



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

EFFECTO DE LA TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CONTINGENTE CON VIDEOJUEGOS EN LA ANSIEDAD DE PACIENTES DE 6 A 9 AÑOS SOMETIDOS A MANIOBRA DE ANESTESIA INFILTRATIVA INTRAORAL, EN LA CLÍNICA POLIDENT. MARIANO MELGAR. AREQUIPA. 2015.

Eduardo Alexander Miranda Barahona
Tesis para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

AREQUIPA-PERÚ

2015

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a todas las personas que me apoyaron y confiaron en mí, especialmente a mis familiares y amigos.

AGRADECIMINETO

Agradezco la comprensión y apoyo de todos los padres de familia por que accedieron a través de sus hijos formar parte de esta importante investigación.

ÍNDICE

Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
CAPÍTULO I: Introducción.....	1
1. Título.....	2
2. Justificación e importancia del estudio.....	2
3. Problema de investigación.....	3
4. Área de conocimiento	3
5. Objetivos de la investigación	3
CAPÍTULO II: Marco teórico.....	4
A. MARCO TEÓRICO.....	5
1. Desarrollo del niño	5
1.1 Características físicas.....	5
1.2 Desarrollo social	6
1.3 Desarrollo emocional	7
1.4 Desarrollo cognoscitivo.....	11
2. Miedo y ansiedad	12
2.1 Expresión de miedo y ansiedad.....	13
2.2 Reducción del miedo y ansiedad.....	14

3. Clasificación del paciente niño de acuerdo al comportamiento	14
3.1 Clasificación según el Dr. Ramón Castillo	14
a. Paciente receptivo	14
b. Paciente no receptivo	15
c. Paciente físicamente impedido	16
d. Paciente mentalmente impedido	16
e. Paciente física y mentalmente impedido	16
f. Paciente niño infante	16
3.2 Escala de valoración de la ansiedad en un paciente niño de acuerdo a la escala de imágenes faciales (FIS)	16
4. Técnicas psicológicas de modificación de conducta	17
4.1 Desensibilización	18
4.2 Modelamiento	18
4.3 Manejo de contingencia	19
4.3.1. Clasificación de reforzadores	20
a Reforzadores materiales	20
b Reforzadores sociales	21
c Reforzadores de actividad	22
4.4 Distracción contingente	23
5. Anestesia en estomatología	24
5.1 Anestesia local	24
5.2 Anestesia y ansiedad	25
6. Videojuegos	27
6.1 Los videojuegos en psicoterapia y medicina	27
6.2 Críticas a los videojuegos	29

6.3 Efectos de los videojuegos.....	31
B .Antecedentes investigativos.....	32
C. Hipótesis	37
CAPÍTULO III: Metodología.....	38
A. Ámbito de estudio.....	39
B. Tipo y diseño de investigación	39
C. Unidades de estudio.....	40
1. Criterios de inclusión	40
2. Criterios de exclusión.....	41
D. Población y muestra	41
E. Técnicas y procedimientos	43
1. Definición operacional de variables	43
2. Técnicas e instrumentos de recolección	44
F. Producción y registro de datos	45
G. Técnicas de análisis estadístico.....	47
H. Recursos.....	48
CAPÍTULO IV: Resultados y discusión.....	50
A. Presentación de resultados	51
B. Discusiones	65

C. Conclusiones	67
D. Recomendaciones.....	68
E. Bibliografía	69
F. Anexos.....	73

RESUMEN

El presente trabajo tuvo por objetivo evaluar el efecto de la técnica de distracción contingente con videojuegos en el control de la ansiedad de pacientes de 6 a 9 años de edad durante procedimientos que requieran la colocación de anestesia infiltrativa local.

Para tal fin se seleccionaron 40 pacientes entre 6 y 9 años, de ambos sexos, que acudieron a la clínica odontológica Polident en Mariano Melgar. Se formaron dos grupos de 20 niños cada uno. Al grupo control se le realizó el tratamiento con el manejo de conducta convencional. Al grupo experimental se le aplicó la técnica de distracción contingente con videojuegos. Como medio distractor se utilizaron juegos de la consola XboX 360 que fue adaptada en la consulta dental.

Con el fin de obtener una calificación de la ansiedad general de cada paciente en las distintas etapas establecidas se utilizaron los criterios de la escala de imágenes faciales (FIS).

Los resultados que se obtuvieron fueron ansiedad “leve” (55%) para el grupo experimental y ansiedad “moderada-severa” (40%) para el grupo control en la tercera medición, demostraron que la técnica de distracción contingente con videojuegos es efectiva sobre los niveles de ansiedad de estos pacientes durante el tratamiento odontológico que requiera de colocación de anestesia intraoral.

Palabras claves:

- Distracción contingente
- Ansiedad
- Escala de imágenes faciales
- Videojuegos
- Intraoral

ABSTRACT

This work has for object evaluate the influence of the videogames contingent distraction technique, the decrease of anxiety in patients between 6 and 9 years old according facial imagine scale (FIS) during the treatment required the placement of anesthesia infiltrative local.

40 patients between 6 and 9 years old, of both sexes, who were attend in the Dental Clinic Polident in the district Mariano Melgar. Two groups of 20 children were formed. The control group was performed with conventional management conduct. The experimental group was performed with videogames contingent distraction technique. As a means of distracting was utilized XboX 360 games console which was adapted to the dental unit, to obtain a general anxiety score for each patient at various stages they set them rated their anxiety following the facial images scale (FIS).

The result that were obtain were “slight” anxiety (55%) for the experimental group and “moderate - severe” anxiety (40%) for the group control in the third measurement, demonstrated for that skill or distraction fixes quotas with video games is effective on the levels of anxiety of these patients during the odontologic treatment that needs of placement of anesthesia intraoral.

Keyword:

- Contingent distraction
- Anxiety
- Facial images scale
- Video games.
- Intraoral

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.-TÍTULO

Efecto de la técnica de distracción contingente con videojuegos en la ansiedad de pacientes de 6 a 9 años sometidos a maniobra de anestesia infiltrativa intraoral, en la clínica Polident. Mariano Melgar. Arequipa. 2015.

2.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El manejo de conducta en odontopediatría siempre ha sido complicado, aún para los más adiestrados odontopediatras que lidian con el estrés emocional de los pacientes niños basándose en las diferentes técnicas de manejo de conducta descritas en la literatura.

Se sabe que las técnicas de anestesia intraoral siguiendo los protocolos, no causan demasiada molestia como se piensa, siempre y cuando el paciente este tranquilo. Todo procedimiento anestésico tiene altas probabilidades de ser efectivo y casi imperceptible. Sin embargo, los niños, influenciados por el entorno o quizá por experiencia previa son vulnerables a caer en la ansiedad con facilidad.

Los videojuegos permiten que el paciente tenga la oportunidad de interactuar con la consola inteligente, participar de una variedad de juegos acordes a su edad y divertirse o en todo caso distraerse. Por tanto, el fin de la aplicación de la distracción contingente es poder usar dicho método para ayudarnos a conducir al niño a un estado de tranquilidad y conseguir la delicada tarea de lograr en el paciente la aceptación de los procedimientos a realizar.

El presente trabajo tiene relevancia científica porque a través de este estudio podremos saber si la técnica empleada (Distracción Contingente con Videojuegos) en este tipo de tratamientos puede resultar eficaz y lograr que el niño se comporte como un paciente colaborador. Además, tiene relevancia social porque se pretende realizar tratamientos menos traumáticos y lograr que el niño acepte uno de los procedimientos más temidos en la odontología que es la anestesia.

3.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál será el efecto de la técnica de distracción contingente con videojuegos en la ansiedad de los pacientes que serán sometidos a la maniobra de anestesia infiltrativa intraoral?

4.- ÁREA DEL CONOCIMIENTO

Área: Ciencias de la Salud

Campo: Odontología

Especialidad: Odontopediatría

Línea: Manejo de Conducta

Tópico: Técnica de Distracción Contingente con Videojuegos y Ansiedad

5.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

-Determinar el efecto de la distracción contingente con videojuegos en la ansiedad de pacientes.

Objetivos específicos:

-Evaluar el nivel de ansiedad antes de la colocación de anestesia infiltrativa intraoral en pacientes del grupo experimental y control.

-Evaluar el nivel de ansiedad después de la colocación de anestesia infiltrativa intraoral en pacientes del grupo experimental y control.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. MARCO TEÓRICO

1. DESARROLLO DEL NIÑO

El desarrollo del niño se relaciona con el estudio de todas las áreas del desarrollo humano, desde el momento de la concepción hasta el comienzo de la vida adulta.¹

Su conocimiento implica algo más que conocer el crecimiento físico de la persona, lo cual con frecuencia significa exclusivamente que aumenta el tamaño de esta. El término desarrollo es más complejo, e implica un desplegamiento secuencial relacionado con la aparición de cambios tanto en el tamaño y la forma, como en la función, estructura y las capacidades del individuo.¹

Si el crecimiento es cuantitativo, el desarrollo es cualitativo, con maduración y aparición de capacidades, que estas se apliquen y perfeccionen, implica un proceso de aprendizaje.²

1.1 Características físicas

El desarrollo físico comprende un área muy amplia donde pueden incluirse, entre otros los cambios del hábito, de la fuerza, de coordinación motora y de la función de los sistemas del organismo. Por lo tanto, es mejor reservar el término de desarrollo físico para referirse al crecimiento físico y a la capacidad total del niño.¹

El crecimiento del cuerpo continúa siendo evidente durante el periodo preescolar. En esta etapa la cabeza crece con lentitud, mientras las extremidades lo hacen con gran rapidez, y el tronco, con rapidez intermedia.³

También ocurren otros cambios corporales durante estos años decisivos del desarrollo. Tanto la frecuencia cardíaca como la respiración disminuyen. Por el contrario, la presión arterial aumenta.³

Entre los 6 y 9 años de edad, el crecimiento del sistema muscular en relación con el de otros se modifica en grado importante. Se disminuye la velocidad del

crecimiento de la masa muscular, la altura y el peso del niño se incrementan, la dentición decidua se pierde y erupcionan los permanentes.³

1.2 Desarrollo social

Este tipo de desarrollo se refiere a la evolución de un individuo a persona. Incluye las reacciones personales del niño frente a otras personas y frente a estímulos culturales, entre los cuales están aquellos propios del desarrollo emocional: su adaptación a la vida doméstica, a la propiedad, a los grupos sociales y a las convenciones de la comunidad.²

El niño de seis a nueve años, participa en pequeños grupos sociales, intenta imponerse, realiza ya muchas actividades con independencia, se vuelve posible el juego cooperativo se encuentra en un periodo expansivo, de abertura.¹

A los cinco años, el niño adquiere comprensión de su identidad personal y la manera en que tiene que relacionarse con otras personas como sus padres, hermanos y amigos, reflexiona, está orgulloso de lo que posee, renuncia a los objetos de bienestar, por ejemplo, la manta, el pulgar.³

Durante el proceso del desarrollo socio-emocional del niño en edad escolar (6 a 12 años), el medio ambiente social en el cual participa el niño, (familia, colegio, comunidad, y todo los demás), son factores muy significativos, pero es en la familia principalmente, (relaciones entre padre e hijo, la situación familiar y la interacción entre hermanos y demás familiares), donde se producen ciertas transiciones que le proporcionan un mejor ajuste a este período de cambios. En la familia comienzan sus primeros aprendizajes y experiencias socio-emocionales que le proveerán de bases sólidas para el mejor desarrollo de su futura personalidad.³

Las relaciones familiares favorables, permitirán al niño desarrollar una buena adaptación personal, social y saludable concepto de sí mismo (autoestima).³

Durante estos años se desarrolla el sistema de valores, el niño se impone la autodisciplina a sus necesidades básicas, y surge la conciencia de culpa.³

Otro aspecto importante de esta etapa consiste en comprender la obstinación y la falta de tolerancia que los caracteriza. A veces alivia el solo hecho de saber que constituye un periodo por el cual atraviesan mientras consolidan su personalidad y comienzan a definirse como personas independientes.⁴

Sin embargo, en el camino se presentan múltiples oportunidades en las que debe prevalecer la paciencia, ofreciéndoles alternativas para que no sientan que esta imponiéndoseles algo, negociando algo intermedio, y hablándoles en una forma tranquila para que tampoco se consideren amenazados por un castigo, lo cual no ayudaría, si no que empeoraría la situación y se convertiría en una lucha de poderes.⁴

1.3 Desarrollo emocional

Periodo de cierta calma, el proceso de autocontrol y de control de las emociones, como la frustración y el miedo, tiene un desarrollo considerable entre los seis y 12 años, y es paralelo a un proceso de socialización igual de importante.⁴

Durante estos años surge el sentido de identidad usual del niño, que adopta hasta cierto grado cualidades femeninas o masculinas. Un sentido de identidad y el desarrollo del concepto de autoestima surgen durante este periodo.⁴

Una característica de los niños de esta edad, es el autocontrol. A los preescolares se les puede enseñar métodos de autocontrol, como la distracción cuando se vuelven impacientes o cuando se les inyecta un anestésico local. Se les puede enseñar a que vigilen su propia conducta; durante la edad preescolar la conciencia del niño se desarrolla, y ya es capaz de sentirse culpable o ansioso si viola una regla moral.⁴

En esta etapa el niño desarrolla su personalidad. Los padres se convierten en su personaje principal de admiración e identificación. Sienten ansiedad por el futuro,

temor a perder el afecto y ser castigado. Se representan las preguntas sexuales, percibe la necesidad de expresar sus ideas a través de una gran variedad de temas: el arte, el juego, el lenguaje, la música y el movimiento. A medida que se acerca a los seis años aprende a querer más a las personas y a tener mayor control sobre sí mismo.⁴

La agresión es un concepto importante que deben comprender los padres de los niños preescolares y otros que interactúan con ellos. Es frecuente que resulte de la incapacidad de pequeño para el autocontrol.³

Emocionalmente los niños se afectan con facilidad, son muy sensibles, por ejemplo si temprano en la mañana tuvieron un disgusto, se mantendrán indispuestos gran parte del día. Lo mismo les pasa cuando empiezan una actividad, si se les frustra o no logran superar una dificultad desde el comienzo, prefieren iniciar otra actividad a seguir insistiendo. Lloran y se ponen de mal genio, por ejemplo, el momento justo antes de irse a acostar es generalmente crítico, porque no soportan su propia irritabilidad.⁴

Algunos niños manifiestan esta tensión chupándose los dedos, comiéndose las uñas o molestándose la nariz. Otros niños lo demuestran poniéndose irritables especialmente con su mamá. Algunos son hiperactivos y ruidosos; también, como ya se mencionó, pueden mostrarse tercos y resistentes a las órdenes.⁴

En otras palabras, aunque constantemente expresan la ambición que tienen de ser dueños de la situación y de hacer las cosas que hacen los mayores, la resistencia a la frustración en esta época es muy baja. Conviene entonces estar alerta para ayudarles en esos momentos de manera que no lleguen a afectarles su autoestima o la perseverancia hacia el logro de objetivos.⁴

Otro de los aspectos importantes en esta etapa es la fantasía. En la vida del niño de cuatro años, la fantasía es un factor predominante. Debido al nivel de desarrollo de su imaginación aun está descubriendo y tratando de conocer a ciencia cierta la diferencia con la realidad. Su versatilidad para fantasear resulta

extraordinaria, puede vivir en un mundo mágico y animar cualquier objeto; crear amistades imaginarias, personajes extraños, historias salvajes y hacer sorprendentes exageraciones.⁴

A esta edad casi todos los juegos son de representación, es decir actúa e interpreta diferentes papeles: puede hacerlo excelentemente de médico, y con la misma destreza ser profesor, bombero o policía.⁴

En ocasiones, la fantasía, además de ser parte de su juego diario, puede convertirse en mecanismo de defensa para transformar hechos reales que le resultan abrumadores o “peligrosos”, ficticios. Esta acción disminuye la carga emocional que posee esa realidad difícil de manejar, por ejemplo un duelo, una separación, un traslado, un abandono, etc.⁴

La fantasía es una gran proveedora a la que los niños recurren para satisfacer sus deseos. Gracias a ella ponen los cimientos de la capacidad, de crear, de imaginar, de ir más allá de lo evidente y lo inmediato.⁴

A esta edad en la que hay tantas cosas fantásticas, lo real y lo imaginario están muy entrelazados, una de las múltiples manifestaciones normales de la fantasía infantil la constituye la creación del amigo imaginario con el que algunos niños comparten sus juegos y con el que hablan sobre los sucesos del día.⁴

Algunos padres llegan a inquietarse cuando encuentran a su hijo enfrascado en una amena conversación con un ser invisible (aunque a veces puede concentrarse en el peluche o la muñeca) o dándole el mismo regaño que a él le han dado un rato antes.⁴

Se preocupan porque creen que tener amigos imaginarios es propio de los niños raros o inadaptados. Los niños que poseen un compañero invisible suelen ser más independientes, cooperadores, felices, menos agresivos y, además, cuentan con un vocabulario más rico. No todos cuentan con un amigo imaginario, este es más común en los niños que son hijos únicos o les cuesta trabajo hacer amigos.⁴

El niño de cinco años, a diferencia del niño de cuatro, distingue y maneja con gran facilidad tanto la realidad como la fantasía; pasa rápidamente de ser superman que todo lo puede, a afirmar que no puede alcanzar el lápiz que está cerca de su cama.⁴

Hacia los 7-9 años, cuando los niños comienzan a comprender que hay ciertos acontecimientos que provocan dos sentimientos al mismo tiempo, aceptando primero la posibilidad de experimentar dos emociones parecidas (“Si un amigo me rompiera mi videoconsola, resentiría enfadado con él y triste por quedarme sin mi videoconsola”) y admitiendo finalmente el hecho de que determinadas situaciones pueden llegar a provocar emociones contradictorias (“Me da rabia tener que recoger mi cuarto, pero me gusta lo ordenado que queda después”).⁴

Evidentemente, admitir la coexistencia de emociones contradictorias forma parte de los avances que tienen lugar en el campo de la comprensión emocional, y, por tanto, está relacionado con dos fuentes de influencia. Por una parte, la evolución de la comprensión emocional depende estrechamente de los progresos que van teniendo lugar en el ámbito cognitivo y, en este sentido, es necesario que el niño alcance un cierto nivel de complejidad cognitiva para que pueda tomar conciencia de la ambivalencia emocional. Por otra, la experiencia social es igualmente necesaria para la comprensión de la ambivalencia emocional; el contexto social es el encargado de proporcionar al niño la oportunidad de experimentar en sí mismo las diversas emociones, así como observar esas emociones en los demás; en la medida en que los adultos, en el contexto de las interacciones diarias, ayuden al niño a interpretar diferentes estados emocionales y a conocer sus causas, están promoviendo nuevos avances en el desarrollo de la comprensión emocional.⁴

Los comportamientos que ha adquirido, como vestirse, comer, ir al baño y hablar con sentido común, lo ubican perfectamente en la realidad; esto, a su vez, le permite aceptar algunas dosis de frustración, es decir, aprender a que las cosas no siempre son como él las desea. A esta edad le resulta más fácil analizar las razones por las cuales, si le gustan dos cosas, tiene que elegir una, aunque

quisiera las dos; por ejemplo, si desea una galleta y un chocolate, es capaz de acordar tomar solo uno de ellos.⁴

1.4 Desarrollo cognoscitivo

El desarrollo del entendimiento y la capacidad de razonamiento son los alcances más importantes de esta etapa.⁴

Sienten gran curiosidad por todo lo que los rodea y el permanentemente “¿Por qué?, ¿Cómo?, “¿Cuándo?”, “¿Para qué?”, los lleva a razonar, concluir, generalizar o particularizar.⁴

Es un tiempo de gran interés por el mundo que lo rodea, el cual lo lleva a un permanente aprendizaje a través de la experimentación; tocando, mirando, desbaratando, escudriñando.

De sus propias acciones realiza múltiples descubrimientos que le permiten conocer la realidad en forma emocionante y nueva, sus famosos “¿Por qué?” constituyen la expresión más evidente de su creciente necesidad de saber y de tomar todo aquello que estimule y alimente su gran imaginación.⁴

Son observadores y detallistas, esto supone una gran ventaja en el proceso de aprendizaje de habilidades previas a la lectura y la escritura.⁴

Pinkham menciona a Piaget quien denomina pensamiento intuitivo, a la etapa que comienza hacia los cuatro años y dura hasta los siete u ocho. Es un periodo de mayor capacidad del niño para agrupar los objetos según su categoría, con el empleo de pensamientos e imágenes complejos y superación de sus padres, indica que el niño está listo para empezar la escuela elemental o primaria.³

Los niños están ya en condiciones de comprender las instrucciones del maestro, de responder con palabras que este puede entender y de mantener más tiempo su atención. Esto le permite un mejor desempeño. Le es fácil, por ejemplo, seguir una historia o película e involucrarse en ellas.³

2. MIEDO Y ANSIEDAD

El miedo y la ansiedad durante los tratamientos dentales impiden que el paciente pueda cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica pérdida de tiempo para el profesional, innecesaria dificultad para realizar el tratamiento y lo más importante, resultados insatisfactorios.⁵

Con la presencia de conductas no cooperativas, no solo son mayores las dificultades para el profesional, si no que el riesgo de sufrir incomodidades y lesiones por parte del paciente también está incrementando. Muchos profesionales consideran que los niños con conductas no cooperativas son uno de los mayores problemas en sus clínicas.⁶

Los miedos infantiles implican reacciones normales ante las situaciones, bien porque son directamente amenazantes o porque están asociados a ciertos estímulos amenazantes. El miedo es una reacción normal, básica y constante de la naturaleza humana, y posee un valor funcional y adaptativo para el individuo, siendo parte del desarrollo infantil.⁶

El miedo a ser lastimado es necesario para proteger a un niño del peligro. El miedo y la ansiedad pueden hacer que el niño sea más difícil de tratar y bajan el umbral del dolor, lo que produce en círculo vicioso.⁷

Las palabras miedo y ansiedad se usan a menudo juntas y en forma indistinta. Sin embargo si hablamos estrictamente, existe diferencia entre ambas. El miedo es concreto, es decir, tiene fundamento real y se puede expresar con palabras a que se teme.⁷

La ansiedad, expresada a veces como temor a lo desconocido, es difusa y no se relaciona, como si ocurre con el miedo, con una amenaza específica. Las proporciones de la realidad se pierden, al igual que la capacidad para racionalizar la amenaza.⁷

Para experimentar miedo, hay que tener desarrollada la inteligencia que permite diferenciar aquello que exige temor por ser dañino, de aquello que solo es subjetivo.⁸

Primera infancia (hasta 2 años de edad): el niño tiene miedo a la soledad, a separarse de su madre u otro ser querido al que está muy cercanamente ligado; a figuras extrañas y poco atractivas, a ruidos fuertes y sorprendidos, a movimientos bruscos. La respuesta más común a estos miedos en el niño de muy corta edad, es el llanto y a buscar la protección de su madre.⁸

Niño pre-escolar: los temores a esta edad son más específicos. Todo aquello que pretende tocar su cuerpo, lo considera como una agresión. Su imaginación es muy grande y crea fantasías que deben eliminarse con la experiencia vivida. Entre ellas está el dolor.⁸

Niño de edad escolar. Niños de esta edad tienen miedo como resultado de una influencia negativa en edad más temprana. Más bien se cuida mucho de no fracasar en nuevas experiencias y de suceder, origina en él un temor futuro.⁸

Como en el miedo, la ansiedad se hace mas manifiesta cuando hay mas desarrollo intelectual en el niño. Por eso la preocupación no es una característica de la conducta del niño pequeño y si, va adquiriendo más trascendencia en el niño escolar.⁸

Sin embargo, la ansiedad no tiene una respuesta clara del paciente. Simplemente no se siente bien o no esta dispuesto a aceptar ciertas experiencias. La ansiedad está presente en todos los niños emocionalmente afectados, siendo prominente en algunos niños con esquizofrenia. A la edad de 2 a 5 años, es más común en hombres que en mujeres.⁸

2.1 Expresiones de miedo y ansiedad

Depende de la madurez del niño, de la personalidad, experiencia de situaciones temprana de temor y las demandas de los padres y/o el odontólogo. El niño puede

reaccionar frente al miedo y la ansiedad: huyendo, agresivamente, llorando, evadiendo, y eludiendo o abandonando, regresionando, vomitando o con dolores estomacales, escondiendo el dolor o tratando de suprimirlo.⁸

2.2 Reducción del miedo y la ansiedad

Los métodos más efectivos para aliviar el miedo y la ansiedad consisten en instilarles actitudes receptivas a través de modelos positivos, reducir la incertidumbre con información útil, dar apoyo emocional mediante la comunicación no verbal positiva y eliminar el dolor por medio de la analgesia efectiva. Sin embargo, hay que advertir que dar más información de la necesaria puede convertirse en factor productor de ansiedad, tanto como el ofrecer muy poca.⁷

Como la reducción y la eliminación del miedo y la ansiedad es parte del proceso de aprendizaje, lo mejor y lo que da resultados más duraderos es un abordaje paso a paso reforzado por la repetición.⁷

3. CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE NIÑO DE ACUERDO A SU COMPORTAMIENTO

Para el odontopediatra resulta útil poder categorizar objetivamente las conductas que los niños presentan en la consulta; estas pueden observarse desde los primeros contactos y ser debidamente evaluadas, si se quiere actuar individualmente frente a ellas.⁸

3.1 Clasificación según Dr. Ramón Castillo⁸

a. Paciente receptivo

A un paciente niño se le considera receptivo, cuando está razonablemente tranquilo, sin temor y en algunos casos, deseoso de participar en esta nueva experiencia. Se muestra muy sociable con el odontólogo y otro personal de apoyo, estableciendo una fluida comunicación verbal.⁸

Estos pacientes receptivos se sienten personas mayores con una autoconfianza y decisión sorprendente y la atención de este tipo de pacientes, resulta muy cómoda y eficiente.⁸

Sin embargo, hay una leve variación de comportamiento inicial, que puede confundir al odontólogo. Su conducta, cuando llegan a su primera experiencia, no es cooperadora; sin embargo, “son cooperadores potenciales” que con buen manejo, se modifica fácilmente y se convierten en pacientes niños receptivos reales. Podemos encontrar pacientes tímidos, sobreprotegidos, rebeldes, desafiantes, conducta incontrolada, etc.; estos niños, luego de sus experiencias vividas, llegan a comprender lo que significa ir al odontólogo y se convierten en los mejores pacientes.⁸

b. Paciente no receptivo

Son aquellos pacientes con los cuales no se puede establecer una buena comunicación. Si bien es cierto que podría estar en este grupo, el niño de muy corta edad no lo consideramos, porque este niño no tiene suficiente capacidad de comprensión de lo que se dice. Consideramos más bien aquellos niños que han tenido desafortunadas experiencias odontológicas, o aquellos pre o adolescentes que deciden por si mismo lo que deben hacerles. También pueden considerarse a aquellos niños con historia de problemas neurológicos, que están bajo medicación permanente de tranquilizantes. Estos a veces son muy emotivos e hiperactivos y al mínimo procedimiento operatorio, responden con llanto, resistencia, conducta incontrolada, etc.⁸

El niño no receptivo, siempre será un “paciente difícil” y por lo tanto, las precauciones de su manejo deben tomarse en cada una de sus visitas, aun cuando los procedimientos sean muy sencillos. Tomar en cuenta los movimientos del odontólogo, de las asistentes dentales, así como el.⁸

c. Paciente físicamente impedido

Todo paciente con un impedimento físico, sordera, ceguera, motricidad alterada, mudez, etc.⁸

d. Paciente mentalmente impedido

Todo paciente en el que su desarrollo psicológico y coeficiente de inteligencia están disminuidos hasta alcanzar en los más graves el retardo mental severo.⁸

e. Paciente física y mentalmente impedido

En este grupo de pacientes se combina las consideraciones descritas en los grupos 3 y 4.⁸

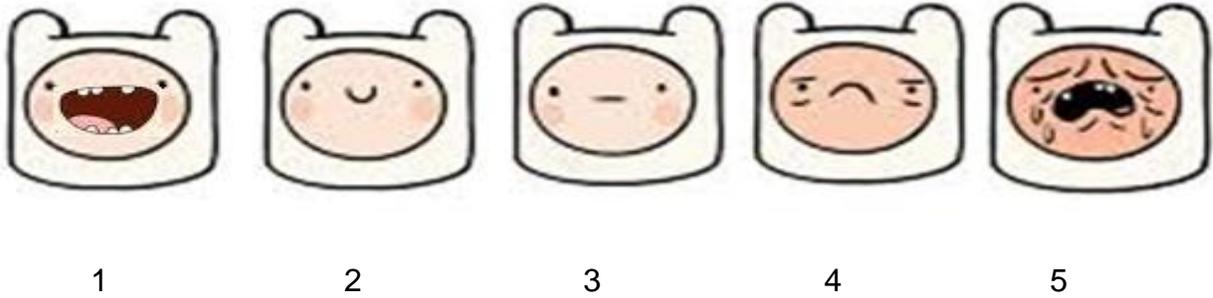
f. Paciente niño infante

A este grupo se le debe dar una consideración especial, porque su comportamiento no depende, la mayor parte de las veces de alguna alteración orgánica, sino mas bien a su corta edad, a su poca experiencia, a su grado de desarrollo psicológico, a su limitada capacidad de entendimiento, a su limitado lenguaje y vocabulario, a su inteligencia en desarrollo, a su extremada ligazón a la madre todavía, a su poco roce social, etc.⁸

3.2 Escala de valoración de la ansiedad en un paciente niño de acuerdo a la escala de imágenes faciales (FIS)

El método de clasificación FIS, es una escala validada especialmente formulada para uso odontológico, la cual cuenta con rostros que expresan desde una felicidad abundante hasta la tristeza profunda, fue elaborada por Buchanan que cuyos hallazgos sugieren que el FIS es un medio valido para evaluar el estado de ansiedad dental infantil en un contexto clínico.²⁵

La imagen demuestra la simplicidad de este instrumento para evaluar a niños de 3 a 18 años.



Donde:

1.- *LEVE*

2.- *LEVE-MODERADO*

3.- *MODERADO*

4.- *MODERADO- SEVERO*

5.- *SEVERO*

4. TÉCNICAS PSICOLÓGICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Los psicólogos utilizan el término “modificación de la conducta” para definir el proceso de alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado. Una parte esencial de este concepto estriba en definir una serie de pasos para alcanzar el comportamiento buscado, y a continuación proceder paso a paso hacia el objetivo.¹

La modificación del comportamiento es el método mediante el cual el equipo odontológico realiza en el niño un tratamiento efectivo y eficiente y, al mismo tiempo, hace aparecer en él una actitud positiva hacia la odontología.¹

La falta de respuesta por parte del niño puede tener su origen en las diferencias de diseño del modelo experimental, de los equipos odontológicos, de las cintas de video, videojuegos o de las películas y sugiere la necesidad de seleccionarlas con meticulosidad antes de proceder a su visionado en la consulta.

4.1 Desensibilización

Esta es una de las técnicas que usan con más frecuencia los psicólogos para tratar los temores. Clásicamente, el método comprende tres etapas: primero instruir al paciente a relajarse; segundo, establecer una jerarquía de estímulos que producen miedo con respecto al principal temor y tercero, procedimiento, procediendo al siguiente solo cuando el paciente ya no le tema.⁹

Es importante mencionar que debe ayudar al paciente a relajarse antes de superar su miedo, ya que tan solo reiterar el estímulo aumenta el temor, más que disminuirlos. La relajación y el estímulo aumenta el temor, más que disminuirlos. La relajación y el temor son incompatibles; si la primera se obtiene, el segundo se supera. Este sistema permite superar muchas clases de temores; por ejemplo, a las alturas, a los lugares muy concurridos, al aislamiento, así como la odontología.⁹

Desde un punto de vista práctico, la aplicación de la desensibilización sistemática en la reducción de la ansiedad, asociada con el tratamiento odontológico, estaría probablemente limitada solo a los pacientes más ansiosos. Estos podrían ser tratados inicialmente por un terapeuta de la conducta y subsiguientemente, recibir tratamiento odontológico por un conocedor de la técnica.⁸

La técnica de la desensibilización usada por los autores, es similar al enfoque de “decir-mostrar-hacer”. Popularizado por Addelston.⁸

4.2 Modelamiento

El procedimiento básico consiste en permitirle a un paciente que observe uno o más individuo (modelos) que muestren una conducta apropiada en un momento particular. El paciente frecuentemente imitará la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar. El modelo puede ser vivo o simbólico; son ejemplos de modelos, los hermanos – no necesariamente los mayores – sino los que muestran menos ansiedad; también el odontólogo se convierte en un modelo, por lo que tiene que mantener siempre una actitud calmada y segura, para

eliminar del ambiente, modelos negativos como una madre vehemente y ansioso.¹⁰

En la práctica privada, el modelamiento es una técnica que brinda un beneficio importante con un mínimo de esfuerzo. En lugar de esperar en la sala de recepción, donde pueden ser adversamente influidos por la ansiedad materna asociada con la situación odontológica, los niños deberían llevarse al consultorio inmediatamente después de llegar, si se está tratando un modelo adecuado.¹⁰

4.3 Manejo de la contingencia

El refuerzo lo podemos definir como el fortalecimiento de un patrón de comportamiento, que aumenta la posibilidad de que en el futuro se mantenga dicha conducta. La presentación o el retiro de reforzadores se denomina: “Manejo de contingencia”.⁶

Los terapeutas de la conducta definen el dispensar un reforzador contingente como dar un reforzador después que ha sido realizada una conducta deseada.

Los reforzadores, por definición, siempre aumentan la frecuencia de una conducta.¹⁰

Según el esquema de condicionamiento operante, para consolidar y aumentar respuestas correctas es necesario premiar o recompensar.¹¹

Pero los niños siempre hay que explicarles cual es la conexión entre sus comportamiento y las consecuencias.¹¹

Una de las estrategias de disciplina para niños pequeños, es la “pérdida de privilegios”. Se aplican a los niños que tienen la edad suficiente para entender que se le quitara un privilegio, si continua comportándose mal, esto puede ser una estrategia instructiva.¹¹

Le ofrece al niño la opción de controlarse o de perder un privilegio y le enseña que sus opciones o sus acciones tienen consecuencias. No es justo quitarle un privilegio si no se le ha advertido cuales van a ser las consecuencias.¹¹

Los premios o refuerzos pueden ser de variada naturaleza: Son primarios si tienen importancia biológica o satisfacen una necesidad fisiológica.; Secundarios si es necesario previamente asociarlos con reforzadores primarios, por ejemplo, dinero, afecto, aprobación.²

Existen tipos de reforzadores, positivos y negativos.

Un estímulo reforzador positivo, sinónimo de recompensa, es un evento, conducta u objeto que aumenta la frecuencia de cualquier conducta a la que sigue. Los refuerzos positivos se relacionaran estrechamente e inmediatamente con la acción.⁶

Los reforzadores positivos se relacionaran inmediatamente con la acción, por ejemplo si se pide al niño que abra la boca y este ejecuta la acción de forma correcta, debe recibir de inmediato un signo de complacencia, puesto que la aprobación dada solo al terminar la cita no sería eficaz.⁶

Un reforzador negativo o estímulo aversión, es cualquier estímulo cuya retirada contingente incrementa la emisión de la respuesta. Usualmente el reforzador negativo consiste en la terminación de un estímulo aversivo.⁶

4.3.1 Clasificación de reforzadores

a. Reforzadores materiales

Son tal vez los más efectivos para los niños, y frecuentemente perniciosos para la salud bucal. La condición arruinada de los dientes del niño impide el uso de reforzadores materiales tales como caramelos, gomas de mascar y pasteles.¹⁰

Son aquellos estímulos reforzadores que tienen una realidad física con la que el sujeto puede entrar en contacto. Pueden ser alimentos, bebidas, dinero diplomas y en general toda clase de objetos.⁶

Tienen como ventajas principales la facilidad para su cuantificación y entrega graduada. De entre estos los primarios, alimento y bebida, aunque en algunos momentos pueden ser muy potentes, pueden producir saciedad, por lo que se aconseja prudencia en su utilización.⁶

Alternativamente pueden considerarse los reforzadores materiales generalizados, que también se denominan reforzadores cambiables, en cuanto que sirven para cambiarse por otros estímulos reforzadores, un ejemplo de este tipo de reforzadores son las “fichas” o el dinero.⁶

b. Reforzadores sociales

Los sociales probablemente representan la mayor parte de todos los eventos reforzadores que afectan la conducta humana. El elogio, las expresiones faciales positivas, la cercanía y el contacto físico, son reforzadores efectivos, debido a que la gente ha aprendido a valorar a otras personas.¹⁰ La alabanza específica es particularmente efectiva, consiste en indicar aprobación describiendo los aspectos positivos de la conducta realizada por el sujeto. La ventaja de este tipo de reforzadores es que pueden suministrarse con facilidad inmediatamente después de la emisión de la conducta.⁶

Son más resistentes a la saciación que los otros reforzadores y suelen ser los reforzadores más frecuentes en la vida cotidiana. Tenemos ejemplos de reforzadores sociales los siguientes:

-Elogio: bien, eso está bien. Excelente. Gracias por ayudar tanto. Exactamente. Buen trabajo. Buena idea. Eso es interesante.⁶

-Expresiones faciales: Sonreír. Reírse. Guiñar el ojo. Parecer interesado.⁶

-Cercanía: hablar y/o escucharse uno al otro durante un rato. Caminar juntos. Jugar juntos.⁶

-Contacto físico: sentarse en el regazo. Palmear la cabeza, el hombro o la espalda, apretón de manos, sostener la mano, tocar, abrazar.⁶

Los principales beneficios del manejo de contingencia en el tratamiento odontológico de los niños se derivan del uso de los reforzadores sociales. Los reforzadores sociales se manipularan en cada visita odontológica en respuesta a conductas apropiadas del paciente. Existen numerosas ocasiones durante cada procedimiento odontológico en que el profesional puede manifestar el aprecio por las conductas definitivas del niño (tales como quedarse quieto, abrir la boca, etc.) sin un gasto adicional de tiempo o material.⁶

c. Reforzadores de actividad

Implican la oportunidad o el privilegio de participar en una actividad preferida después de la realización de una conducta menos deseada.¹⁰

Se puede aumentar la probabilidad de una conducta haciendo que vaya seguida de manera contingente por una actividad que es agradable para la persona en cuestión (p.ej., después de que termines la limpieza de tus dientes, podrás ir a jugar).⁶

Este tipo de reforzadores son menos intrusivos que los materiales, y puede ser menos costoso y más transferible al medio habitual del sujeto.⁶

Los sucesos o eventos que han de servir para aumentar o disminuir la probabilidad de una conducta, son específicos de cada persona, lo que es reforzante para algunos niños la aprobación social es un poderoso reforzador, para otros puede serlo hacerles cosquillas, darles abrazos o su comida preferida.⁶

Ejemplos de reforzadores de actividad, empleados comúnmente con los niños: ver una película, mirar televisión, ir de campamento, ir de excursión al campo, estudiar con un amigo, que un amigo se quede a dormir, escuchar música tener una fiesta,

salir de compras, jugar con papá, ir a jugar afuera, que se les lea cuentos, jugar con sus amigos, ir de vacaciones.¹⁰

Algunos clínicos consideran el manejo de contingencia como una forma de soborno. Ripa cree que esta es una comparación inapropiada, puesto que el soborno se refiere a pagos por una conducta irresponsable, indeseable o moralmente ofensiva; mientras el refuerzo de contingencia es más precisamente comparado a conceptos tales como el salario, los premios, la comisión, el elogio o las recompensas por una conducta deseable.¹⁰

4.4 Distracción contingente

La distracción es un elemento activo para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento no agradable. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño.⁵

La distracción contingente, consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y al mismo tiempo condicionarlo por medio de contingencias, es decir, el medio distractor es aplicado siempre y cuando el comportamiento sea adecuado y permita realizar el tratamiento, de lo contrario, este será suspendido hasta que el paciente muestre indicios de mejoría de su comportamiento. Puede hacerse mediante la utilización de medios audiovisuales o auditivos, como es el caso de los videojuegos en el cual el niño interactuara con la consola de videojuegos, los cuales se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Es importante utilizarla en conjunción con decir-mostrar-hacer antes de iniciar el tratamiento con el objeto de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica.¹²

Cabe resaltar que la distracción contingente tiene efecto en las personas de toda edad, menos en los que presenten, inmadurez emocional o falta de desarrollo de la comunicación verbal, como los menores de 3 años.

Esta técnica de manejo de conducta sigue en desarrollo, y cada vez aumenta distractores más eficaces, como en este estudio lo son los videojuegos.

5. ANESTESIA EN ESTOMATOLOGÍA

5.1 Anestesia local

Este tipo de anestesia es un estado de insensibilidad local al dolor, producido por la inyección-hipodérmica o la aplicación local de un compuesto químico apropiado. La sustancia química al actuar sobre el protoplasma de las fibras nerviosas produce una “coagulación” reversible que impide, mientras dure el efecto, la transmisión de los impulsos dolorosos al cerebro.¹³

La anestesia local se divide en:

5.1.1 Anestesia por infiltración

En esta técnica, la solución se deposita en el tejido blando que cubre la zona operatoria y por difusión a través de la zona insensibiliza las terminaciones nerviosas. Este se consigue mediante la aplicación suprapariosteal de la sustancia, es decir, sobre la superficie ósea, sin penetrar en ella.¹³

Existen diversas clases de anestesia por infiltración:

- a) Suprapariosteal, donde la solución se deposita antes del periostio.
- b) Subperiosteal, donde la solución se deposita por debajo del periostio; la aplicación subperiosteal directa debe evitarse debido a que provoca desprendimiento del periostio y dolor intenso.
- c) Submucosa, donde la sustancia se inyecta en la membrana mucosa, lo que resulta inadecuado por la anestesia poco profunda.
- d) Periodontal, donde la sustancia se inyecta en el ligamento periodontal, produce una buena anestesia, pero el ligamento se destruye por la presión.
- e) Intraseptal, donde la solución se deposita en el tabique interdental, este tipo de anestesia se recomienda en los tratamientos periodontales.
- f) Intraóseo, este término denota la perforación del hueso, lo cual es poco práctico, ya que primero habrá que colocar una anestesia suprapariosteal, para después perforar el hueso y volver a inyectar.

g) Intrapulpar, donde la substancia se coloca directamente en la pulpa, forzando la solución a través de la dentina hasta la cámara pulpar. Esta anestesia se recomienda para tratamientos de endodoncia.

La solución anestésica debe difundirse desde el tejido óseo esponjoso hacia el vértice con el objeto de involucrar las terminaciones nerviosas. Esto solo es posible en aéreas con una capa delgada y compacta. Como una consecuencia de esto. La anestesia por infiltración está indicada principalmente en el manejo del dolor en el maxilar superior e inferior en niños.¹³

Para el tratamiento de un dolor dental severo es necesario en forma general el uso de grandes cantidades de anestésico de tal manera que cuando un tratamiento está indicado en ambos cuadrantes del maxilar superior, se recomienda la anestesia por bloqueo la cual requiere menor cantidad de anestésico.¹³

5.1.2 Anestesia por bloqueo regional

En este tipo de bloqueo, la región total que inerva el nervio puede ser bloqueado con una pequeña cantidad de anestésico. Esta técnica se utiliza para dar mayor profundidad y mayor tiempo a la duración del procedimiento anestésico. Sin embargo es primordial la colocación precisa del anestésico en la proximidad topográfica del nervio. Una desviación de la punta de la aguja sobre el sitio predeterminado produce una falsa anestesia o una acción anestésica insuficiente.¹³

5.2 Anestesia y Ansiedad

En la odontología existen muchos factores que infunden temor y ansiedad a los pacientes, la vestimenta, el instrumental, el olor y los ruidos, es decir que los sentidos juegan un gran papel en la ansiedad dental. Y si no se logran disipar la ansiedad, la colocación de anestesia intraoral resultaría muy traumática o imposible por falta de cooperación.

Fuera de los métodos tradicionales ya mencionados para erradicar la ansiedad durante procedimientos invasivos, existe una alternativa farmacológica, los métodos más usados en odontología producen sedación consciente (ansiolíticos) y anestesia general, la cual deprimirá el sistema nervioso, requiriendo un manejo de preferencia hospitalario, o contar con personal y equipo especializado en el área.

6. VIDEOJUEGOS

Todo juego electrónico con objetivos esencialmente lúdicos, que se sirve de la tecnología informática y permite la interacción a tiempo real del jugador con la maquina y en la que la acción se desarrolla fundamentalmente sobre un soporte visual (que puede ser la pantalla de una consola, de un ordenador personal, de un televisor, o cualquier otro soporte semejante).¹⁴

6.1 Los videojuegos en psicoterapia y medicina

Hasta ahora, la mayoría de los trabajos, referentes tanto a los posibles perjuicios como a los posibles beneficios asociados a los videojuegos, han comparado a los jugadores con los no jugadores, o a distintos tipos de jugadores en función de su mayor o menor adhesión al juego. En otras palabras, el planteamiento general ha sido: dado un grupo de usuarios de videojuegos, veamos cuales son los problemas o beneficios asociados a dicha práctica.

Los trabajos que se revisaron proponen un enfoque diferente, al plantear la utilidad de los videojuegos como tratamiento o como apoyo al tratamiento de diversos problemas médicos y/o psicológicos. Es decir, el planteamiento general de estos trabajos es dado en grupo, de personas que padecen un determinado problema, veamos si la introducción de la práctica de determinados videojuegos han sido utilizados con éxito como apoyo a otras terapias en los siguientes tratamientos¹⁴:

- En fisioterapia con lesiones en los brazos.
- Para incrementar la iniciación y duración de las interacciones sociales entre niños autistas y no autistas.
- En la terapia de control del dolor durante intervenciones sociales entre niños autistas y no autistas.
- En la terapia de control del dolor durante intervenciones dentales, en niños que reciben quimioterapia, o en niños con anemia falciforme.

- Para incrementar el auto-concepto y el autocontrol entre los delincuentes juveniles institucionalizados.
- Enseñanza de habilidades de ocio a sujetos con retrasos severos, con discapacidades físicas, y con síndrome de Down.
- Para promover e incrementar la extensión del brazo en personas con lesiones cerebrales traumáticas.
- Distracción cognitivo-atencional en el control de la nausea condicionada en pacientes pediátricos que reciben tratamiento de quimioterapia.
- Motivación y estimulación de niños en proceso de rehabilitación por quemaduras.
- Rehabilitación cognitiva de pacientes con dificultades en la atención.
- Reducción de palpitaciones.
- Para facilitar la comunicación entre pacientes y el personal de enfermería de una unidad psiquiátrica.
- Prevención de la respuesta de rascarse en un niño con neurodermatitis.
- Desarrollo de la interacción social entre jóvenes con necesidades educativas especiales.
- Desarrollo de habilidades de uso de aparatos electrónicos de exploración en niños con discapacidades severas.
- Incremento de la autoestima en adolescentes.
- Establecimiento de Rapport con niños durante las sesiones de psicoterapia.
- Para promover los esfuerzos respiratorios en jóvenes con distrofia muscular de Duchenne.
- Rehabilitación de la función motora de miembros con parálisis desde el nacimiento.
- Rehabilitación de déficits funcionales sensoriomotores debidos a hemorragia subaracnoidea.
- Ayuda en el tratamiento de adolescentes con problemas de desarrollo y personalidad.

Además también se ha recurrido a los videojuegos para evaluar las actitudes y las conductas de grupos de personas que son difíciles de evaluar, como los pacientes esquizofrénicos. Cuando se ha llevado tal propuesta a la práctica, se ha

comprobado que los pacientes cooperan mejor con los videojuegos que con las pruebas tradicionales o con las actividades diarias que se llevan a cabo en su unidad. Por otra parte, en comparación con las pruebas tradicionales, los videojuegos permiten una evaluación más breve y sencilla, y los sujetos aceptan mejor la realización de varias mediciones repetidas.¹⁴

También, en el caso de las personas mayores, los videojuegos han contribuido a la mejora de habilidades, por ejemplo, se ha comprobado que las puntuaciones de los ancianos en cociente intelectual y la ejecución en diversas pruebas espaciales mejoran después de someterse a un programa de uso de videojuegos de 8-9 horas a lo largo de 2 meses. Otros trabajos también señalan que la práctica diaria de videojuegos durante varias semanas produce mejoras en el tiempo e reacción de los ancianos. Es más, a través del uso de videojuegos por parte de las personas mayores se pueden descubrir aspectos importantes sobre sus déficits físicos y mentales, que de otra manera serían más difíciles de detectar.¹⁴

Los videojuegos han sido utilizados también como prueba de medición en investigaciones en las que los propios juegos no eran el objetivo central del estudio.¹⁴

Por ejemplo, un profesor de la Jhon Hopkins University utilizó los videojuegos como medio de evaluación de los efectos de drogas anticonvulsivas sobre el funcionamiento cognitivo. Asimismo, se han utilizado videojuegos para medir la influencia de alcohol sobre los tiempos de reacción, así como las habilidades de concentración de los pilotos, y general como pruebas para evaluar el desempeño.¹⁴

6.2 Críticas a los videojuegos

Desde su aparición, los videojuegos han sido objeto de un considerable grado de temor por parte de la sociedad en general. Sin duda, este temor es semejante al provocado por la aparición de otras muchas novedades científicas, técnicas o sociales, que con frecuencia han ido acompañadas de un sinnúmero de críticas y

vaticinios catastróficos. En la mayoría de los casos estas voces de alarma resultaron infundadas (recomendemos a aquellos que auguraban que el cerebro de los usuarios de los “veloces” trenes de finales del XIX quedarían aplastados contra el fondo del cráneo). En otras ocasiones, la investigación ha mostrado que algunas de estas reservas tenían justificación (por ejemplo, las que prevenían contra los posibles efectos de la radiación).¹⁴

Los videojuegos han sido acusados de todo, desde promover la delincuencia a inducir a la agresión, ser causada de absentismo escolar, o, simplemente, ser inherente malignos. Pero también hay quien ha ensalzado su potencial para mejorar diversas habilidades y como potente herramienta de transmisión de conocimientos y valores.¹⁴

El problema es que, con mucha frecuencia, tanto las posiciones a favor como en contra se han basado en datos empíricos. Posiblemente el ejemplo más conocido y mencionado es el del cirujano general de los Estados Unidos, C. Everett Koop, quien en una conferencia ante trabajadores de la salud en la Universidad de Pittsburg en 1982, llegó a afirmar que los videojuegos eran una de las tres principales causas de violencia familiar, junto con la televisión y los problemas económicos, que no había nada constructivo en los videojuegos, que todo en ellos era eliminar, matar y destruir, que producían aberraciones en la conducta de los niños, convirtiéndolos en adictos “de cuerpo y alma”. Que incrementaban la tensión y el insomnio, y que hacían que los niños aceptasen con demasiada facilidad la violencia. Paradójicamente, el propio Everett Koop admitía que no poseía evidencia científica sobre todos estos efectos.¹⁴

Los primeros estudios realmente científicos que abordaron las implicaciones de los videojuegos sobre la vida de los niños y los adolescentes comenzaron a aparecer a principios de los años 80, cuando ya estos juegos habían alcanzado notablemente popularidad. Estos estudios abarcan numerosas áreas, incluyendo la salud, coordinación óculo-manual, desempeño escolar, personalidad y psicopatología, entre otras. Los resultados de estos primeros estudios eran con frecuencia parciales y sujetos a múltiples interpretaciones, pero a pesar de ello, la conclusión

general extraída de la conferencia patrocinada por Atari y organizada por la Universidad de Harvard en 1983 parecía enfatizar los aspectos positivos ,más que los negativos. En parte por estas conclusiones, y en parte por la crisis de la industria de los videojuegos de ese mismo año, los esfuerzos de investigación decrecieron notablemente a partir de esa fecha.¹⁴

Ello no fue óbice para que continuase el temor de profesores, progenitores y profesionales de la salud mental, alentando por una actitud alarmistas de los medios de comunicación, que no tardaron en acuñar expresiones como “yonkis” de teclado.¹⁴

6.3 Efecto de los videojuegos

Las ventajas: A nivel psicológico, durante el juego se desencadenan reacciones emocionantes intensas, muchas de las cuales pueden ser positivas porque logran que el jugador se sienta bien por haber triunfado y desarrollado la habilidad requerida para para vencer al oponente virtual mejorando su autoestima, además favorecen el desarrollo de habilidades de pensamiento, coordinación mano-ojo, velocidad de reacción, destreza en el manejo de tecnología.

Las desventajas: conforme el niño destina más horas al día a los videojuegos, va sacrificando tiempo para otras actividades, tales como la tarea, jugar con los amigos o convivir con la familia, al grado de aislarse de su entorno social, fugarse de su realidad y convertirse en una verdadera adicción, además predispone a vivir en un mundo irreal, reduciendo la actividad física, el hecho de perder constantemente genera frustración, actitudes competitivas que de no ser encaminadas podrían llegar a la desesperación, se favorece el aislamiento de los niños y el escape ante problemas familiares o escolares, pero esto casi siempre esta desencadenado por el descuido de los padres sobre todo en niños de temprana edad en formación .¹⁴

B. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

1. INTERNACIONALES

-Lennis P, Ángela María; Cárdenas V, Juan Manuel. EFICACIA CLÍNICA DE LA TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CONTINGENTE CON MATERIAL AUDITIVO EN PACIENTES DE 4 A 5 AÑOS DE EDAD. SABANETA COLOMBIA. 1998.¹⁵ Para este estudio realizado en el Centro de Salud Sabaneta, Colombia. Se seleccionaron 30 pacientes entre 4 y 5 años de edad y de ambos sexos que asistían a dicho establecimiento. A cada niño se le aplicó la técnica de distracción contingente con material auditivo durante una cita de 30 minutos durante el cual se le realizó tratamiento odontológico restaurador. El comportamiento fue evaluado de acuerdo a la escala de Frankl por dos jueces independientes odontopediatras calibrados, que hicieron comparaciones entre el comportamiento global antes y después de aplicar la técnica, así como entre diferentes periodos de la cita con el comportamiento previo. Se encontró que la mayoría de los niños mejoraron significativamente su comportamiento, observándose una mejoría gradual a través de la cita. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo y edad.

-Sánchez Aguilera, F; Toledano M, Osario R. INFLUENCIA DEL SEXO Y DEL TRATAMIENTO DENTAL EN LA APARICIÓN DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO, 2004.¹⁶ Se analizaron 81 niños entre 8 y 12 años de edad de ambos sexos. Para la evaluación de la ansiedad se utilizó el test STAIC (ansiedad estado y ansiedad rasgo) y también la escala para la valoración del comportamiento. Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias significativas de ansiedad entre niños y niñas antes de comenzar el tratamiento y que los valores de la ansiedad antes del tratamiento son superiores a la ansiedad mostrada tras el mismo, lo cual nos indica que una experiencia dental no traumática es el principal modo de disminuir la ansiedad en un niño.

-Lima Álvarez, Magda; Casanova Rivero, Yaneth. MIEDO, ANSIEDAD Y FOBIA AL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO EN EL INSTITUTO SUPERIOR DE

CIENCIAS MÉDICAS CARLOS J. FINLAY, CAMAGÜEY, CUBA. 2006. ¹⁷ Se estableció la diferencia entre miedo, ansiedad y fobia dental, y se precisó que entre el 5% y 31.5% de la población padece al menos una de estas emociones. La incidencia aumenta con la edad sin diferencias significativas del sexo. Las etiologías más frecuentes son experiencias traumáticas pasadas y la actitud aprendida de su entorno. Los tratamientos incluyen el control de la ansiedad con terapia del comportamiento y medicamentos.

-Lima Álvarez, Magda; Casanova Rivero, Yanett; Toledo Amador, Arelis; Espeso Napoles, Melia María. MIEDO AL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE PROVISIONAL. 2006. ¹⁸ En el estudio transversal, descriptivo realizado en la Clínica Provisional "Ismael Clark y Mascaró", del Municipio, en la provincia de Camagüey, Cuba, desde noviembre del 2005 hasta mayo del 2006 se trabajó con una muestra estuvo integrada por 210 personas seleccionadas de forma aleatoria dentro del universo. Se concluyó que predominó el sexo masculino y el grupo de edades entre 41 y 50 años, se precisó que el ruido a la pieza de mano es la causa principal del miedo al estomatólogo seguida de la percepción individual del dolor; las manifestaciones clínicas se manifestaron como sudores y taquicardia, seguidos de agarrotamientos, temblores e hipersensibilidad al dolor.

-Sánchez Aguilera, F; Toledano M, Rosario. INFLUENCIA DEL SEXO Y DEL TRATAMIENTO DENTAL EN LA APARICIÓN DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO, VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE GRANADA, ESPAÑA, OCTUBRE 2003. ¹⁹ Se analizaron 81 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los 8 y 12 años de edad que no habían ido antes a una consulta dental. Para la evaluación de su ansiedad se les realizó el test STAIC (ansiedad/ estado y ansiedad/rango) antes de comenzar su tratamiento bucodental y en la 3ª y última visita; se utilizó también la escala para la valoración del perfil del comportamiento. Los resultados

muestran que no existen diferencias significativas de ansiedad entre niños y niñas antes de comenzar el tratamiento. La ansiedad/estado, está fuertemente correlacionada con el comportamiento que presenta un niño durante su tratamiento dental. Los valores de ansiedad antes del tratamiento son superiores a la ansiedad mostrada tras la realización del mismo, lo que nos indica que una experiencia dental no traumática es el principal modo de descender la ansiedad en el niño.

-García Milanés M, Corona Carpio M, Martínez Ramos M, Medina Maglucen C. COMPORTAMIENTO CLÍNICO DEL MIEDO INFANTIL AL ESTOMATÓLOGO CON TRATAMIENTO DE FLORES DE BACH. 2013.²⁰ Se realizó un estudio en niños de 6 a 7 años de edad, de ambos sexos, procedentes del Centro Escolar 26 de julio, que asistieron a la Clínica Estomatológica Provincial Docente con manifestaciones de temor y miedo al dentista. El universo de estudio estuvo constituido por 50 niños a los cuales se les realizaron encuestas junto a sus padres para la identificación del tipo de miedo, indicándose la aplicación de aromaterapia con el tratamiento floral de Bach, de acuerdo con el tipo de miedo diagnosticado. Se observó la mejoría en 38 niños del total de los casos, representando el 82 % del total a quienes se aplicó dicha técnica durante 30 días.

2. NACIONALES

-Quiroz Torres, Jenniffer Miriam. MANEJO DE CONDUCTA NO CONVENCIONAL EN NIÑOS: HIPNOSIS, MUSICOTERAPIA, DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y AROMATERAPIA. UNIVERSIDAD CAYETANO HEREDIA, LIMA-PERÚ 2003²¹ El universo de estudio fue de 90 niños de 9 a 15 años de ambos sexos, que fueron sometidos a todas las técnicas, intercalando progresivamente, en diferentes días. La técnica que mejores resultados arrojó, que la distracción audiovisual con una aceptación de 82%, seguida por la musicoterapia con 73.8% de aceptación, La aromaterapia, con una aceptación 40.5%. Por último, la hipnosis, con 1.8%. Por necesitar de estomatólogos altamente adiestrados queda como una alternativa muy compleja y lenta. Además se concluye que, es necesario aplicar nuevas

técnicas para el manejo de conducta del paciente pediátrico que sean acordes a los avances tecnológicos de nuestra era y a su vez que promuevan la salud como es el uso de la medicina natural o alternativa, ampliamente estudiada en los últimos años.

3. LOCALES

- Puma Pacha, Patricia. EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA ANSIEDAD DE PACIENTES GESTANTES DURANTE EL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO. CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS AREQUIPA-PERÚ. 2010.²² Fueron pacientes adscritos al SIS (Seguro Integral de Salud). El comportamiento observado de la presión arterial sistólica y diastólica, el pulso y la frecuencia respiratoria, en el grupo sin musicoterapia no mostró variaciones durante el tratamiento odontológico. En el grupo con musicoterapia se observa que tanto la presión arterial sistólica y diastólica no mostraron cambios, mientras que el pulso y la frecuencia cardíaca evidenciaron una reducción estadísticamente significativos en sus valores. La musicoterapia tiene efectos positivos sobre los niveles de ansiedad puesto que se ha quedado demostrado que reduce los niveles del pulso y frecuencia cardíaca.

-Choquehuanca Suca, Ana Maria. CARACTERISTICAS DE ANSIEDAD PREQUIRURGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA VARONES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS AREQUIPA-PERÚ. 2009.²³ La población fue de 78 personas internadas en el servicio de cirugía varones, la ansiedad de los pacientes en etapa prequirúrgica está caracterizada por; magnitud de ansiedad (tiempo de la cirugía y narraciones informativas), así como el tipo de ansiedad (estado o momento). La magnitud de la ansiedad está influenciada en primer lugar por el temor a la dependencia como resultado de la cirugía; así mismo, a la prolongación de periodo prequirúrgico y los antecedentes como experiencia anticipada a la cirugía, con menor predominio las complicaciones anestésicas o la cirugía en sí. El tipo de ansiedad prequirúrgica predomina con

mayor índice en la ansiedad-estado, donde se manifiesta la ansiedad en tiempo presente; además, con un menor nivel está presente el nerviosismo e inquietud.

-Salazar Herrera, Juan. EFECTO DE MÚSICO-TERAPIA EN LA ANSIEDAD EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL ALBERGUE CHILPINILLA. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS AREQUIPA-PERÚ. 2012.²⁴ Se estudiaron 98 internos, de los cuales el 98% fueron enfermos mentales y el 2 % mendigos o personas con problemas de inserción a la sociedad. La aplicación del programa de musicoterapia produjo una disminución significativa en el nivel de ansiedad de los pacientes esquizofrénicos, tal es así que, aquellos que tenían una ansiedad elevada, luego presentaron una disminución significativa. Esta disminución se da en la ansiedad somática; es decir, que antes los pacientes tenían un nivel de ansiedad somática elevada. Posterior a la aplicación del programa de musicoterapia se obtiene una disminución significativa a un nivel medio, resaltándose en forma específica que en los ítems considerados para este nivel de ansiedad somática antes de la aplicación, los niveles más considerados eran máximos, elevados y medios y posteriormente, éstos disminuyen, aumentando considerablemente el ligero; y sobre todo en lo que respecta a la conducta en el transcurso y durante el test. También se obtiene una disminución significativa en la ansiedad psicológica; es decir, que antes los pacientes tenían un nivel de ansiedad psicológica elevada y posterior a la aplicación del programa de musicoterapia se obtiene una disminución significativa a un nivel medio y aumentando considerablemente el ligero.

C. HIPÓTESIS

Dado que el uso de videojuegos tiene efectos en la fisiología y psicología de los pacientes porque incrementan la función de todas las áreas involucradas en procesos intelectuales y cognitivos de la persona que los practica.

Es probable que, haciendo uso de los videojuegos de manera controlada en la consulta estomatológica, se disminuya la ansiedad en los pacientes durante los procedimientos de anestesia.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

A. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Clínica Odontológica Polident ubicada en la calle Elías Aguirre 404 en el distrito de Mariano Melgar.

La clínica cuenta con las especialidades de ortodoncia, rehabilitación oral, cirugía oral, odontopediatría, periodoncia e implantología, además de contar con servicios en odontología preventiva.

La ubicación de la clínica cerca de las inmediaciones del mercado de la “Feria del Altiplano” le contribuye fluidez de pacientes, tanto adultos como niños.

B. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio experimental, ya que se quiso conocer los efectos que causaría la aplicación de un estímulo antes del procedimiento de anestesia infiltrativa y saber si se obtendrían mejores resultados; en este caso se realizó como estímulo la aplicación de videojuegos y como distracción para evitar la ansiedad, que puede manifestarse durante el procedimiento anestésico en la colocación de anestesia infiltrativa intraoral.

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la temporalidad, se trata de un estudio longitudinal, ya que se realizaron tres mediciones, para contrastar los resultados antes, durante y después de la aplicación de anestesia en los grupos experimental y control.

De acuerdo al lugar de recolección, se trata de un estudio de campo, puesto que la información fue directamente medida de los pacientes.

De acuerdo al momento de la recolección, es un trabajo prospectivo, dado que la información se fue produciendo conforme se avanzo en el estudio.

De acuerdo al propósito, es comparativo, debido a que se compararon las mediciones, basal y final de la ansiedad en los grupos y entre ellos.

C. UNIDADES DE ESTUDIO

Se optó por la alternativa de grupos por tratarse de una investigación experimental, y por su clara intención comparativa.

1. Identificación de los grupos: Se empleó un grupo experimental y uno control, llamados convencionalmente GE y GC, respectivamente.

Al GE se le aplicó la distracción contingente con videojuegos durante el procedimiento odontológico, al GC no se le aplicó dicha distracción contingente, y ambos grupos fueron clasificados según la escala de imágenes faciales (FIS).

2. Criterios de igualación de los grupos

2.1. Igualación cualitativa: Se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes receptivos

Pacientes entre 6 y 9 años.

De ambos sexos.

Sin antecedentes de malas experiencias en tratamientos odontológicos.

Pacientes que cuenten con el consentimiento informado firmado.

Pacientes que requieran la colocación de anestesia para realizar el tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes no receptivos

Pacientes física y/o mentalmente impedidos.

Pacientes que sufran de hiperactividad.

Pacientes que no necesiten anestesia para su tratamiento.

Pacientes que presenten sintomatología dolorosa.

Pacientes que no puedan indicar o no se identifiquen con la cartilla FIS.

2.2. Asignación aleatoria: La conformación de cada grupo se hizo por procedimientos aleatorios, más específicamente, por sorteo.

3.3. Tamaño de los grupos: Se consideró la población total de los pacientes que acudieron al consultorio hasta completar los 40, siempre tratando de equiparar el grupo experimental y el grupo control con lo que a edad y sexo se refiere.

GE = 20

GC = 20

Total = 40

D. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por los pacientes comprendidos entre 6 y 9 años de edad que asistieron a la Clínica Polident.

La presente investigación se trabajó con el criterio de muestra, siendo su tamaño el establecido por la siguiente fórmula para poblaciones finitas y variables cualitativas:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

Z_{α} = nivel de confianza del estudio: 95 % (1.96)

P = Probabilidad que ocurra el fenómeno: 90 %

q = 100 – p: 10%

E= Error Muestral: 10%

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2(90)(10)}{10^2}$$

$$n = 34.57 \rightarrow 35$$

Según la fórmula se necesitaron 35 unidades de estudio, tamaño que se aumentó a 40 para ser divididos en dos grupos, con 20 unidades cada una, y que reúnan los criterios de inclusión y exclusión.

Se formaron dos grupos de estudio, uno experimental, al cual se le aplicó la técnica de distracción contingente con videojuegos; y otro control, los cuales no recibieron el estímulo.

E. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES

PRINCIPALES:

- Estímulo: Técnica de distracción contingente con videojuegos
- Respuesta: Ansiedad

SECUNDARIAS:

- Edad
- Sexo

Variables	Indicadores	Naturaleza	Escala de medición
Técnica de Distracción Contingente con Videojuegos	Expuestos No Expuestos	Cualitativa	Nominal
Ansiedad	1)Leve 2)Leve a Moderada 3)Moderada 4)Moderada a Severa 5)Severa	Cualitativa	Ordinal
Edad	Años	Cuantitativa	Razón
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

TÉCNICA

La técnica que se utilizó fue la observación clínica, la cual tuvo la finalidad de potenciar los sentidos, se clasificaron y consignaron los esquemas pertinentes en este problema que se desea estudiar.

INSTRUMENTO

Se utilizó la ficha clínica para recolección de datos basada en la escala de imágenes faciales (FIS) de Buchanan y Niven que es un instrumento validado y ampliamente utilizado para conocer la ansiedad especialmente de niños por su simplicidad.

(ANEXO N° 1)

F. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

1. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo siguiendo el siguiente protocolo:

Se llenó la historia clínica con los datos de los pacientes y se adjuntó el consentimiento informado debidamente firmado por los padres de todos los participantes. (ANEXO N°2)

1.1.- Para el grupo experimental.

- La primera medición de ansiedad se tomó cuando el paciente ingresó al consultorio y tomó asiento en la unidad dental. El investigador, mostró al niño una lámina a colores con los cinco rostros de la escala FIS impresa en ella y se le indicó que señale como es que se siente anímicamente en ese momento.

Si el paciente no pudo indicar como se sentía, se le hubiera excluido del estudio. Luego, el investigador se encargó de anotar los datos de la primera medición de ansiedad, siguiendo el protocolo. Se llenó el odontograma de la ficha de recolección, para saber los tratamientos que requería el paciente y si necesitaron anestesia.

-Los pacientes que requirieron colocación de anestesia para su tratamiento, fueron sometidos a la técnica de distracción contingente con videojuegos por 10 minutos,

guiados por el investigador, quien controló a cada paciente mientras utilizaron los videojuegos hasta finalizar el tiempo establecido.

- Una vez finalizado el tiempo de distracción, esta se interrumpió y el investigador le explicó el procedimiento a seguir, para interrogar al paciente por segunda vez con la escala FIS.

-Inmediatamente después que el investigador volvió a cuestionar al paciente sobre su estado anímico con la misma lámina usada para la primera medición, anotó la segunda medición de ansiedad en la ficha del paciente.

-El paciente reanudó la distracción contingente con videojuegos mientras que el investigador colocó la anestesia infiltrativa.

-Una vez finalizado el procedimiento anestésico, el investigador interrogó por tercera y última vez al paciente sobre su estado de ánimo con la lámina usada en las dos primeras veces. Se documentó la tercera medición.

-La distracción contingente continuara hasta finalizar el procedimiento.

1.2.-Para el grupo control.

-Este grupo fue tratado de manera convencional por el investigador, quien les informó sobre los procedimientos que se les realizarían.

-La primera medición la tomó el investigador cuando el paciente se encontró sentado en la unidad dental, sin el sistema de mandos acondicionado y con la televisión apagada, mostrándole la lámina con las cinco caras de la escala de FIS impresa en ella, se le pidió que señale la figura con la que se identifica anímicamente en ese momento y la respuesta se anotó por el investigador en la ficha de recolección de datos (en el caso de que el paciente no pudo indicar su estado de ánimo se le hubiera excluido del estudio), seguidamente se realizó el odontograma, diagnóstico y si requería anestesia para el tratamiento.

- El investigador realizó la segunda medición de ansiedad después de explicar los procedimientos de manera convencional a los pacientes que requerían colocación de anestesia para el tratamiento, hizo la pregunta con la lámina en mano, y la respuesta se anotó en la ficha.
- Después, se procedió a colocar la anestesia infiltrativa y una vez finalizada la maniobra se tomó la tercera medición de ansiedad.

El instrumento de medición de ansiedad de éste estudio es el FIS (escala de imágenes faciales), creada por Buchanan y Niven, validada en la división de psicología de la Universidad de Derby, Mickleover, Reino Unido, la cual puede ser aplicada a pacientes de entre 3 a 18 años. Se compone de una hilera de cinco caras que van desde mucha felicidad a mucha infelicidad, y se le pide al niño que indique cuál de las caras refleja cómo se siente en ese momento. Este instrumento muestra una adecuada facilidad de aplicación, siendo utilizado tanto en contextos europeos como latinoamericanos, y es de gran ayuda para realizar mediciones en pacientes niños por su simplicidad.

2. PLAN DE TABULACIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS:

Una vez medidos y recolectados los datos de interés, fueron tabulados en una matriz de sistematización, para la cual se utilizó una hoja de cálculo EXCEL, Versión 2007. La presentación de los datos se llevó a cabo con la elaboración de tablas de simple y doble entrada, así mismo se construyeron gráficos de barras simples y dobles.

G. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se analizaron, en un primer momento, de manera descriptiva, para lo cual se calcularon frecuencias absolutas (N°) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables de interés. En un segundo momento se estableció la efectividad de la técnica de distracción contingente con videojuegos, a través de la

aplicación de la prueba estadística U de Mann Whitney, a un nivel de significación de 95%.

El análisis estadístico se realizó con la ayuda del software EPI - INFO Versión 6.0.

H. RECURSOS

1. Humanos

Investigador: Eduardo Alexander Miranda Barahona

Asesor:

- Asesor Técnico: Dra. Sandra Corrales Medina
- Metodológico: Dr. Xavier Sacca Urday
- Redacción: Dra. Maria Luz Nieto Muriel

2. Financieros:

La investigación fue totalmente financiada por el investigador.

3. Materiales:

- Unidad dental
- Trípode
- Jeringa carpule
- Anestesia
- Campos de trabajo
- Guantes
- Gorro
- Barbijo
- Xbox360
- Mando para Xbox360 incorporable a la unidad dental
- Televisor

4. Institucionales

Universidad Alas Peruanas – Filial Arequipa

Clínica Odontológica Polident Mariano Melgar

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE DATOS

TABLA Nro. 1

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD

Edad	Grupo de Estudio			
	Sin Distracción		Con Distracción	
	Nº	%	Nº	%
6 años	2	10.0	2	10.0
7 años	11	55.0	11	55.0
8 años	5	25.0	4	20.0
9 años	2	10.0	3	15.0
Total	20	100.0	20	100.0

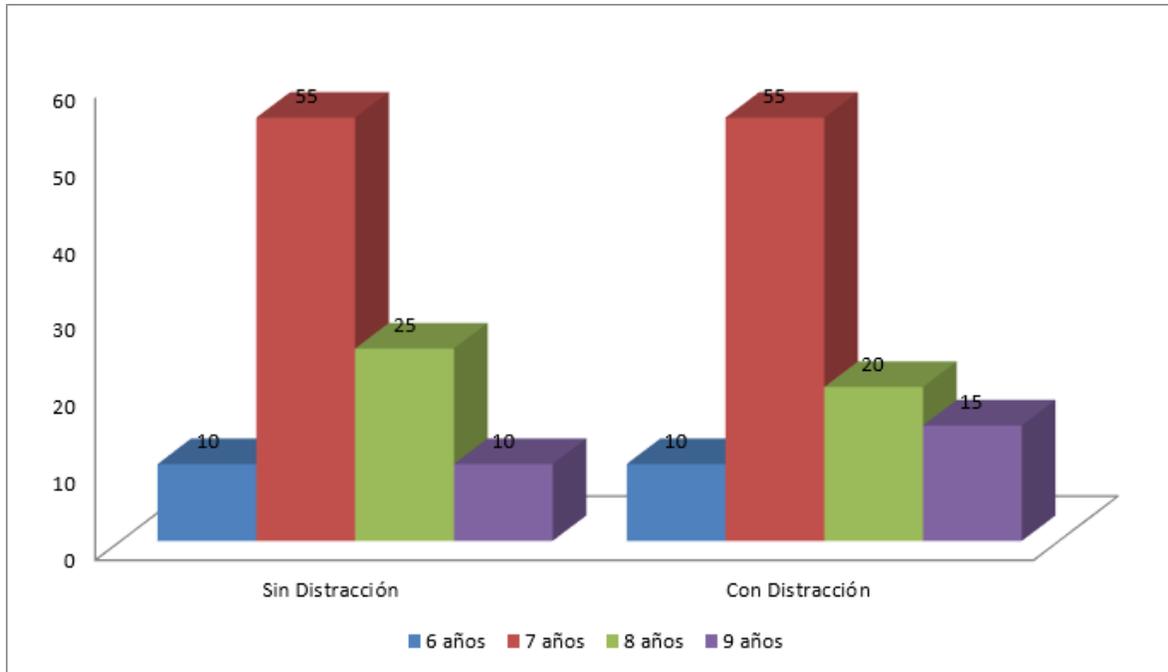
Fuente: Matriz de datos

$P = 0.991$ ($P \geq 0.05$) N.S.

Interpretación

En la tabla numero 1 podemos observar la distribución de la edad en los grupos de estudio, apreciándose que en aquellos que no fueron sometidos a la técnica de distracción contingente, la mayoría (55%) tenían 7 años seguido por los de 8 años (25%). Situación similar se observa en el grupo sometido a la distracción contingente con videojuegos, donde el mayor porcentaje también tienen 7 años (55%) seguidos por los de 8 años (20%).

Según la prueba estadística no existen diferencias significativas de la edad entre ambos grupos de estudio por lo que podemos afirmar que son homogéneos.

GRAFICO Nro. 1**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD**

Fuente: Matriz De Datos

TABLA Nro. 2**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO**

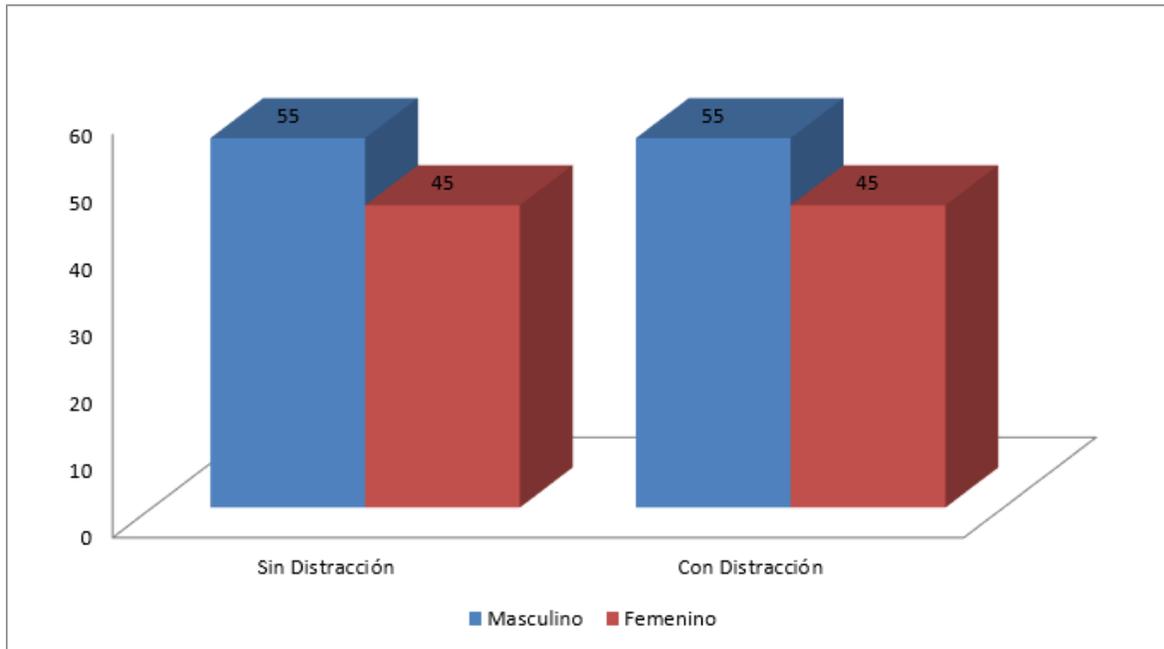
Sexo	Grupo de Estudio			
	Sin Distracción		Con Distracción	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	11	55.0	11	55.0
Femenino	9	45.0	9	45.0
Total	20	100.0	20	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación

En la tabla número 2 podemos observar la distribución del sexo en los grupos de estudio, apreciándose que los que no fueron sometidos a la técnica de distracción contingente, (55%) son de sexo masculino y un (45%) femenino. Situación idéntica se observa en el grupo sometido a la distracción contingente con videojuegos.

No existen diferencias en la variable sexo entre ambos grupos de estudio, por lo que podemos afirmar que son homogéneos.

GRÁFICO Nro. 2**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO**

Fuente: Matriz De Datos

TABLA Nro. 3

COMPARACIÓN DE LA PRIMERA MEDICIÓN DE ANSIEDAD ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Primera medición	Grupo de Estudio			
	Sin Distracción		Con Distracción	
	Nº	%	Nº	%
Leve	9	45.0	3	15.0
Leve - Moderada	5	25.0	7	35.0
Moderada	3	15.0	7	35.0
Moderada - Severa	1	5.0	3	15.0
Severa	2	10.0	0	0.0
Total	20	100.0	20	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.090$ ($P \geq 0.05$) N.S.

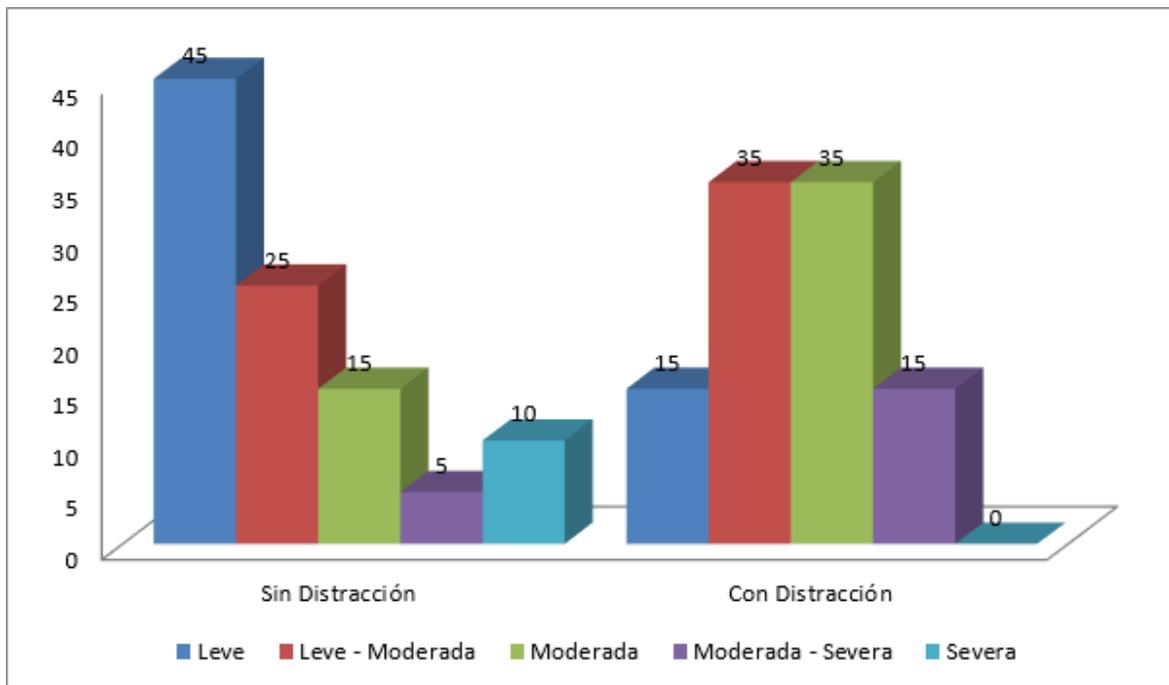
Interpretación

En la tabla número 3 se compara los niveles de ansiedad entre el grupo experimental y control antes de aplicar el estímulo (pre test), vemos que en el grupo control los individuos presentaron ansiedad “leve” (45%) y “leve-moderada” (25%), en tanto en el grupo experimental los niños presentaron ansiedad leve-moderada (35%) y moderada (35%).

Según la prueba estadística, no existen diferencias significativas de la ansiedad entre los grupos, lo que indica que ambos empiezan en las mismas condiciones.

GRÁFICO Nro. 3

COMPARACIÓN DE LA PRIMERA MEDICIÓN DE ANSIEDAD ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO



Fuente: Matriz De Datos

TABLA Nro. 4**COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN EL GRUPO CONTROL**

Ansiedad	SIN DISTRACCIÓN					
	Medición					
	1ra.		2da.		3ra.	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	9	45.0	1	5.0	1	5.0
Leve - Moderada	5	25.0	3	15.0	1	5.0
Moderada	3	15.0	8	40.0	5	25.0
Moderada - Severa	1	5.0	6	30.0	8	40.0
Severa	2	10.0	2	10.0	5	25.0
Total	20	100.0	20	100.0	20	100.0

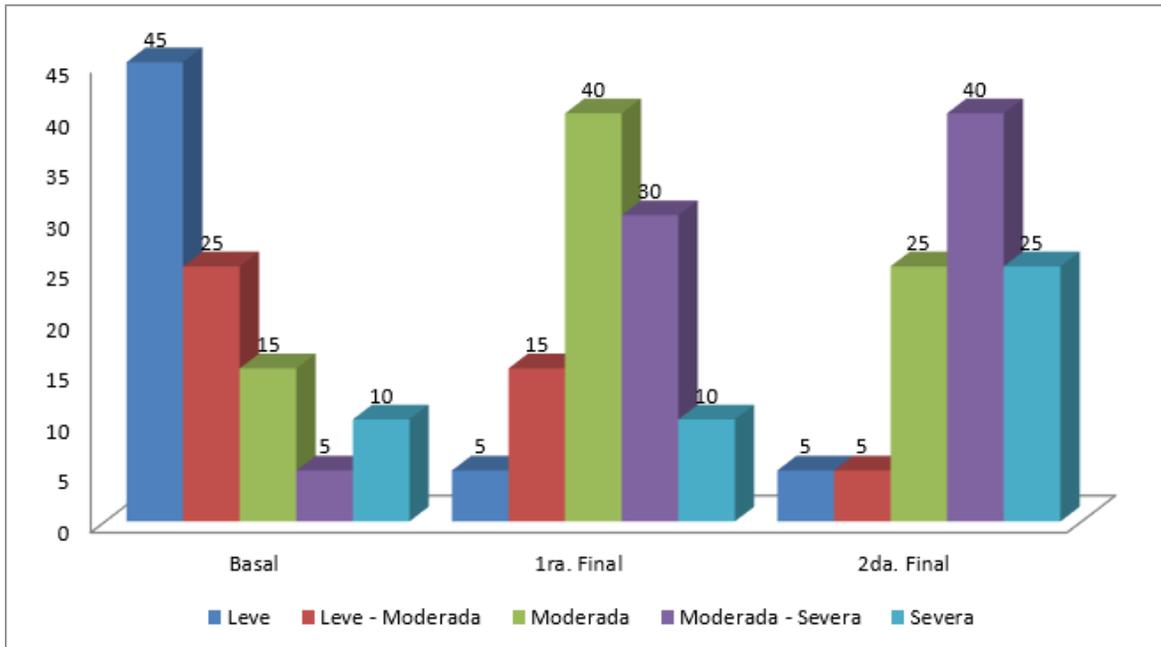
Fuente: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

Interpretación

En la tabla número 4 podemos observar la evolución de la ansiedad en el grupo control, apreciándose que en la primera medición de la ansiedad, esta fue principalmente “leve” (45%); luego, en la segunda aumentó hasta una ansiedad “moderada” (40%) y en la tercera, siguió incrementándose hasta llegar a una ansiedad “moderada–severa” (40%).

Según la prueba estadística, existen diferencias significativas entre las mediciones de la ansiedad, por lo que podemos afirmar que en este grupo la ansiedad aumentó.

GRÁFICO Nro. 4**COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN EL GRUPO CONTROL**

Fuente: Matriz De Datos

Basal – Primera medición

1ra final – Segunda medición

2da final – Tercera medición

TABLA Nro. 5**COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN EL GRUPO EXPERIMENTAL**

Ansiedad	CON DISTRACCIÓN					
	Medición					
	1ra.		2da.		3ra.	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	3	15.0	7	35.0	11	55.0
Leve - Moderada	7	35.0	9	45.0	8	40.0
Moderada	7	35.0	3	15.0	0	0.0
Moderada – Severa	3	15.0	0	0.0	1	5.0
Severa	0	0.0	1	5.0	0	0.0
Total	20	100.0	20	100.0	20	100.0

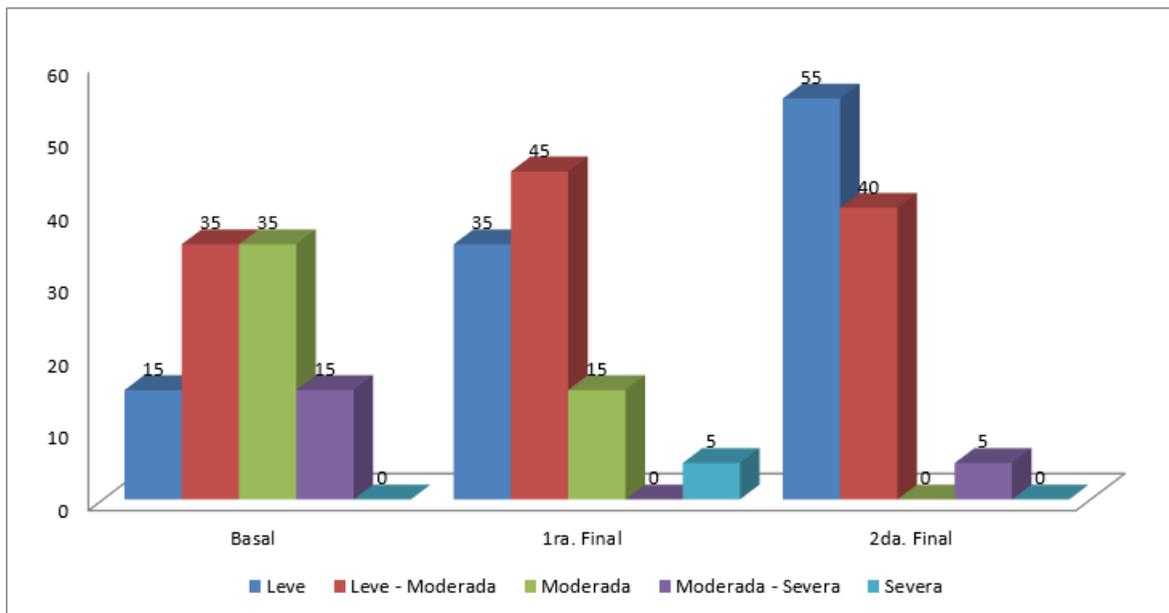
Fuente: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

Interpretación

En la tabla número 5 podemos observar la evolución de la ansiedad en el grupo experimental, apreciándose que en la primera medición, la ansiedad se ubica principalmente en los niveles “leve-moderada” (35%) y “moderada” (35%), luego en la segunda, esta disminuyó hasta ser “leve-moderada” (45%) y en la tercera, la ansiedad siguió decreciendo hasta ser “leve” (55%).

Según la prueba estadística, existen diferencias significativas entre las mediciones de la ansiedad, por lo que podemos afirmar que en este grupo la ansiedad disminuyó.

GRÁFICO Nro. 5**COMPORTAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN EL GRUPO EXPERIMENTAL**

Fuente: Matriz De Datos

Basal – Primera medición

1ra final – Segunda medición

2da final – Tercera medición

TABLA Nro. 6

**COMPARACIÓN DE LA SEGUNDA MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD ENTRE
AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO**

Ansiedad 2da. Medición	Grupo de Estudio			
	Sin Distracción		Con Distracción	
	Nº	%	Nº	%
Leve	1	5.0	7	35.0
Leve – Moderada	3	15.0	9	45.0
Moderada	8	40.0	3	15.0
Moderada - Severa	6	30.0	0	0.0
Severa	2	10.0	1	5.0
Total	20	100.0	20	100.0

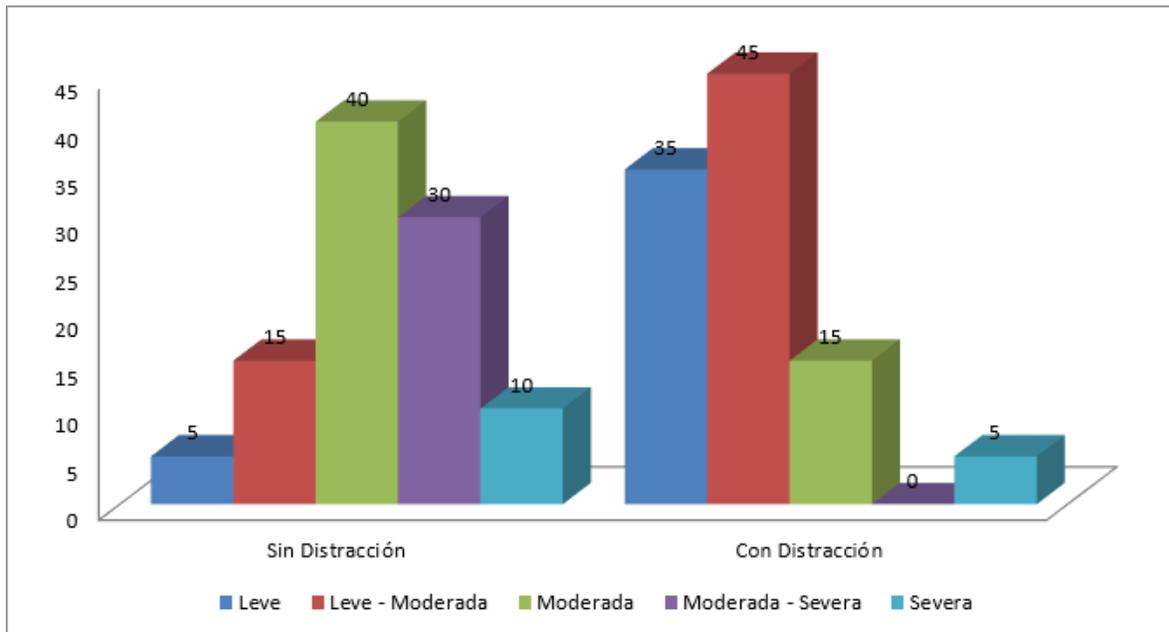
Fuente: Matriz de datos

$P = 0.003$ ($P < 0.05$) S.S.

Interpretación

En la tabla número 6 se comparan los resultados de la ansiedad en la segunda medición entre ambos grupos, mostrándose que en el control se obtuvo ansiedad “moderada” (40%), en comparación con el grupo experimental, que llegó a un nivel de ansiedad “leve-moderada” (45%).

Según la prueba estadística, existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la ansiedad, por lo que podemos inferir que la técnica de distracción contingente fue efectiva en esta etapa del seguimiento.

GRÁFICO Nro. 6**COMPARACIÓN DE LA SEGUNDA MEDICIÓN DE LA ANSIDAD ENTRE
AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO**

Fuente: Matriz De Datos

TABLA Nro. 7

**COMPARACIÓN DE LA TERCERA MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD ENTRE
AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO**

Ansiedad 3ra. Medición	Grupo de Estudio			
	Sin Distracción		Con Distracción	
	Nº	%	Nº	%
Leve	1	5.0	11	55.0
Leve – Moderada	1	5.0	8	40.0
Moderada	5	25.0	0	0.0
Moderada - Severa	8	40.0	1	5.0
Severa	5	25.0	0	0.0
Total	20	100.0	20	100.0

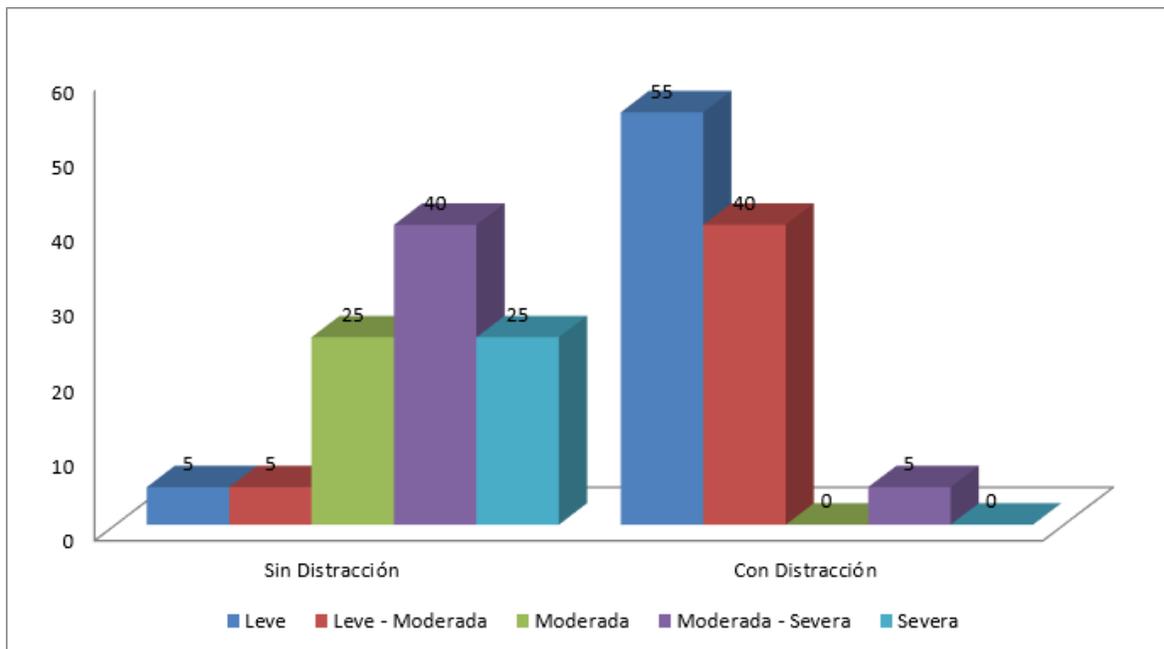
Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

Interpretación

En la tabla número 7 se comparan los resultados de la ansiedad de la tercera medición entre ambos grupos, mostrándose que en el grupo control se obtuvo la ansiedad en un nivel “moderada-severa” (40%), mientras que en el grupo experimental, la ansiedad fue “leve” (55%).

Según la prueba estadística existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la ansiedad, por lo que podemos inferir que la técnica de distracción contingente fue efectiva al final del proceso investigativo.

GRÁFICO Nro. 7**COMPARACIÓN DE LA TERCERA MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD ENTRE
AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO**

Fuente: Matriz De Datos

B. DISCUSIÓN

El presente estudio trato de evaluar el efecto de la distracción contingente con videojuegos, en el cambio de la ansiedad de niños de 6 a 9 años de edad durante una cita de tratamiento realizado bajo anestesia local.

Los hallazgos de esta investigación mostraron cambios estadísticamente significativos en la disminución de la ansiedad en el grupo experimental durante la cita.

Estos resultados muestran que la técnica empleada, disminuye la ansiedad de los niños de 6 a 9 años de edad, lo cual concuerda con el estudio realizado por Angela Maria Lennis y Juan Manuel Cardenas ¹⁵, “Eficacia clínica de la técnica de distracción contingente con material auditivo en pacientes de 4 a 5 años de edad.”, quienes en su artículo encontraron que la técnica de distracción contingente con material auditivo aplicada en pacientes pediátricos de difícil manejo bajo tratamiento odontológico restaurativo, parece ser eficaz para ayudar a mejorar significativamente su comportamiento durante la cita en la que se aplica la musicoterapia.

Ripa ¹⁰ “Manejo de la conducta odontológica del niño”, ha encontrado que el manejo de contingencia, especialmente el uso de del refuerzo positivo, es muy útil en la modificación de la conducta. De acuerdo a esta teoría, el niño observa lo que debe hacer para ganar beneficios y evitar castigos o momentos desagradables. Los resultados de esta investigación se ajustan a la explicación dada por el autor mencionado.

De acuerdo a la literatura psicológica, tanto el refuerzo positivo como el negativo, se caracteriza por aumentar la frecuencia de aparición de una conducta determinada, la principal diferencia está en que el positivo lo hace en el momento en que aparece y el negativo cuando desaparece.

Analizando los resultados obtenidos, al aplicar el reforzador contingente como lo fue, jugar videojuegos, los niños disminuyeron su ansiedad valorado con la escala

de imágenes faciales (FIS) del pre test al post test (segunda medición, tercera medición). Resultado que tiene similitud con quienes en un estudio similar, encontraron que la técnica de distracción contingente con material auditivo (musicoterapia) aplicada a pacientes pediátricos en el tratamiento dental, es altamente efectiva para mejorar el comportamiento físico evasivo.

En esta investigación se utilizó un refuerzo de actividad, principalmente de tipo positivo aplicado únicamente antes de explicar y realizar la maniobra de anestesia (de otra manera hubiera sido excluido del estudio), sin embargo el hecho de suspender la distracción contingente con videojuegos en el momento de observar un comportamiento disruptivo por parte del paciente pudo haber actuado como un refuerzo negativo.

C. CONCLUSIONES

Primera:

La presente investigación ha demostrado que la técnica de distracción contingente con videojuegos es efectiva sobre los niveles de ansiedad de los pacientes pediátricos de 6 a 9 años durante el tratamiento odontológico que requiera de colocación de anestesia intraoral, puesto que la disminuye significativamente, con lo cual comprobamos nuestra hipótesis planteada.

Segunda:

La primera medición de ansiedad en el grupo control fue leve (45% de pacientes), en tanto en el grupo experimental, estuvo entre leve-moderada (35% de pacientes) y moderada (35% de pacientes), no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos.

Tercera:

Los resultados de la segunda medición muestran que en el grupo control esta fue moderada (40% de pacientes), mientras que en el experimental estuvo en un nivel leve-moderada (45% de pacientes). Así mismo, en la tercera medición se evidenció que la ansiedad en el grupo control fue moderada-severa (40% de pacientes), en tanto en el experimental fue leve (55% de pacientes).

D. RECOMENDACIONES

Primera

Se recomienda la utilización del método de distracción contingente con videojuegos para la disminución de la ansiedad en los niños como una alternativa antes de llegar a la sedación consciente o anestesia general en los niños de 6 a 9 años de edad, implementando los sillones dentales para poder añadir pantallas y soportes de los comandos de las consolas de videojuegos u ordenadores para la aplicación de esta técnica.

Segunda

Se sugiere realizar estudios de investigación comparativos entre técnica de distracción contingente con videojuegos y distracción contingente con musicoterapia, aromaterapia, material audiovisual, para demostrar cuál es más eficaz para el tratamiento del comportamiento del niño durante el tratamiento psicológico del niño.

Tercera

Se recomienda el acondicionamiento de la sala de espera del consultorio con equipos de videojuegos para distraer a los niños antes del ingreso a su consulta y conseguir de esta manera una mejor relación entre el paciente niño y el odontopediatra.

E. BIBLIOGRAFÍA:

- 1- McDonald, Ralph E; Avery David R. "Odontología pediátrica y del adolescente", 9na Ed. illustrated, reprint, Elsevier Science Health Science Division, 2011.
- 2- Escobar Muñoz, Fernando. "Odontología pediátrica", 2da. Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 2004.
- 3- Pikham J,R. "Odontología Pediátrica". 2da. Ed. México. Interamericana. Mc Graw Hill. 1994.
- 4- López de Bernal, María Elena; Arango de De Narvaez, Maria Teresa. "Aprendiendo y creciendo juntos T.II: El desarrollo del niño de 4 a 12 años" 2da Ed. Ediciones Gamma, 2002.
- 5- Barbería Leache, "Odontopediatria", 2da Ed., ediciones Masson, 2002.
- 6- Bascones Martínez, Antonio. "Tratado de odontología", 2da Ed. Ediciones Avances Médico-Dentales, 1998.
- 7- Koch, Göran; Poulsen, Sven. "Odontopediatria: abordaje clínico", 2da Ed. Actualidades Medico Odontologicas Latinoamericanas, 2011.
- 8- Castillo Mercado, Ramón. "Manual de odontología pediátrica", 1ra Ed. Buenos Aires Medico Panamericana, 2010.
- 9- Andlaw, R. J. Rock, W.P. "Manual de odontopediatria", 4ta Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1999
- 10- Ripa, Louis W; Barenie, James T. "Manejo de la conducta odontológica del niño", 1ra Ed. Mundi, 1984.

- 11-American Psychological Association Launched in 2001 and revised in 2006 and in 2011. Disponible en: <http://actagainstviolence.org>.
- 12-García, Atzimba Islas; Parés Vidrio. “Técnicas de Manejo de la Conducta en Odontopediatría”, Revista Odontológica Mexicana. Vol. 11, Núm. 3 Septiembre 2007, disponible en :
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=https%3A%2F%2Fodonto4.files.wordpress.com%2F2011%2F01%2Ftc3a9cnicas-de-manejo-de-la-conducta-en-odontopediatrc3ada.doc&ei=ovxfVc7jO4LhggT9zYD4Cg&usg=AFQjCNG3OxTh7CnotnH2K3mJmb3TDJ1phA&sig2=2ADJD9ICowY5oKf98BO-kw>
- 13-Otero Cagide, Guillermo. “La anestesia para el cirujano dentista”, 1ra Ed. Prado 2003.
- 14-Tejeiro Salguero, Ricardo. “La psicología de los videojuegos un modelo de investigación.”1ra Ed. Ediciones Aljibe 2008.
- 15-Lennis P, Ángela María; Cárdenas V, Juan Manuel. “Eficacia clínica de la técnica de distracción contingente con material auditivo en pacientes de 4 a 5 años de edad.” Sabaneta Colombia. Revista CES Odontologia vol.11-No.2 1998 disponible en:
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.ces.edu.co%2Findex.php%2Fodontologia%2Farticle%2FviewFile%2F862%2F554&ei=chJgVbSSJcSjNrfAgZAP&usg=AFQjCNGiTuDbo63Bc6EaVMTs6gg9askaXQ&sig2=gRFhVSUxTczeNnGEk1vN1g>
- 16-Sánchez Aguilera, F; Toledano M; Osario R. “Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediatrico, 2004”. Madrid 2004 disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852004000400005

- 17-Lima Álvarez, Magda; Casanova Rivero, Yaneth. "Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico". Camagüey, Cuba, Humanidades Medicas, Vol 6,2006. Disponible en:
<http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2006/n16/art/MIEDO,%20ANSIEDAD%20Y%20FOBIA%20AL%20TRATAMIENTO%20ESTOMATOL%20D3GICO.php>
- 18-Lima Álvarez, Magda; Casanova Rivero, Yanett; Toledo Amador, Arelis; Espeso Napoles, Melia María. "Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la clínica estomatológica docente provisional".
- 19-Sánchez Aguilera, F; Toledano M, Rosario. "Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico, valoración del comportamiento en la facultad de odontología de granada, España, octubre 2003".
- 20-García Milanés, M; Corona Carpio, M; Martínez Ramos, M; Medina Maglun, C. "Comportamiento clínico del miedo infantil al estomatólogo con tratamiento de flores de Bach". 2013 disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662013000300012&script=sci_arttext
- 21-Quiroz Torres, Jenniffer Miriam. "Manejo de conducta no convencional en niños: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia." Universidad Cayetano Heredia Lima-Perú, 2003.
- 22-Puma Cacha, Patricia. "Efectos de la musicoterapia en la ansiedad de pacientes gestantes durante el tratamiento estomatológico. Centro de Salud Mariano Melgar". Universidad Alas Peruanas, Arequipa, 2010.
- 23-Choquehuanca Suca, Ana María. "Características De Ansiedad Prequirúrgica En Pacientes Hospitalizados En El Servicio De Cirugía Varones Del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza". Universidad Alas Peruanas Arequipa-Perú, 2009.

- 24-Salazar Herrera, Juan. "Efecto de músico-terapia en la ansiedad en pacientes esquizofrénicos del Albergue Chilpinilla." Universidad Alas Peruanas Arequipa-Perú. 2012
- 25-Buchanan H; Niven N. "Validación de una escala de imagen facial para evaluar la ansiedad dental infantil." División de psicología de la Universidad Derby, Mick Leover, Reino Unido. 2002

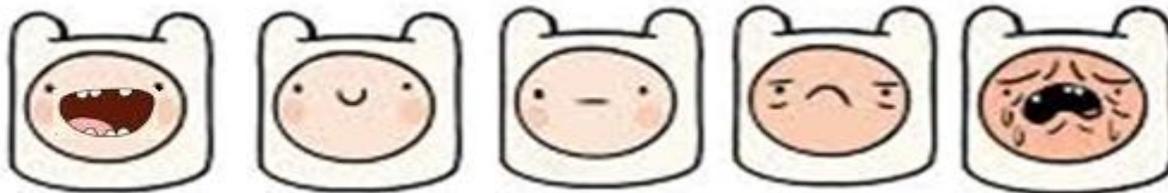
F. ANEXOS:

Anexo N°1 – Ficha de recolección de datos.

Anexo N°2 – Consentimiento Informado.

Anexo N°3 – Secuencia fotográfica.

Anexo N°4 – Constancia de trabajo



1) Leve

2) Leve-Moderada

3) Moderada

4) Moderada-Severa

5) Severa

ANSIEDAD \ MEDICIÓN	PRIMERA MEDICIÓN	SEGUNDA MEDICIÓN	TERCERA MEDICIÓN
1)LEVE			
2)LEVE-MODERADA			
3)MODERADA			
4)MODERADA-SEVERA			
5)SEVERA			

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CONTINGENTE CON VIDEOJUEGOS

Yo.....
 con DNI.....padre/apoderado del niño/a
 Declaro estar en conocimiento del procedimiento
 del presente estudio de investigación de tipo experimental.

He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada acerca
 del estudio.

He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

Comprendo que la participación en el estudio es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- ♦ Cuando lo desee
- ♦ Sin dar explicaciones
- ♦ Sin que esto repercuta en los cuidados odontológicos de mi menor hijo.

He tenido contacto con el Br. Miranda Barahona Eduardo Alexander, el cual me ha
 explicado todos los aspectos relacionados con el ensayo clínico. Y para expresar
 libremente mi conformidad de la participación de mi menor hijo en este estudio
 firmo este modelo.

 Firma padre

 Eduardo Alexander Miranda Barahona

DNI

DNI

ANEXO N°3**NIÑOS A LOS QUE SE APLICÓ LA DISTRACCIÓN CONTINGENTE**

Primera medición una vez que el paciente ingresa al consultorio.



La paciente juega por 10 minutos mientras se prepara todo lo necesario para la colocación de anestesia y los procedimientos posteriores.



Luego de los 10 minutos de distracción contingente con videojuegos donde se le explica a la paciente los procedimientos que se le realizaran y se anotara la segunda medición.



La paciente reanuda la distracción mientras se le coloca anestesia.

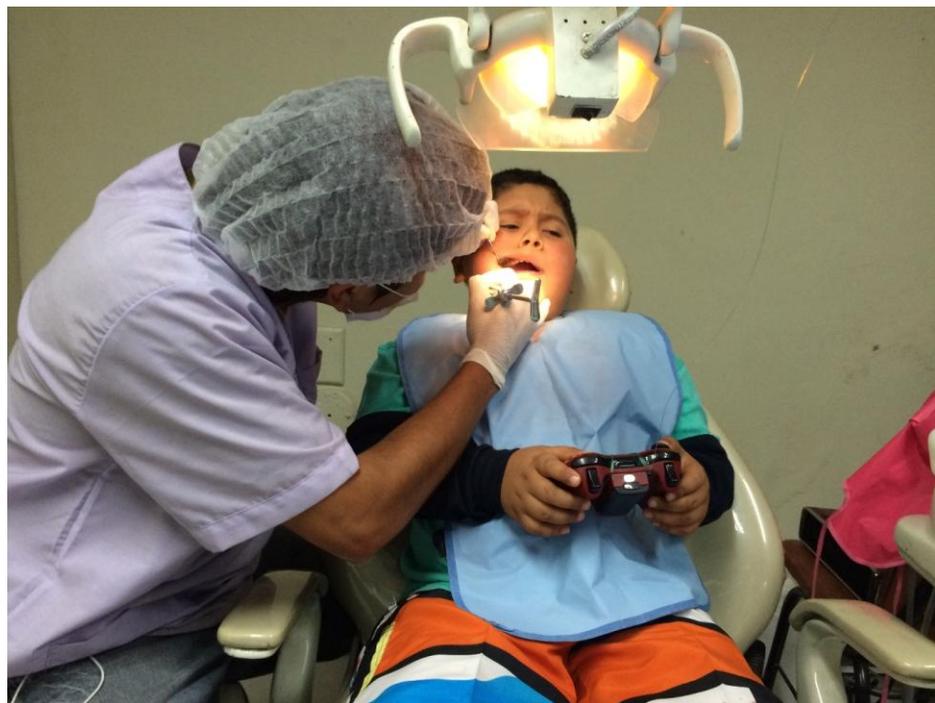


La paciente continúa distraída durante el procedimiento de anestesia.



Una vez realizada la anestesia se procede con el tratamiento requerido.

OTROS NIÑOS SOMETIDOS A LA DISTRACCIÓN



ANEXO N°4
CLÍNICA ODONTOLÓGICA POLIDENT

Arequipa 08 de diciembre del 2015

A quien corresponda:

Por este medio hago de su conocimiento que el Br. Eduardo Alexander Miranda Barahona prestó sus servicios en esta clínica como Investigador, con propósitos universitarios en el período del 18 de agosto del 2015 al 08 de diciembre del presente, terminando la relación investigativa por así convenir a sus intereses, sin ganar sueldo ni prestaciones de ley. Hago constar que durante dicho periodo el bachiller a demostrado ser una persona responsable, eficiente, honesta, y altamente capaz. Se escribe la presente para los fines que al interesado convengan y bajo petición suya.

Quedo a sus órdenes

CD. Palacios Siguiro Harry Cristian

Encargado

Sub PNP. Gonzalo Ramos Hector Pepe

Gerente

Clinica Odontologica Polident