N.º9: Tabla cruzada de la pregunta N.º3 frente al grupo de estudio

Pregunta N.º3: ¿Disfrute mi visita al dentista el día de hoy?		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
En desacuerdo	Recuento	0	1	1
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ligeramente en desacuerdo	Recuento	0	8	8
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ligeramente de acuerdo	Recuento	3	12	15
	%	20,0%	80,0%	100,0%
De acuerdo	Recuento	7	4	11
	%	63,6%	36,4%	100,0%
Totalmente de acuerdo	Recuento	15	0	15
	%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la tercera pregunta del test de satisfacción de Tamowski y Simonian referente a: “¿Disfrute mi visita al dentista el día de hoy?; se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), un niño estuvo “en desacuerdo”, ocho niños “ligeramente en desacuerdo”, cuatro niños “de acuerdo”, y presentando en mayor cantidad, 12 niños “ligeramente de acuerdo”. Mientras que en el grupo experimental (Con musicoterapia), tres niños estuvieron “ligeramente de acuerdo”, siete niños “de acuerdo” y 15 niños “totalmente de acuerdo” siendo este el de mayor cantidad.

Gráfico N.º8: Gráfico de la pregunta N.º3 frente al grupo de estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

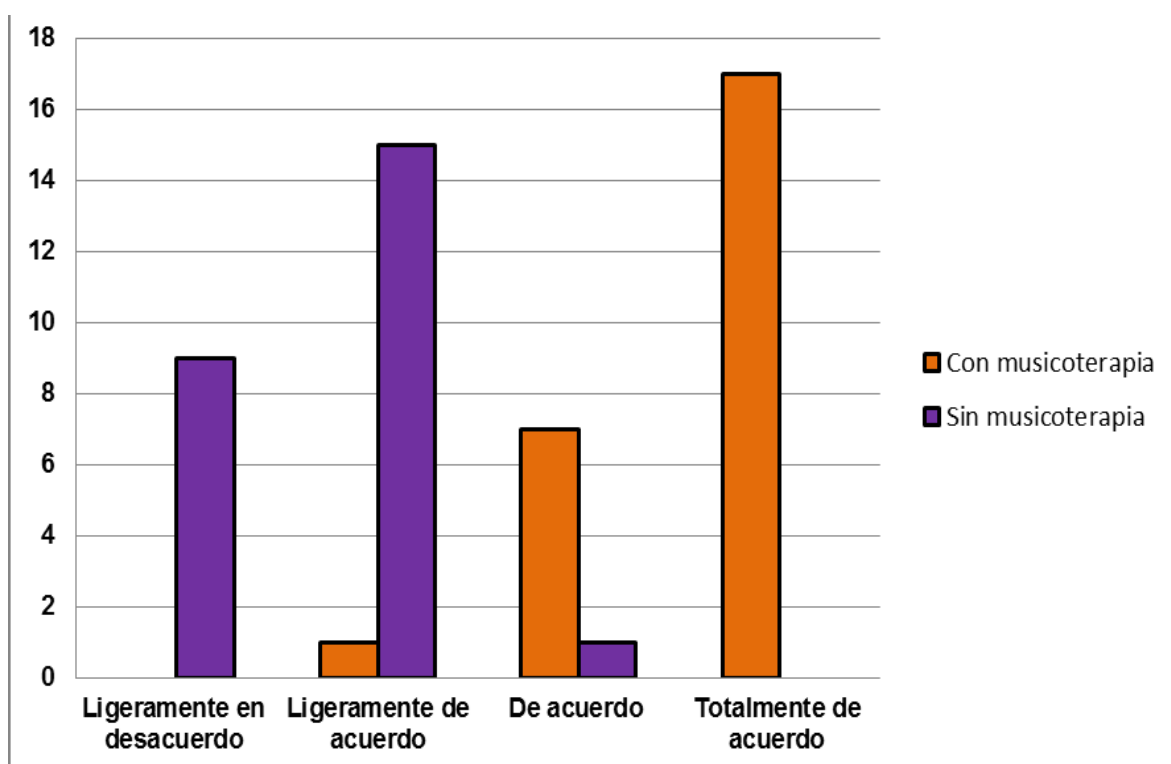
Tabla N.º10: Tabla cruzada de la pregunta N.º4 frente al grupo de estudio

Pregunta N.º4 ¿Me gusto como fui tratado el día de hoy?		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
Ligeramente en desacuerdo	Recuento	0	9	9
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ligeramente de acuerdo	Recuento	1	15	16
	%	6,3%	93,8%	100,0%
De acuerdo	Recuento	7	1	8
	%	87,5%	12,5%	100,0%
Totalmente de acuerdo	Recuento	17	0	17
	%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la cuarta pregunta del test de satisfacción de Tamowski y Simonian referente a: “¿Me gustó como fui tratado el día de hoy?; se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), nueve niños estuvieron “Ligeramente en desacuerdo”, un niño “de acuerdo”, y presentando en mayor cantidad, 15 niños “ligeramente de acuerdo”.

Gráfico N.º9: Gráfico de la pregunta N.º4 frente al grupo de estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

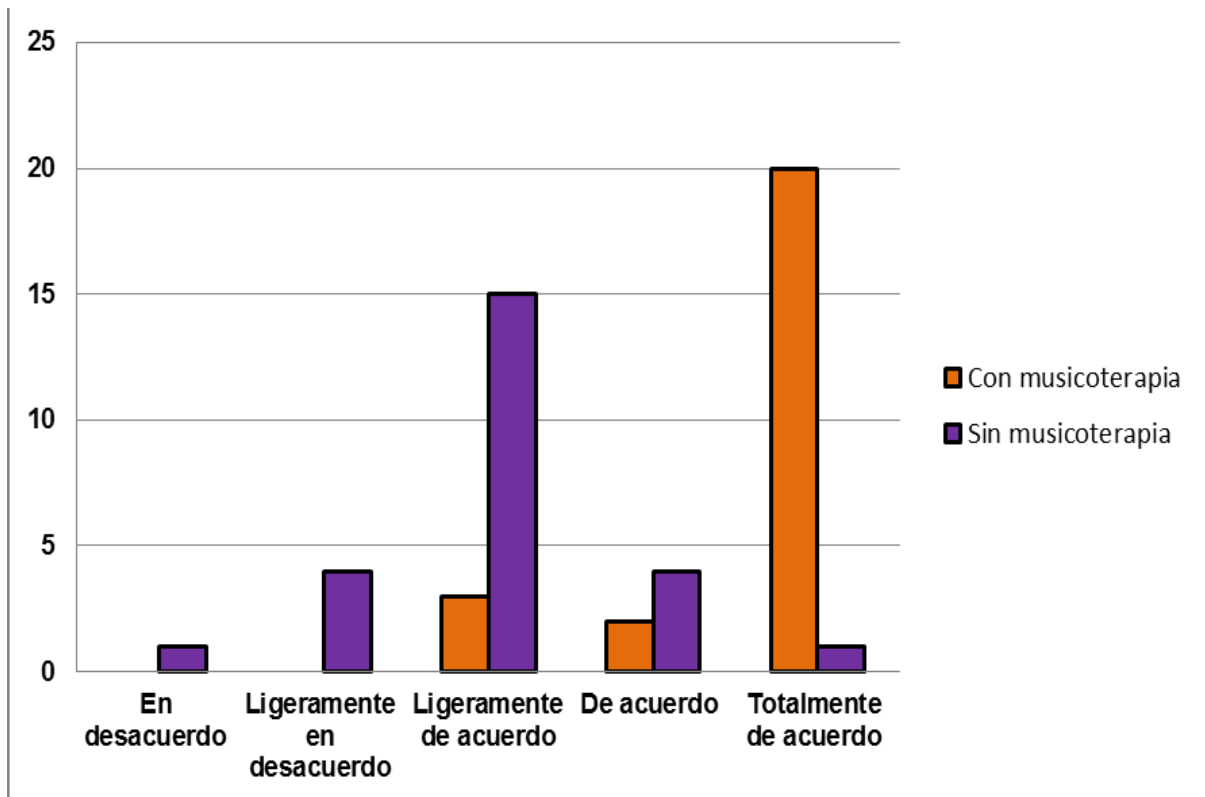
Tabla N.º11: Tabla cruzada de la pregunta N.º5 frente al grupo de estudio

Pregunta N.º5: ¿Me gustaría volver a ver al dentista de nuevo?		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
En desacuerdo	Recuento	0	1	1
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ligeramente en desacuerdo	Recuento	0	4	4
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Ligeramente de acuerdo	Recuento	3	15	18
	%	16,7%	83,3%	100,0%
De acuerdo	Recuento	2	4	6
	%	33,3%	66,7%	100,0%
Totalmente de acuerdo	Recuento	20	1	21
	%	95,2%	4,8%	100,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la quinta pregunta del test de satisfacción de Tamowski y Simonian referente a: “¿Me gustaría volver a ver al dentista de nuevo?; se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), un niño estuvo “en desacuerdo, cuatro niños “Ligeramente en desacuerdo”, cuatro niños “de acuerdo”, un niño “totalmente de acuerdo” y presentando en mayor cantidad, 15 niños “ligeramente de acuerdo”. Mientras que en el grupo experimental (Con musicoterapia), tres niños estuvieron “ligeramente de acuerdo”, dos niños “de acuerdo” y 20 niños “totalmente de acuerdo” siendo este el de mayor cantidad.

Gráfico N.º10: Gráfico de la pregunta N.º5 frente al grupo de estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Tablas correspondientes al objetivo secundario 1: Evaluar la eficacia de la propuesta del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante un tratamiento restaurativo en niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre del 2016.

Tabla N.º12: Tabla cruzada de la escala de imagen facial antes y después del estudio

	Grupo de estudio		Escala de imagen después				Total
			A. Leve	A. Leve a moderada	A. Moderada	A. Severa	
Con musicoterapia	Escala de imagen antes	A. Leve	Recuento	0	1	0	1
			%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		A. Moderada a severa	Recuento	2	7	0	9
			%	22,2%	77,8%	0,0%	100,0%
		A. Moderada a severa	Recuento	1	10	1	12
			%	8,3%	83,3%	8,3%	100,0%
		A. Severa	Recuento	0	2	1	3
			%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		Total	Recuento	3	20	2	25
			%	12,0%	80,0%	8,0%	100,0%
Sin musicoterapia	Escala de imagen antes	A. Leve a moderada	Recuento	0	4	1	5
			%	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%
		A. Moderada	Recuento	1	8	2	11
			%	9,1%	72,7%	18,2%	100,0%
		A. Moderada a severa	Recuento	0	3	4	8
			%	0,0%	37,5%	50,0%	100,0%
		Ansiedad severa	Recuento	0	0	1	1
			%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Total	Recuento	1	15	8	25	
		%	4,0%	60,0%	32,0%	100,0%	

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación:

- a. Grupo experimental: En la siguiente tabla cruzada se puede observar que al grupo que se le colocó la musicoterapia presentó:
- Un niño con “ansiedad leve a moderada” antes del estudio, después del estudio permaneció en “ansiedad leve a moderada”.
 - 11 niños presentaron “ansiedad moderada” antes del estudio; después del estudio bajo su ansiedad, dos niños a “ansiedad leve” y siete niños a “ansiedad leve a moderada” siendo este en gran mayoría.
 - 12 niños presentaron “ansiedad moderada a severa” antes del estudio; después del estudio bajo su ansiedad, un niño a “ansiedad moderada”, un niño a “ansiedad leve” y 10 niños a “ansiedad leve a moderada”, siendo este en gran mayoría.
 - Tres niños presentaron “ansiedad severa” antes del estudio; después del estudio bajo su ansiedad; un niño a “ansiedad moderada” y dos niños a “ansiedad leve a moderada”, siendo este en gran mayoría.
- b. Grupo control: En la siguiente tabla cruzada se puede observar que al grupo que no se le colocó musicoterapia y se trató con las técnicas convencionales presentó:
- Cinco niños con “ansiedad leve a moderada” antes del estudio, después del estudio un niño aumento su ansiedad a “ansiedad severa” y permanecieron cuatro niños en “ansiedad leve a moderada” siendo este en su gran mayoría.
 - 11 niños presentaron “ansiedad moderada” antes del estudio; después del estudio dos niños permanecieron en el rango de la “ansiedad moderada” y solo un niño bajo su ansiedad a “ansiedad leve”, en su gran mayoría ocho niños bajaron a “ansiedad leve a moderada”.
 - Ocho niños presentaron “ansiedad moderada a severa” antes del estudio; después del estudio un niño aumento su ansiedad a “ansiedad severa”, tres niños bajaron a “ansiedad leve a moderada” y cuatro niños bajaron a “ansiedad moderada” siendo este en su gran mayoría.
 - Un niño presentó “ansiedad severa” antes del estudio; después del estudio bajo su ansiedad a “ansiedad moderada”.

Tabla N.°13: Tabla cruzada de la toma de pulso antes y después del estudio

Grupo de estudio			Pulso después			Total
			Normal	Disminuido	Aumentado	
Con musicoterapia	Pulso antes	Disminuido	Recuento	4	3	7
			%	57,1%	42,9%	100,0%
	Aumentado	Recuento	0	18	18	
		%	0,0%	100,0%	100,0%	
	Total		Recuento	4	21	25
			%	16,0%	84,0%	100,0%
Sin musicoterapia	Pulso antes	Disminuido	Recuento	15	0	15
			%	100,0%	0,0%	100,0%
	Aumentado	Recuento	4	6	10	
		%	40,0%	60,0%	100,0%	
	Total		Recuento	19	6	25
			%	76,0%	24,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación:

a. Grupo experimental:

- Siete niños presentaron el pulso disminuido antes del estudio, una vez terminado el estudio se procedió hacer la toma del pulso; permaneciendo tres niños con el pulso disminuido y cuatro niños con el pulso normal.
- 18 niños presentaron el pulso aumentado antes del estudio; una vez terminado el estudio se procedió hacer la toma del pulso; notándose que los 18 niños disminuyeron su pulso.

b. Grupo control:

- 15 niños con el pulso disminuido antes del estudio, una vez terminado el estudio se procedió hacer la toma del pulso; notándose que no varió los resultados ya que los 15 niños permanecieron con el pulso disminuido.
- 10 niños presentaron el pulso aumentado antes del estudio, una vez terminado el estudio se procedió hacer la toma del pulso; notándose que cuatro bajaron su pulso después de la aplicación de técnicas convencionales, mientras que seis permanecieron con su pulso aumentado.

Tablas correspondientes al objetivo secundario 2: Evaluar la eficacia del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a su ansiedad durante los tratamientos restaurativos en niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre del 2016.

Tabla N.º14: Tabla cruzada de la escala de imagen facial antes del estudio

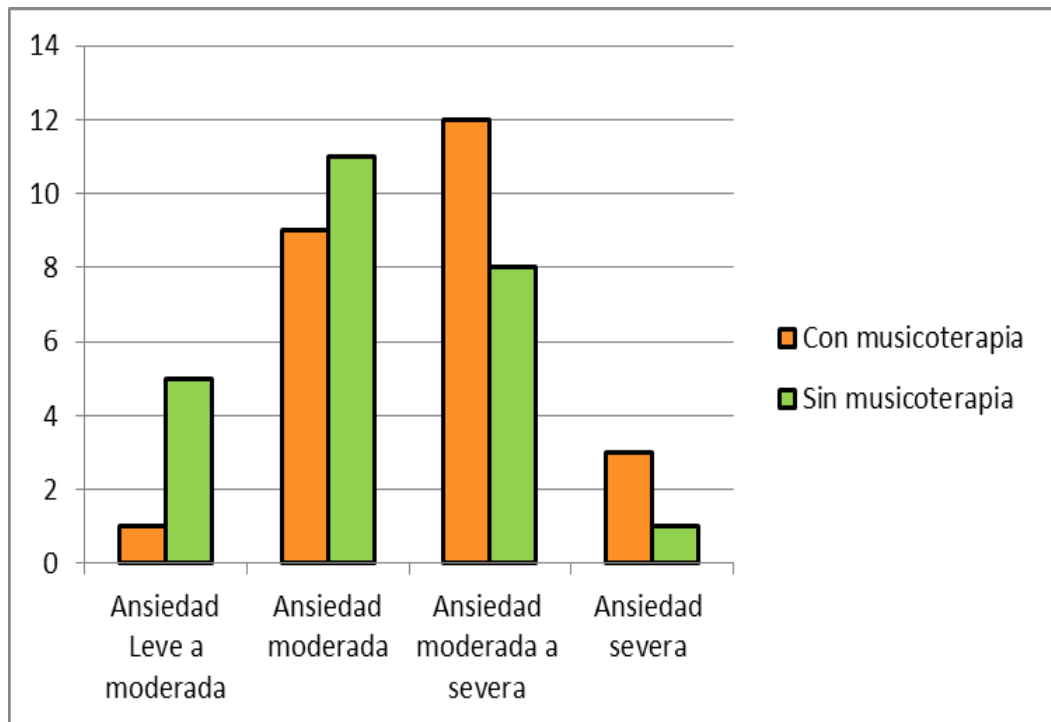
Escala de imagen facial antes del estudio		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
Ansiedad leve a moderada	Recuento	1	5	6
	%	16,7%	83,3%	100,0%
Ansiedad moderada	Recuento	9	11	20
	%	45,0%	55,0%	100,0%
Ansiedad Mod. a severa	Recuento	12	8	20
	%	60,0%	40,0%	100,0%
Ansiedad severa	Recuento	3	1	4
	%	75,0%	25,0%	100,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la evaluación de la Escala de imagen facial antes del estudio se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), cinco niños marcaron la carita correspondiente a “ansiedad leve a moderada”, ocho niños marcaron las caritas correspondientes a “ansiedad moderada a severa”, un niño marco la carita correspondiente a “ansiedad severa” y presentándose en mayor cantidad 11 niños que marcaron “ansiedad moderada”.

Mientras que en el grupo experimental (Con musicoterapia), un niño marco la carita correspondiente a “ansiedad leve a moderada”, nueve niños marcaron “ansiedad moderada”, tres niños “ansiedad severa” y 12 niños marcaron la carita correspondiente a “ansiedad moderada a severa” siendo este el de mayor cantidad.

Gráfico N.º11: Gráfico de la escala de imagen facial antes del estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Tabla N.º15: Tabla cruzada de la toma de pulso antes del estudio

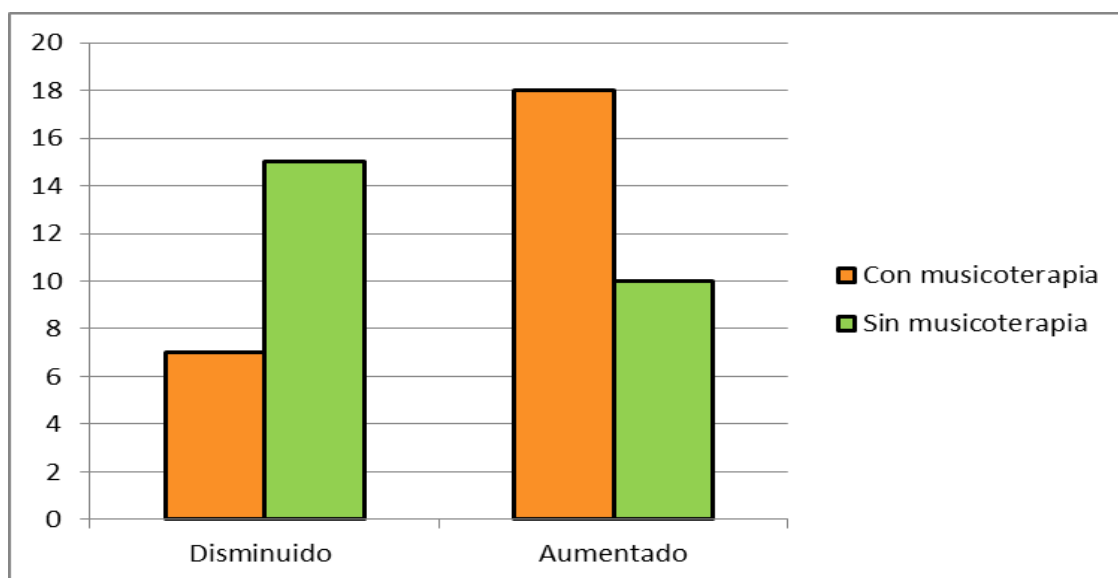
Pulso Antes del estudio		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
Disminuido	Recuento	7	15	22
	%	31,8%	68,2%	100,0%
Aumentado	Recuento	18	10	28
	%	64,3%	35,7%	100,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la toma de pulso antes del estudio se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), 10 niños presentaron

el pulso aumentado, y 15 niños el pulso disminuido. Mientras que en el grupo experimental (Con musicoterapia), siete niños presentaron el pulso disminuido y 18 niños el pulso aumentado.

Gráfico N.º12: Gráfico de la toma de pulso antes del estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

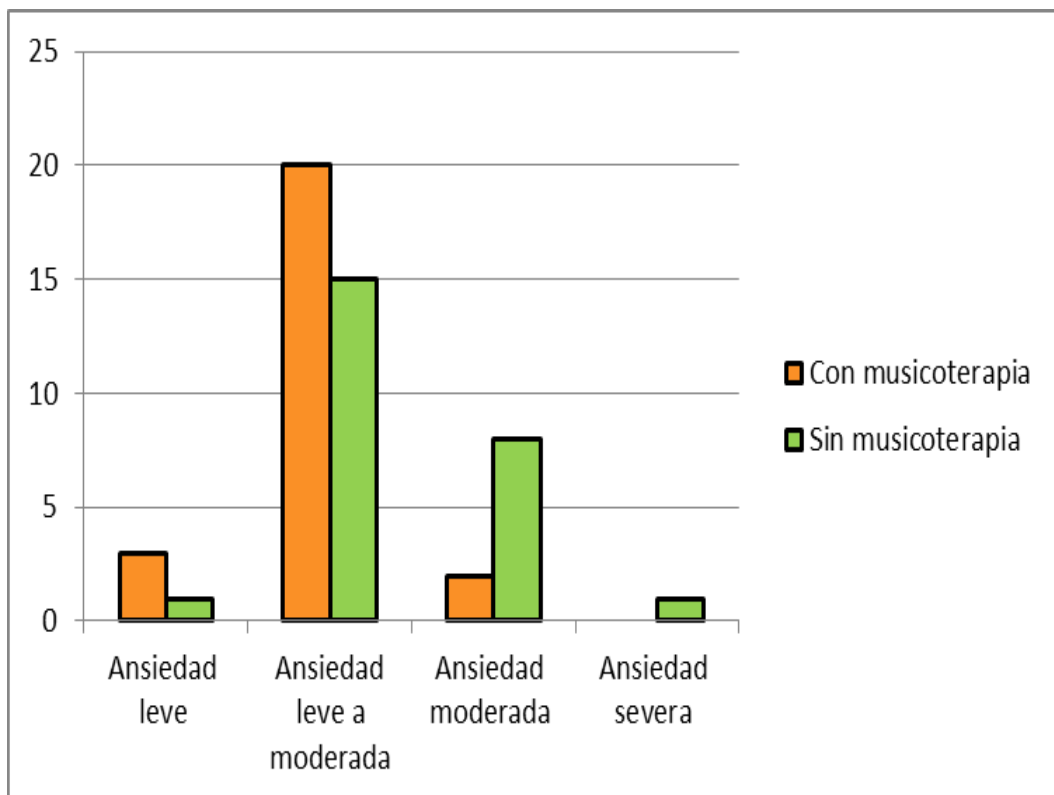
Tabla N.º16: Tabla cruzada de la escala de imagen facial después del estudio

Escala de imagen facial después del estudio		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
Ansiedad leve	Recuento	3	1	4
	%	75,0%	25,0%	100,0%
Ansiedad leve a moderada	Recuento	20	15	35
	%	57,1%	42,9%	100,0%
Ansiedad moderada	Recuento	2	8	10
	%	20,0%	80,0%	100,0%
Ansiedad severa	Recuento	0	1	1
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Recuento		25	25	50
Total	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la evaluación de la Escala de imagen facial después del estudio se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), un niño marcó la carita correspondiente a “ansiedad leve”, ocho niños marcaron la carita correspondiente a “ansiedad moderada”, un niño marco la carita correspondiente a “ansiedad severa” y presentándose en mayor cantidad 15 niños que marcaron “ansiedad leve a moderada”. Mientras que en el grupo experimental (Con musicoterapia), tres niños marcaron las caritas correspondientes a “ansiedad leve”, dos niños marcaron “ansiedad moderada”, 20 niños marcaron la carita correspondiente a “ansiedad leve a moderada” siendo este el de mayor cantidad.

Gráfico N.º13: Gráfico de la escala de imagen facial después del estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

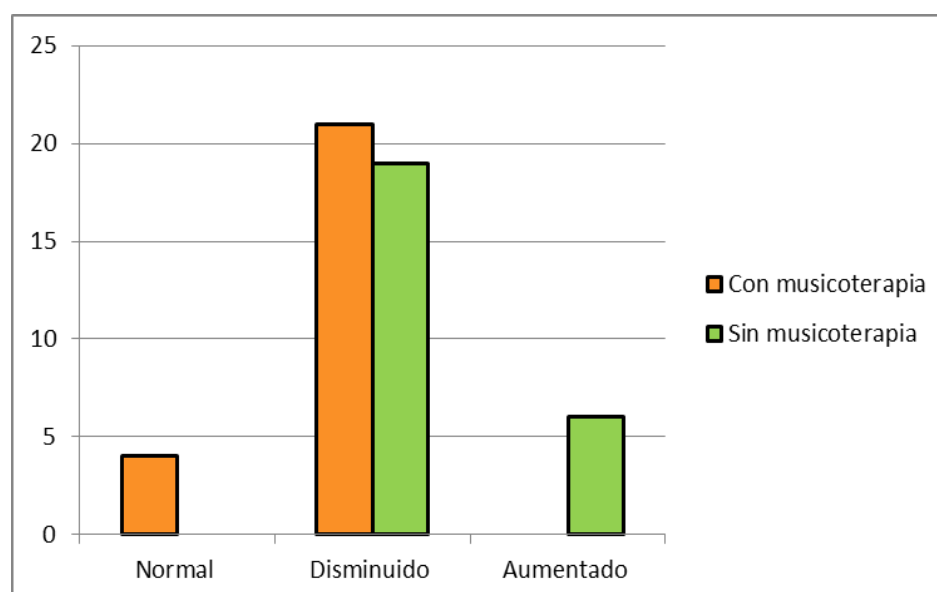
Tabla N.º17: Tabla cruzada de la toma de pulso después del estudio

Pulso después del estudio		Grupo de estudio		Total
		Con musicoterapia	Sin musicoterapia	
Normal	Recuento	4	0	4
	%	100,0%	0,0%	100,0%
Disminuido	Recuento	21	19	40
	%	52,5%	47,5%	100,0%
Aumentado	Recuento	0	6	6
	%	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	25	25	50
	%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: elaborado por el investigador en base a sus datos

Interpretación: Con respecto a la toma de pulso después del estudio se presentó que en el grupo control (Sin musicoterapia), seis niños presentaron el pulso aumentado, y 19 niños el pulso disminuido. Mientras que en el grupo experimental (Con musicoterapia), cuatro niños presentaron el pulso normal y 21 niños el pulso disminuido.

Gráfico N.º14: Gráfico de la toma de pulso después del estudio



Fuente: Elaborado por el investigador en base a sus datos

3.2. Discusión

En el presente estudio se valoró la eficacia del manejo de conducta basado en musicoterapia versus método convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante el tratamiento restaurativo en los niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas Lima, octubre del 2016, mediante el Test de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento de Tamowski y Simonian que fue evaluado después del tratamiento restaurativo que se le realizó, dándonos así un resultado de satisfacción al 100% con el manejo de musicoterapia y un 88% de Satisfacción regular con el manejo convencional, también se realizó la toma de signo vital como el pulso; la cual fue tomada antes y después del tratamiento para evaluar el grado de satisfacción según la ansiedad, dándonos un resultado de un total de 25 pacientes que se sometieron a musicoterapia, donde 18 pacientes (100%) disminuyeron su ansiedad mientras que, de 25 pacientes que fueron sometidos al manejo convencional, 15 pacientes (100%) mantuvieron su pulso y en algunos casos aumento, por último se realizó la toma de la Escala de imagen facial antes y después de cada tratamiento, resultando que del total de 25 pacientes sometidos a musicoterapia, 12 pacientes que presentaron ansiedad severa disminuyeron su ansiedad hasta Ansiedad leve (8,3%), Ansiedad leve a moderada (83,3%) y ansiedad moderada (8,3%). Mientras que en el grupo control sometidos a manejo de conducta convencional, de 11 pacientes que presentaron ansiedad moderada, se mantuvo con (18,2%), disminuyó a ansiedad leve a moderada en un (72,2%) y ansiedad leve (9,1%). Para realizar este estudio se usó la música relajante “Las cuatro estaciones de Vivaldi” como un medio de distractor, frente a los ruidos que puedan causar ansiedad y lograr captar toda la atención a la música. Teniendo un resultado de relajación y eficacia del manejo de conducta con musicoterapia, siendo estadísticamente confiable.

Gallegos (2016) tuvo como objetivo comparar las técnicas de musicoterapia y gafas de distracción audiovisual para disminuir el nivel de ansiedad en niños de seis a ocho años de la Escuela Consejo Provincial de Pichincha. Donde estuvo constituido después de la formula estadística y la exclusión de casos por 210

pacientes. Se procedió hacer el envío del consentimiento explicativo a cada padre de los niños participantes al estudio, luego se dividieron en dos grupos de manera aleatoria; uno con musicoterapia (música clásica “las cuatro estaciones de Vivaldi”) y el segundo con gafas de distracción audiovisual (dibujos animados goku en niños y rapunzel en niñas). Se procedió a recopilar sus datos y hacerlas tomas de signos vitales, además de realizarle un test de imagen facial donde determinaba el nivel de ansiedad que presentaba el niño antes del tratamiento. Se comenzó con el tratamiento (profilaxis dental) a un grupo de niños con musicoterapia y otro con gafas de distracción audiovisual. Una vez terminado el tratamiento se volvía hacer el registro de signos vitales, la escala de imagen facial. De los resultados obtenidos con las pruebas de normalidad se tiene que únicamente los valores de pulso son mayores que 0,05 para lo cual se usaron pruebas paramétricas; y de la escala de imagen facial son menores que 0,05 se utilizaron pruebas no paramétricas. Se comparó la frecuencia de pulso con pruebas de T Student, escala de imagen facial con la prueba de U Mann-Whitney y Wilcoxon. Concluyeron que al realizar la comparación entre las dos técnicas se observó similitud de resultados para el control de la ansiedad ($p > 0,121$). 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. Se concluye que ambas técnicas son efectivas para disminuir el nivel de ansiedad en niños de seis a ocho años, teniendo en cuenta que la musicoterapia en este estudio tuvo una eficacia mayor al momento de la disminución de la ansiedad.

Por otro lado Gómez (2016) en su estudio tuvo como objetivo verificar la eficiencia de la musicoterapia como herramienta para reducir la ansiedad en niños de cinco a 13 años atendidos en la clínica de la Universidad de las Américas (Chile). Esto se realizó con la conversación previa con los padres acerca de la investigación y se hizo firmar el consentimiento informado. Ejecutándose en 45 niños/as de cinco a 13 años escogidos de manera aleatoria y dividiéndolos en tres grupos; uno con musicoterapia con audífonos (música relajante “music with wáter sounds meditation”, con audífonos sin música (audífonos donde aíslan el sonido de los equipos odontológicos) y otro el grupo control sin audífonos y sin música. A todos se les efectuó el test de ansiedad de Corah, y un test observacional de ojos de

motricidad. Se realizó también la toma de signos vitales para poder medir la disminución de la ansiedad. Los resultados obtenidos en el test de Corah y observacional no se encontraron diferencia estadísticamente significativa, mientras que en la frecuencia cardiaca se encontró una diferencia de ($p \leq 0,05$) durante la toma de las pulsaciones; las cuales demostraron que la musicoterapia influye sobre las mismas. Concluyendo así que la musicoterapia es una herramienta eficaz para reducir la ansiedad durante la consulta odontológica; el nivel de ansiedad con la que llegó el niño fue de tipo leve con un 57,78% durante el tratamiento los signos vitales disminuyeron a 76 pulsaciones por minuto, mientras que a los niños con audífonos sin música estaban dentro del rango normal, y los niños del grupo control aumentaron su frecuencia cardiaca.

Tasayco (2011) también tuvo como objetivo determinar si la aplicación de la Musicoterapia disminuía la ansiedad en niños durante el tratamiento dental considerándose los signos vitales como factores cuantificables de la ansiedad. Seleccionándose 52 pacientes de seis a ocho años sin experiencia de tratamientos con instrumentos rotatorios y con presencia de caries. Distribuyéndose así la muestra en dos grupos donde a uno se le aplicó la musicoterapia (grupo experimental) y al otro no (grupo control). Una vez distribuidos y firmados por los padres los consentimientos informados, se les realizó el test de la escala de imagen facial (FIS) y la toma de funciones vitales, se procedió a realizar los tratamientos odontológicos. Al final se volvió a tomar el test de escala de imagen facial (FIS) y la toma de funciones vitales. Dando como resultado que el grupo experimental presentó menores niveles de ansiedad que el grupo control durante el tratamiento dental.

Mientras que Marwah *et al.* (2005-India) dividió en dos grupos, en el de control y con música que a su vez lo subdividió el grupo de música en música instrumental y otro con música infantil, los valores de la frecuencia del pulso eran más en el grupo control en comparación con cualquiera de los grupos que estuvieron sometidos a musicoterapia, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas, los valores de saturación de oxígeno mostraron una variación mínima

durante todas las visitas de todos los grupos y los resultados no fueron estadísticamente significativas.

Y Cruz (2002) evaluó la conducta del paciente pediátrico durante el tratamiento odontológico, mientras el niño era atendido con musicoterapia. El grupo de estudio fue de 50 niños y niñas de tres a nueve años atendidos durante el mes de enero del 2002. Este estudio fue un ensayo clínico de tipo comparativo utilizando una autorización para la aplicación de musicoterapia, consentimiento informado, firmado por padres o apoderados, test de problemas conductuales de Achenbach. Al final monitoreándose la conducta de los pacientes a través de la escala de clasificación de la conducta del niño en el consultorio dental de la universidad del Estado de Ohio; una vez terminada todo el procedimiento el pequeño respondía una test de satisfacción de Tamowski y Simonian. Dando como resultado que los niños atendidos con musicoterapia respondían a una mejor conducta durante el tratamiento y al final del estudio una satisfacción frente al uso del manejo de conducta con musicoterapia.

3.3. Conclusiones

- El manejo de conducta del niño con musicoterapia es muy eficaz en términos de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico ya que se presentó mayores niveles de satisfacción; donde los niños que fueron evaluados manifestaron que se encontraban satisfechos, resultando el 100% de la totalidad, mientras que al grupo que se le trato con el manejo convencional tuvo un resultado de 88% de satisfacción regular.
- La propuesta del manejo de conducta con musicoterapia es eficaz ya que en su mayoría de casos se notó la respuesta eficaz y variación del antes y después del tratamiento, demostrando que con la musicoterapia se puede lograr la distracción del niño frente a los ruidos o temor a los procedimiento odontológicos, para su exitosa atención.
- La eficacia del manejo de conducta en relación a su nivel de ansiedad, se dio que el grupo con musicoterapia el 83,3% disminuyo su ansiedad a un nivel leve a moderado en su mayoría, en comparación al grupo control, que algunos casos disminuyeron y otros aumentaron su ansiedad.

3.4. Recomendaciones

- Por su gran eficacia, sería recomendable aplicarlo como un instrumento básico e importante para el control de la ansiedad durante cualquier tipo de tratamiento odontológico dentro de la clínica docente Estomatológica pediátrica II, para que el paciente se relaje y presente una colaboración mayor durante la atención por el alumno.
- Si las melodías causan un efecto positivo en el paciente pediátrico, lo más recomendable sería no repetir las canciones una y otra vez en la misma cita odontológica, ya que el niño puede aburrirse y rechazarlo en la próxima cita, por ello es preferible mantener una variedad y así el niño desee volver a escucharlas la próxima cita.
- Realizar más estudios donde se incluya la musicoterapia, para el manejo de conducta para niños que requieran una atención especial por un déficit de salud tales como, síndrome de down, retraso mental o incluso en otros grupos etarios con similar evaluación pueden ser un punto de partida para futuras investigaciones. Siempre recordando que los niños no son adultos pequeños y nuestra labor para poder controlar su ansiedad durante o incluso antes del tratamiento es, conociendo su perfil psicológico y edad para saber qué tipo de técnica de manejo de conducta se debe emplear en cada uno de ellos, para lograr tener un buen resultado durante el tratamiento odontológico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hernández R, Fernández C. Concepción o elección el diseño de investigación. En: Hernández Sampieri/ Fernández Coliaco/ Baptista Lucio. Metodología de la investigación. Quinta edición. México: Mc Graw Hill; 2010. 118-169.
2. Gallegos K. 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]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2016.
3. Gómez EG. Musicoterapia en el tratamiento odontológico de pacientes de 5 – 13 años en el centro de Atención odontológico [Tesis]. La Florida: Universidad de las Américas. Facultad de Odontología; 2016.
4. 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]. La Florida: Universidad de las Américas. Facultad de Odontología; 2015.
5. Mejía Torres YS. Uso actual de la técnica mano sobre boca en los posgrados de Odontopediatría en México [Tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de odontología; 2014.
6. Llanco EL. Eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus método 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 [Tesis]. Huancayo: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Estomatología; 2014.

7. Lopera MP, Chaverra VC, Muñetones D, Serna E, Díaz MV, Bermúdez P. Manejo de la Conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín 2012. Revista Nacional de Odontología. Enero-Junio 2013; 9(16):59-65.
8. Gómez RA, Duran L, Cabra LJ, Pinzón CT, Rodríguez NR. Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con Síndrome de Down. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Julio – diciembre 2012; 17(2):13-24.
9. Álvarez Arreola Z. Evolución de la Conducta según la Escala de Frankl en niños de 4 a 8 años que acuden a consulta al posgrado de Odontopediatría de la FMUAQ [Tesis]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Medicina. Especialidad en Odontopediatría; 2012.
10. Jiménez Salinas S. Estudio de las Técnicas de manejo de conducta implementada en los programas de educación superior de Odontología Pediátrica [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Odontología; 2011.
11. Pucha M. Tipos de comportamiento y su manejo odontológico en niños de 3 a 8 años, que acuden al consultorio dental del patronato provincial de amparo social de la ciudad de Loja, durante el periodo abril-septiembre del 2011 [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja. Facultad de Odontología; 2011.

12. Quiroz JM. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología; 2011.

13. Tasayco M. Nivel de ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener, Lima-Perú, 2010 [Tesis]. Lima: Universidad Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académica Profesional de Odontología; 2011.

14. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev. Estomatol Herediana. 2010; 20(2):101-106.

15. Villasante R, Padilla T. Influencia de la Técnica de Modelado con video en niños no cooperadores durante el tratamiento dental. Revista Estomatológica del Altiplano; 14(1):35-39.

16. Cruz CM, Díaz-Pizan ME. La Música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev Estomatol Herediana 2005; 15(1):46-49.

17. Cruz CM. Evaluación de la modificación de la conducta del paciente pediátrico a través de la musicoterapia durante el tratamiento odontológico [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología; 2002.

18. Boj J R. Odontopediatría. 1 era edición. Ed Masson. 2005:255-269.

19. Boj J R. Odontopediatría. 1 era edición. Ed Masson. 2005:470-471.
20. Escobar Muñoz F. Odontología pediátrica. 1ra Edición. Ed Amolca. 2004: 2-28.
21. Castrillón D, Borrero V. Validación del inventario de ansiedad estado rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. Acta Colombiana de Psicología. 2005; (13):79-90.
22. Boj, J., Cortés, O., & Suárez, E. (2011). Desarrollo psicológico del niño. En J. Boj, M. Catalá, C. García, A. Mendoza, & P. Planells, Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven (págs. 97-108). Madrid: Ripano.
23. Osorio, H., & Angie, G. (2014). Niveles de ansiedad y respuesta Fisiológica en el niño de 5 A 10. *Tesis de Grado para Optar al Título de Especialista en Odontopediatría*. Obtenido de <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1180/1/aosorio.pdf>.
24. Iriarte R. Music therapy effectiveness to decrease anxiety in mechanically ventilated patients. Enfermeria Intensive. 2003 .Apr-Jun; 14(2):43-8.
25. Hernández R, Fernández C. Recolección y análisis de los datos cualitativos. En: Hernández Sampieri/ Fernández Coliaco/ Baptista Lucio. Metodología de la investigación. Quinta edición. México: Mc Graw Hill; 2010. 405-488.
26. Marwah N, Prabhakar A, Raju O. Music distraction – its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2005; 23(4): 168-170.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA PRINCIPAL	HIPÓTESIS PRINCIPAL	OBJETIVO PRINCIPAL		
¿Es más eficaz la técnica de manejo de conducta basada en musicoterapia que el método convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en los niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas-	La técnica de manejo de conducta basado en musicoterapia es más eficaz en comparación con el método convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en los niños de 6 a 8 años, Universidad	Determinar la eficacia del manejo de conducta basada en musicoterapia versus método convencional aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II durante los tratamientos restaurativos en los niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas - Lima, octubre del 2016.	<p>Variable independiente : Manejo de conducta</p> <p>Variable Dependiente : Musicoterapia versus Método convencional</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Según Hernández Sampieri, la presente investigación es de tipo <i>Experimental</i> porque se manipuló deliberadamente las variables. Es decir, se trató de un estudios donde variamos en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.¹ <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> La siguiente investigación será de tipo Cuasi Experimental, donde se manipulará deliberadamente las variables. Es decir, se trata de estudios donde variamos en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.¹ <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>Como el criterio de selección para la muestra fue para poder determinar la eficacia del manejo de conducta con musicoterapia o con el método convencional , debido a ciertas limitaciones de la muestra los datos poblacionales no presentan los esquemas correspondientes para una ecuación de población finita, por tal razón el método seguido es No Probabilístico intencional, teniendo en cuenta los siguientes criterios:</p>

Lima, octubre del 2016?	Alas Peruanas- Lima, octubre del 2016			<ul style="list-style-type: none"> • Los niños para que hayan sido incluidos en el estudio tuvieron una edad cronológica de 6 a 8 años. Excluyéndose a los niños mayores o menores a estas edades. • Del total de módulos que habían en cada sección se seleccionó solo a dos secciones, la cual presto las facilidades para el desarrollo del estudio. • De las dos secciones seleccionadas, habían 62 niños, la cual 50 presentaron las características adecuadas para el estudio.
PROBLEMA SECUNDARIOS	HIPÓTESIS SECUNDARIOS	OBJETIVOS SECUNDARIOS	VARIABLES	METODOLOGIA
1. ¿Cuál es la eficacia de la propuesta del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a un	1. La eficacia de la propuesta del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a un tratamiento restaurativo en niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas-	1. Evaluar la eficacia de la propuesta del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a un tratamiento		

<p>tratamiento restaurativo en niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre del 2016?</p>	<p>Lima, octubre del 2016 es alto.</p>	<p>restaurativo en niños de 6 a 8 años, Alas Peruanas-Lima, octubre del 2016.</p>		
<p>2. ¿Cuál es la eficacia del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a su ansiedad durante los tratamientos restaurativos en niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas-Lima, octubre del</p>	<p>2. La eficacia del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a su ansiedad durante los tratamientos restaurativos en niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas-Lima,</p>	<p>2. Evaluar la eficacia del manejo de conducta con musicoterapia aplicado por los alumnos de la Clínica Docente Estomatológica Pediátrica II respecto a su ansiedad durante los tratamientos restaurativos en niños de 6 a 8 años, Universidad Alas Peruanas-</p>	<p>Variable independiente : Manejo de conducta</p> <p>Variable Dependiente : Musicoterapia versus Método convencional</p>	<p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes pediátricos que no estén dentro de los criterios de inclusión. ● Pacientes que presenten alguna complicación o trato médico especial. ● Pacientes que no deseen participar en la investigación. ● Pacientes que sus padres o apoderados no hayan firmado el Consentimiento Informado. ● Pacientes que no requieran de manejo de conducta durante la atención odontológica.

2016?

octubre del 2016
es alto.

Lima, octubre del
2016.

Anexo 2: Consentimiento informado



Facultad De Medicina Humana Y Ciencias De La Salud
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SR.

(a).....

Identificado con DNI N°:.....

Me dirijo a usted solicitando su aprobación para que si lo desea, participe en la investigación denominada: **EFICACIA DEL MANEJO DE CONDUCTA BASADO EN MUSICOTERAPIA VERSUS MÉTODO CONVENCIONAL APLICADO POR LOS ALUMNOS DE LA CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA II DURANTE LOS TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS EN LOS NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS, UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS LIMA, OCTUBRE DEL 2016**, Con ello realizaré una entrevista para medir la aceptabilidad y satisfacción después del tratamiento odontológico, en el cual se aplicara manejo de conducta con musicoterapia, siendo esta completamente inocua, fácil y no requiere de mucho esfuerzo por parte del paciente, por lo que se necesita su consentimiento y su cooperación ilimitada para que participe en dicho estudio. Esto no constituye ningún riesgo para la salud y su manejo será estrictamente confidencial.

POR LO TANTO, AUTORIZO a iniciar el procedimiento clínicos necesario y requerido que se realicen en mi hijo dentro de los protocolo de la atención odontológica.

AUTORIZO que antes y durante:

- Fotografías (Si) (No)
- Videos (Si) (No)
- Otros registros gráficos (Si) (No) en el pre - intra y post-operatorio.

ASI MISMO, AUTORIZO la difusión de registros gráficos de mi tratamiento en Revistas Médicas y/o ámbitos Científicos. (Si) (No)

.....

Firma

Fecha:/...../2016

Anexo 3: Ficha de recolección de datos



**Facultad De Medicina Humana Y Ciencias De La Salud
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**EFICACIA DEL MANEJO DE CONDUCTA BASADO EN MUSICOTERAPIA
VERSUS MÉTODO CONVENCIONAL APLICADO POR LOS ALUMNOS DE LA
CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA II DURANTE LOS
TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS EN LOS NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS,
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS LIMA, OCTUBRE DEL 2016**

FICHA DE OBSERVACIÓN

INSTRUCCIONES: Por Favor LEER y Seguir las siguientes indicaciones:

1. Para ser llenado por el investigador.
2. La siguiente Ficha, es de carácter anónimo, se codificarán los pacientes y se registrarán los procedimientos a realizar.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

PACIENTE:

1. Grupo al que pertenece: Control Experimental
2. Edad: 6 Años 7 Años 8 Años
3. Género: Masculino Femenino

Fecha:/...../2016.

Anexo 4: Entrevista dirigido a los pacientes



**Facultad De Medicina Humana Y Ciencias De La Salud
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**EFICACIA DEL MANEJO DE CONDUCTA BASADO EN MUSICOTERAPIA
VERSUS MÉTODO CONVENCIONAL APLICADO POR LOS ALUMNOS DE LA
CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA II DURANTE LOS
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS EN LOS NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS,
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS LIMA, OCTUBRE DEL 2016.**

ENCUESTA

INSTRUCCIONES: Por Favor ESCUCHA Atentamente y Responde a las siguientes indicaciones:

1. El siguiente cuestionario es de carácter anónimo para que puedas contestar con toda confianza.
2. Cualquier duda preguntar a la persona encargada de realizar este cuestionario.

Test de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento de Tamowski y Simonian:

1. ¿Me gusto que el dentista trabajara hoy en mi diente?

- a. Completamente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ligeramente en desacuerdo
- d. Ligeramente de acuerdo
- e. De cuerdo
- f. Totalmente de acuerdo.

2. ¿El tratamiento que hoy recibí no me dolió?

- a. Completamente en desacuerdo

- b. En desacuerdo
- c. Ligeramente en desacuerdo
- d. Ligeramente de acuerdo
- e. De cuerdo
- f. Totalmente de acuerdo.

3. ¿Disfrute mi visita al dentista el día de hoy?

- a. Completamente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ligeramente en desacuerdo
- d. Ligeramente de acuerdo
- e. De cuerdo
- f. Totalmente de acuerdo.

4. ¿Me gusto como fui tratado el día de hoy?

- a. Completamente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ligeramente en desacuerdo
- d. Ligeramente de acuerdo
- e. De cuerdo
- f. Totalmente de acuerdo.

5. ¿Me gustaría volver a ver al dentista de nuevo?

- a. Completamente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ligeramente en desacuerdo
- d. Ligeramente de acuerdo
- e. De cuerdo
- f. Totalmente de acuerdo.

Fecha:/...../2016.

Anexo 5: Cuestionario para el niño



Facultad De Medicina Humana Y Ciencias De La Salud
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

CÓDIGO:

EDAD: 6 años 7 años 8 años

GRUPO: Con musicoterapia Sin musicoterapia

• **RESULTADO FISIOLÓGICO**

	ANTES DEL TRATAMIENTO	DESPUÉS DEL TRATAMIENTO
PULSO (ppm)	<input type="checkbox"/> < 70 <input type="checkbox"/> 70-110 <input type="checkbox"/> > 110	<input type="checkbox"/> < 70 <input type="checkbox"/> 70-110 <input type="checkbox"/> > 110

• **RESULTADO DE ESCALA DE IMAGEN FACIAL (FIS)**

ANTES DEL TRATAMIENTO	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>
DESPUES DEL TRATAMIENTO	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>

Fecha:/...../2016.

Anexo 6: Carta de presentación



Pueblo libre, 02 de Noviembre del 2016

CARTA N° 025 - 2016 - EPEST- FMH y CS - UAP

Señorita:
CD. DENISSE CAMPOS FAJARDO
Administradora de la Clínica Estomatológica UAP

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la alumna **REYES FUENTES FLOR DE MARÍA**, con código **2011120699**, de la Escuela Académico Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "EFICACIA DEL MANEJO DE CONDUCTA BASADO EN MUSICOTERAPIA VERSUS MÉTODO CONVENCIONAL APLICADO POR LOS ALUMNOS DE LA CLÍNICA DOCENTE RESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA II DURANTE LOS TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS EN LOS NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS, UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS LIMA, OCTUBRE DEL 2016"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Anexo 7: Fotos del estudio

- a. Indicación del estudio a los padres y firma de consentimientos informados



Fuente: Tomado por el investigador



Fuente: Tomado por el investigador

- b. La toma del pulso con un oxímetro antes del estudio y la evaluación de la ficha de las escalas de imagen facial



Fuente: Tomado por el investigador
Paciente que será sometido a la musicoterapia



Fuente: Tomado por el investigador
Paciente que será sometido a la técnica convencional.



Fuente: Tomado por el investigador



Fuente: Tomado por el investigador

c. Grupo de estudio durante las restauraciones



Fuente: Tomado por el investigador
(Fotos grupo control)



Fuente: Tomado por el investigador
(Fotos grupo control)



Fuente: Tomado por el investigador
(Con musicoterapia)



Fuente: Tomado por el investigador
(Con musicoterapia)



Fuente: Tomado por el investigador
(Con musicoterapia)



Fuente: Tomado por el investigador
(Con musicoterapia)

d. Toma de pulso después del estudio

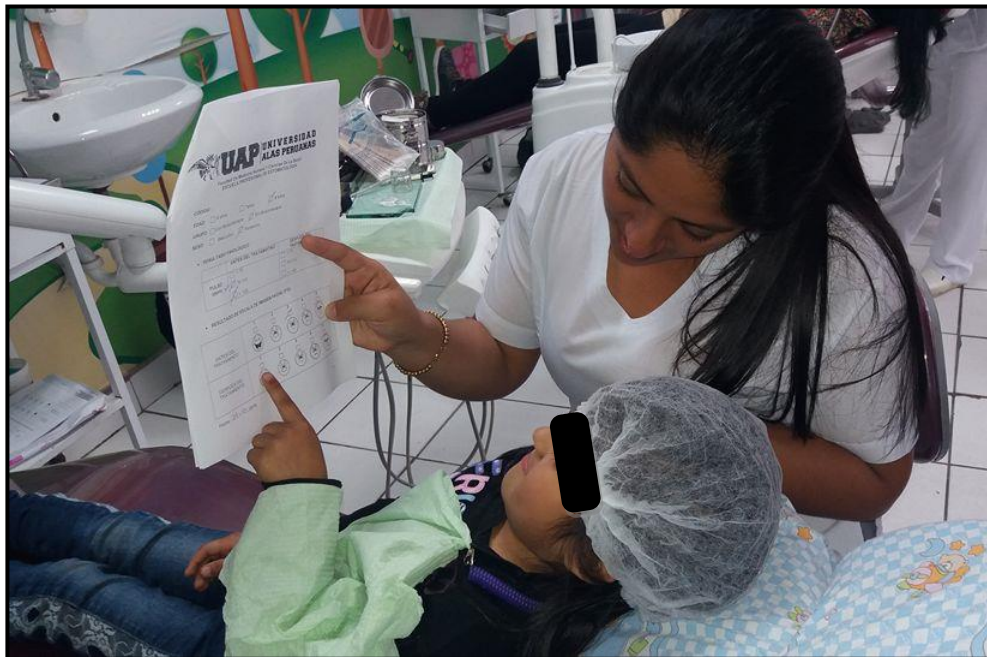


Fuente: Tomado por el investigador

e. Después del trabajo se procede hacer la toma de escala de imagen facial



Fuente: Tomado por el investigador



Fuente: Tomado por el investigador

f. Los niños responde al test de satisfacción de Tamosky y Simonian



Fuente: Tomado por el investigador



Fuente: Tomado por el investigador