

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA



**«MANEJO DE CONDUCTA CON UN DISTRACTOR AUDIOVISUAL
VERSUS EL MANEJO DE CONDUCTA CONVENCIONAL DURANTE
EL TRATAMIENTO ODONTOPEDIÁTRICO EN NIÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIMARIA 43007 LUIS BANCHERO
ROSSI, 2017 TACNA »**

Tesis presentada para optar el título profesional de Cirujano Dentista.

Presentado por: Bach. Ximena Fiorela Moscoso Zegarra

Asesor: CD Esp. Fiorella Andía Martínez

Tacna – 2018

RESUMEN

Con el fin de aportar una propuesta nueva de una técnica no convencional para el manejo de conducta en odontopediatría y de ayudar a mejorar los niveles de satisfacción y aceptabilidad durante el tratamiento odontológico, se dió inicio a este trabajo de investigación **Objetivo:** Conocer la eficacia del manejo de conducta con un distractor audiovisual versus el manejo de conducta convencional durante el tratamiento odontopediátrico en niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi”, 2017 Tacna. **Métodos:** Se realizó un estudio Cuasi-experimental, prospectivo, de corte transversal, en la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi” en el año 2017 Tacna. Con una población conformada por todos los niños de dicha Institución Educativa que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión que se mencionan. La muestra se obtuvo de forma aleatoria y se hizo uso del manejo de conducta convencional “decir-mostrar-hacer” en un grupo y el manejo de conducta no convencional (distractor audiovisual) en otro. **Conclusiones:** Se encontró que el uso del distractor audiovisual para el manejo de conducta fue mas eficaz que el manejo de conducta convencional “decir-mostrar-hacer” durante el tratamiento odontopediátrico en niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi”, 2017 Tacna.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INDICE.....	3
INTRODUCCIÓN	5

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema.....	6
1.2 Formulación del Problema.....	7
1.3 Objetivos de la Investigación.....	7
1.3.1. Objetivo General.....	7
1.3.2. Objetivos Específicos	7
1.4 Justificación	8
1.5 Definición de términos.....	9

CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.2 Marco teórico.....	15
2.2.1.- La conducta del niño en el tratamiento odontológico	15
2.2.1.1. Manejo de conducta en el paciente pediátrico.....	15
2.2.1.2. Clasificación del niño según su conducta.....	15
2.2.2.- Factores que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica	17
2.2.3. El manejo de conducta	19
2.2.3.1. Manejo de conducta convencional en niños.....	19
2.2.3.2. Manejo de conducta no convencional en niños.....	21

2.2.4. Los medios audiovisuales.....	23
2.2.4.1. Distractor audiovisual.....	23
CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Hipótesis	26
3.2 Operacionalización de las variables.....	27
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño.....	28
4.2 Tipo de investigación.....	28
4.3 Ámbito de estudio.....	28
4.3.1 Unidad de estudio.....	29
4.4 Población y muestra.....	29
4.4.1 Criterios de Inclusión.....	29
4.4.2 Criterios de Exclusión.....	29
4.5 Procedimiento de Recolección de datos.....	30
4.5.1. Técnica de recolección de datos.....	30
4.5.2. Instrumento para recolección de datos.....	30
4.6 Procesamiento, presentación, análisis e interpretación de los datos	31
CAPÍTULO V RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	44
ANEXOS.....	47

INTRODUCCIÓN

Todo odontólogo que trata niños de vez en cuando se encuentra frente a un paciente que está acompañado de tensiones condicionadas a factores como el miedo y la ansiedad. En la actualidad el manejo de conducta en niños es un factor de gran importancia para la atención odontológica y las sensaciones negativas que el niño pueda presentar se hacen notables ya que se enfrenta a situaciones nuevas o desconocidas durante la realización de algún tratamiento dental.

El odontólogo tratante debe brindar una atención adecuada, la cual se ve influenciada por sus conocimientos para manejar toda conducta negativa del niño y lograr su colaboración utilizando diversos recursos; dentro de estos se encuentra el manejo de conducta convencional como la técnica comunicativa “decir-mostrar-hacer” que es una de las más usadas y aceptadas por los niños para familiarizarlos con los equipos, instrumentos y procedimientos odontológicos; otro tipo de manejo de conducta es el no convencional, donde se hace uso de herramientas externas como la música, audífonos, aroma, videos, etc., para poder lograr la distracción y una mejor cooperación del niño durante el tratamiento odontológico.

Dentro de estas técnicas de manejo de conducta no convencional se encuentra la distracción audiovisual (DAV), mediante el uso de los anteojos de realidad virtual, siendo una técnica simple que obstruye parcialmente el medio ambiente odontológico pero que a su vez permite la comunicación niño-odontólogo.

El objetivo de esta investigación es comparar dos tipos de manejo de conducta durante el tratamiento odontopediátrico; el manejo de conducta convencional mediante la técnica “decir-mostrar-hacer” y el manejo de conducta no convencional aplicando un distractor audiovisual, llegándose a conocer cuál de ambas técnicas es más efectiva y se adecua a la situación en la que el niño se encuentra, favoreciendo al profesional para que pueda brindar un buen tratamiento.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

El problema que se presenta con mayor frecuencia en el área de odontopediatría es el temor y la ansiedad que un tratamiento (simple o complejo) pueda causar. (1) Según la Asociación Dental Americana (ADA), “el miedo y la ansiedad inhiben a que los pacientes busquen un tratamiento dental”, por lo cual cerca del 16% de niños escolares tienen miedo al dentista y evitan el cuidado dental, haciéndose un gran problema de salud en la sociedad actual. (2)

El paciente tiende a relacionar la ansiedad con el dolor y el miedo, volviéndolo hipersensible a estímulos ejercidos durante la consulta. Se ha demostrado que el nivel de temor que los niños perciben antes o durante el tratamiento dental está asociado con un aumento de la percepción del dolor, que en consecuencia puede producir nerviosismo o rechazo para futuras citas (1).

La conducta negativa y la no cooperación de los pacientes pediátricos son un gran obstáculo para poder brindar un tratamiento de buena calidad, ya que además de demandar más tiempo en la atención odontológica se corre el peligro de producir daño ya sea físico o también psicológico (1), por lo cual es importante que el odontólogo conozca sobre el papel que debe desempeñar frente a estas situaciones.

En la actualidad existe controversia sobre el uso de técnicas de manejo de conducta utilizadas tradicionalmente en odontopediatría, el rechazo de los padres así como las implicaciones éticas y legales han llevado a que se busquen alternativas que ayuden a controlar y mejorar la conducta del niño de una forma segura y eficaz haciendo que la atención odontológica mejore. (3)

Frente a tal realidad, se planteó realizar esta investigación que tiene como fin aportar una propuesta de manejo de conducta del paciente pediátrico apoyada por nuevas técnicas no convencionales, como es el caso de un distractor audiovisual, a fin de lograr mayores niveles de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador. De esta forma se puede ofrecer una alternativa nueva de atención a los niños que acudan a la consulta odontológica.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la eficacia del manejo de conducta con un distractor audiovisual versus el manejo de conducta convencional durante el tratamiento odontopediátrico en niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi”, 2017 Tacna?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

- a) Conocer la eficacia del manejo de conducta con un distractor audiovisual versus el manejo de conducta convencional durante el tratamiento odontopediátrico en niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi”, 2017 Tacna.

1.3.2. Objetivos Específicos

- b) Identificar la conducta durante el tratamiento odontopediátrico de los niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi” con el uso de técnica convencional “decir-mostrar-hacer”.
- c) Identificar la conducta durante el tratamiento odontopediátrico de los niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi” con el uso de un distractor audiovisual.

1.4 Justificación

La presente investigación se justifica a ser desarrollada ya que posee originalidad al no existir un estudio semejante aplicado en la ciudad de Tacna.

Presenta relevancia contemporánea al valorar el uso de un distractor audiovisual como una técnica nueva aplicada al manejo de conducta en la odontología ya que es sencilla, económica y sobretodo no interfiere con el tratamiento dental.

Es de interés y motivación personal, ya que el odontólogo se encuentra en la obligación de conocer y manejar diferentes situaciones que se puedan presentar durante el tratamiento odontopediátrico, por lo cual esta investigación aportará conocer cual de los dos tipos de técnicas sobre manejo de conducta nos ayudará en la práctica diaria.

En cuanto a la contribución académica, permitirá al odontólogo elegir dentro de las técnicas de manejo de conducta la que más se adecue a cada situación tratando de brindar al paciente un ambiente libre de ansiedad junto con una alta calidad en el tratamiento dental.

1.5 Definición de términos

Conducta.- Manifestación externa de la madurez del niño en términos de desarrollo mental. La conducta de la persona se puede modificar si se altera el ambiente que la rodea y se logran controlar sus emociones. (3)

Manejo de conducta.- Uso de técnicas específicas para situaciones que se presentan a en cada paciente relacionados a la conducta ya que el comportamiento puede ser modificado si se alteran ciertos aspectos que lo hacen sentir incómodo. Se basa en controlar sus emociones. (3)

Manejo de conducta convencional en niños.- Procedimientos cuyo objetivo es crear cambios en el comportamiento del niño basándose en técnicas de manejo de conducta comunicativas (desensibilización, decir-mostrar-hacer, modelamiento, refuerzos positivos/negativos, distracción) , aversivas (abre boca o estabilizador de mordida, control de voz, mano sobre boca) y farmacológicas (sedación consciente, sedación profunda, anestesia general). (5)

Manejo de conducta no convencional en niños – Técnicas nuevas no farmacológicas que modifican a positiva la conducta del niño obteniendo su cooperación y satisfacción durante algún tratamiento dental. (5)

Eficacia- Es la capacidad de obtener y lograr el efecto que se desea o que se espera. (6)

CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes nacionales

Castillo AL, cols. Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. 2017 (7) Se realizó la comparación de dos técnicas no convencionales que fueron musicoterapia y distracción audiovisual, para el control de la ansiedad en los pacientes antes, durante y después del tratamiento odontopediátrico. Este estudio fue de tipo cuasi experimental y los niveles de ansiedad fueron comparados usando el test de Dibujos de Venham y la escala de ansiedad de Venham aplicado a niños entre 5 y 10 años de edad , teniendo un total de 60 pacientes. Se realizaron tres grupos de forma aleatoria siendo el primero el grupo control donde tan sólo se realizó una técnica convencional (decir-mostrar-hacer), el segundo se usó la musicoterapia y se le dio al paciente reproductores de música los cuales tenían cargados dos tipos de música en el equipo MP3. Por último en el tercer grupo se uso el distractor audiovisual entregándoles a los pacientes un par de lentes de realidad virtual con películas a su libre elección y audífonos. Se concluyó que los niveles de ansiedad disminuyeron durante y después de emplear ambas técnicas no convencionales.

Villanste VR, cols. Influencia de la técnica de modelado con video en niños no cooperadores durante el tratamiento dental. 2015 (8) El objetivo principal fue determinar la influencia de la técnica de modelado con un video en niños que presenten una conducta no cooperadora de 5 a 7 años que fueron atendidos en una clínica privada de Puno en el año 2010. Fueron evaluados 40 niños los cuales se dividieron en 2 grupos uno miró el video que mostraba dos niños con conducta cooperadora durante la atención y el otro grupo observó un programa infantil. Como conclusión se obtuvo que el video preoperatorio con la técnica de modelado resultó más efectiva e influyó de manera positiva en la conducta del niño.

LLanco E, Eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus el manejo de conducta convencional en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico en niños de 3 a 5 años que acuden al Centro Médico Odontológico San Carlos - Huancayo. 2012 (9) El objetivo principal fue establecer la eficacia del manejo de conducta con videojuegos en comparación del manejo de conducta convencional en cuanto a la aceptabilidad y satisfacción del tratamiento odontopediátrico en niños de 3 - 5 años; la población estuvo constituida por 70 niños que cumplieron con los criterios de inclusión, se uso una ficha de recolección de datos con encuestas que fueron aplicadas después de realizar el tratamiento restaurador a los pacientes y padres de los mismos que acudieron al centro. Los resultados obtenidos demostraron que existe una influencia significativa en cuanto al manejo de conducta con los videojuegos, por lo tanto existió menor eficacia con el manejo de conducta de tipo convencional. El estudio demostró que el uso de videojuegos en niños permitieron manejar la conducta, y se pudo obtener una conducta positiva disminuyendo la ansiedad que el paciente pudiera tener.

Antecedentes internacionales

Madhumita N, cols. La ansiedad dental del niño: Manejo por técnicas de distracción audio y audiovisual - un estudio comparativo. 2014 (10) El objetivo principal fue evaluar y comparar dos técnicas de distracción. El estudio consistió en 75 niños de edades comprendidas entre 4-8 años divididos en 3 grupos de 25 cada uno. Los niños fueron sometidos a 4 visitas y al final de cada visita los niveles de ansiedad se evaluaron mediante una combinación de diferentes test, los cuales fueron Venham Picture Test, Escala de Venham de ansiedad, Child Fear Survey Schedule y la saturación de Oxígeno. Se concluyó que la técnica de distracción audiovisual resultó superior en la gestión de los niños ansiosos en la clínica dental que la distracción de audio por sí sola.

Prabhakar AR, cols. Una comparación entre las técnicas de distracción audio y audiovisual en el manejo de los pacientes pediátricos ansiosos. 2017 (11) Se evaluó y comparó dos técnicas de distracción, auditiva y audiovisual para el manejo de pacientes pediátricos ansiosos. Sesenta niños de entre 4 y 8 años, sin antecedentes dentales fueron seleccionados para su primera visita dental. Los niños se dividieron en tres grupos de 20 cada uno. El primer grupo fue el grupo control (grupo A) en el que el tratamiento se realizó bajo una atención convencional. El segundo grupo (grupo B) escuchó un audio a través de auriculares durante el tratamiento. El tercer grupo (grupo C) se les mostró una presentación audiovisual a través de la televisión durante todo el tratamiento. Se evaluó el nivel de ansiedad de los niños en cada visita utilizando una combinación de cuatro medidas: Prueba de Venham, clasificación de Venham de la ansiedad clínica, frecuencia del pulso y saturación de oxígeno. Los resultados de este estudio demostraron que la ansiedad dental se observa comúnmente durante la rutina dental, por lo que la técnica de distracción audiovisual fue más eficaz en el manejo odontológico de pacientes pediátricos en comparación con la técnica de distracción auditiva y convencional.

Magora F, cols. Distracción audiovisual con lentes de video, un método de distracción en odontología pediátrica: historia clínica. 2011 (12) Se describen cuatro casos donde se usan los anteojos de distracción audiovisual para el manejo del comportamiento de los niños durante el tratamiento dental. En los cuatro reportes de casos se mostraron cambios positivos en el comportamiento a comparación de las reacciones anteriores al uso de este dispositivo. Se logró en los cuatro niños evitar las molestias, efectos futuros de angustiosos recuerdos y ansiedad, a su vez, mejoró el comportamiento positivo de los niños durante el tratamiento.

Amal AK, cols Efectos de la distracción audiovisual sobre el comportamiento de los niños durante el tratamiento dental: un ensayo clínico controlado aleatorio. 2016 (2) El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de la visualización de dibujos grabados en video utilizando un sistema de gafas (i-theatre™) como una técnica de distracción audiovisual sobre el comportamiento y la ansiedad en niños que recibieron un tratamiento dental. Se evaluaron 56 pacientes niños que se presentaron para el tratamiento y cumplieron los criterios de inclusión los cuales fueron divididos aleatoriamente en dos grupos; un grupo control sin distracción (grupo CTR) y un grupo de distracción (grupo AV). Se realizaron tres visitas de tratamiento dental para cada paciente. La ansiedad y el comportamiento cooperativo se evaluaron con la Escala de Imagen facial y la escala de comportamiento cooperativo de Venham. Se demostró que la técnica de distracción audiovisual fue un método efectivo para reducir el miedo y la ansiedad en niños durante el tratamiento dental, no sólo se reportó menos ansiedad que los grupos de control, sino que también los niños mostraron una conducta mas positiva.

Rajwinder K, cols. Evaluación comparativa de la efectividad con la ayuda de la distracción auditiva y audiovisual en el manejo de los pacientes pediátricos ansiosos 2015 (13) Se trabajó con dos grupos de edad, 4-6 y 6-8 años, siendo un total de 60 niños, con 30 pacientes en cada grupo. Se obtuvo un consentimiento por escrito de los padres del paciente junto con breve historia dental y médica de los pacientes. Los niños de ambos grupos de edad fueron divididos al azar en tres subgrupos diferentes, con 10 pacientes en cada grupo de edad. Se hizo uso de las técnicas de distracción auditiva y audiovisual proporcionando una distracción efectiva en ambos grupos de edad. Los resultados demostraron que la técnica de distracción audiovisual tiene mejor rendimiento que la ayuda con distracción de auditiva. Las técnicas de distracción auditiva y audiovisual redujeron el temor y la ansiedad en ambos grupos de edad. Según el estudio se encontró que el nivel de cooperación de los pacientes depende del tipo de procedimiento que debe llevarse a cabo en lugar del número de visitas de tratamiento.

2.2 Marco teórico

2.2.1 LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2.2.1.1 Manejo de conducta en el paciente pediátrico

Para lograr la cooperación del paciente pediátrico durante el tratamiento odontológico el manejo de conducta es esencial y un componente integral usado en la odontopediatría.

Existe una gran cantidad de niños que no cooperan en el sillón dental, lo cual hace que la prestación de atención odontológica no sea de alta calidad. Ante esta situación se hizo necesario modificar en los niños su comportamiento usando diferentes técnicas y recursos. (9)

2.2.1.2 Clasificación del niño según su conducta

El comportamiento de algunos pacientes pediátricos se altera de acuerdo al tratamiento odontológico que se realiza, por lo cual el profesional se debe encontrar en la facultad para poder categorizar la conducta del niño durante la experiencia odontológica y poder clasificarlo de acuerdo a esta (9)

Las escalas más conocidas para la clasificación de la conducta del niño son:

a. Clasificación según Frankl (14)

- Paciente con comportamiento definitivamente positivo.
- Paciente con comportamiento positivo
- Paciente con comportamiento negativo
- Paciente con comportamiento definitivamente negativo

Tipo de conducta	Comportamiento
Tipo 1: Definitivamente negativa	El paciente rechazará el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
Tipo 2: Negativo	El paciente difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano)
Tipo 3: Positivo	El paciente acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para hacer caso al odontólogo, a veces con reservas, sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
Tipo 4: Definitivamente positivo	El paciente muestra buena relación y armonía con el odontólogo, se encontrará interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

Tabla 1: Modelo de Frankl sobre tipos de conducta del paciente pediátrico (7)

b. Clasificación según Escobar (14)

- Paciente cooperador
- Paciente con falta de capacidad de cooperación
- Paciente cooperador potencial

c. Clasificación según Castillo (14)

- Paciente receptivo: Es cooperador, el paciente puede atenderse en condiciones convencionales.
- Paciente no receptivo: Presenta un comportamiento exagerado. Este tipo de paciente requerirá atenderse bajo técnicas y condiciones especiales.
- Paciente físicamente impedido: Presenta algún impedimento que puede ser físico.
- Paciente física y mentalmente impedido: Su desarrollo psicológico y mental se encontrarán disminuidos hasta alcanzar en los más graves el retardo mental severo.
- Paciente infante: Paciente que no se encuentra con maduración psicológica y no les permite colaborar.

2.2.2.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

a. Ambiente odontológico

El ambiente debe ser apropiado, recreativo, donde el niño consiga integrarse para que su ansiedad disminuya e inclusive pueda crear independencia y alejarse de sus padres al momento de la atención dental. Se recomienda que la sala de espera este diseñada con decoración infantil y que tenga objetos con los que se pueda distraer como cuentos, juguetes, libros, etc. En el consultorio debe estar solamente el instrumental necesario.(15)

b. Odontólogo

Se debe establecer comunicación clara con el paciente, manteniendo un lenguaje entendible de acuerdo a su edad, de tal manera que se crea confianza con el mismo. Esto influye mucho en su comportamiento. Es recomendable que la vestimenta del odontólogo sea llamativa, ya que algunos pacientes asocian el mandil blanco con hospitales. (15)

c. Personal Auxiliar

Deberá estar capacitado en cuanto al trato del paciente desde que ingresa al consultorio, así como también es necesario que tenga conocimiento sobre el tratamiento a realizar ya que la conducta que adoptará debe ser similar a la del odontólogo. (15)

d. Padres

Los padres influyen mucho en la personalidad del paciente pediátrico, y la conducta o la actitud que tomen frente al niño mientras se le realiza algún tratamiento o se le está atendiendo, afectará también a la del mismo pudiendo ser positiva o negativa. (15)

e. Primera visita odontológica

La primera visita deberá ser corta, agradable; el tratamiento a realizar debe ser sencillo como profilaxis, radiografías, para que el paciente se vaya familiarizando al tratamiento odontológico de esta manera sus próximas citas serán positivas. Deberá hacerse tratamientos complejos o que puedan generar dolor en el paciente sólo en casos de emergencia (15)

2.2.3 EL MANEJO DE CONDUCTA

El manejo de conducta es el uso de diferentes técnicas en situaciones específicas a causa de alguna situación de estrés o ansiedad que se presentan en cada paciente y en cada cita. La conducta de una persona es modificable si se alteran las sustancias ambientales que las rodean. (16)

2.2.3.1 Manejo de conducta convencional en niños

a. Técnica comunicativa

Para que el profesional odontólogo pueda dirigir la conducta de su paciente es de gran importancia que pueda entablar una comunicación, para esto es necesario que el niño tenga la madurez suficiente y pueda existir un dialogo con un lenguaje apropiado para su edad. (17)

- **Desensibilización:** Tratar al paciente desde la actividad mas simple y que no tenga complejidad hasta una que si la tenga.
- **Decir-Mostrar-Hacer:** Consiste en decir y mostrarle el procedimiento que se va a realizar, se hará lo dicho por el odontólogo para generar confianza con el niño.
- **Modelamiento:** Consiste en enseñarle al niño videos, fotos o en vivo a un paciente que sea colaborador al que se le esté haciendo un tratamiento similar al que se le realizará, el niño podrá copiar el buen ejemplo.
- **Manejo de la Contingencia:** Consiste en recompensar al niño mediante halagos o regalos (refuerzo positivo) por su buen comportamiento al finalizar un tratamiento o podría retirarse el premio si su conducta no fue adecuada (refuerzo negativo).

- **Distracción:** La atención del paciente será desviada de lo que pueda parecerle incomodo, consistirá en preguntarle sobre alguna actividad que realiza, contándole alguna historia o se utilizará algún juguete con el que se sienta cómodo.

b. Técnica aversiva

Con la técnica aversiva el odontólogo podrá manejar alguna situación en donde el paciente no quiera colaborar, será acondicionado psicológicamente o restringido físicamente. (17)

Las técnicas aversivas pueden ser:

- **Control de Voz:** Consiste en manejar el timbre de voz en lo que se refiere a intensidad y tono, teniendo como objetivo principal conseguir la atención y comprensión del paciente. Se evitará o revertirá las conductas negativas que el niño pueda adoptar. (17)
- **Mano sobre boca:** Con esta técnica se busca devolver la comunicación con el paciente. Se aplicará en niños que se encuentren en alguna rabieta con gritos; su uso será provechoso en casos convenientes. (17)
- **Abre boca o estabilizador de mordida:** Es usado para controlar la apertura bucal del niño, será recomendado para pacientes que no permanecen con la boca abierta o para los que se nieguen a hacerlo (17)
- **Estabilización Protectiva (Restricción Física):** Aplicación de la fuerza física al paciente, se restringirá la movilidad de sus movimientos. El odontólogo debe evaluar su uso ya que puede ocasionar consecuencias como algún daño físico o psicológico. (17)

c. Técnica Farmacológica

Las técnicas farmacológicas son:

- **Sedación consciente:** Nivel de consciencia disminuida que mantiene la capacidad del paciente para reaccionar a la estimulación física, a las órdenes verbales o a ambas. (18)
- **Sedación profunda:** Consiste en un estado de inconsciencia, no será fácil despertar al paciente y puede acompañarse de la pérdida total o parcial de los reflejos. El paciente conservará la vía respiratoria. Debe ser aplicado por un profesional que se encuentre capacitado. (18)
- **Anestesia General:** Será un estado controlado de inconsciencia donde se perderá los reflejos protectores, incluso el paciente perderá la capacidad de respirar independientemente y de reaccionar a estímulos. Debe ser aplicado por un profesional que se encuentre capacitado. (18)

2.2.3.2. Manejo de conducta no convencional en niños

El uso de nuevas técnicas no farmacológicas para poder modificar el comportamiento negativo en el paciente odontopediátrico está siendo una alternativa ideal para obtener la cooperación y satisfacción durante el tratamiento. El uso de las técnicas convencionales sobretodo las técnicas aversivas han sido rechazadas por algunos padres haciendo de que se abran más técnicas y se busquen otras alternativas para el manejo de conducta.

Dentro de las nuevas alternativas se encuentran: hipnosis, musicoterapia, aromaterapia y distracción audiovisual (19)

a. Hipnosis

Consistirá en la alteración de la consciencia, ésta será aplicada por una persona sobre otra. Puede llegar a realizarse por alguien capacitado.

Las técnicas hipnóticas serán usadas para el manejo de problemas comunes durante el tratamiento odontológico como por ejemplo la ansiedad dental, control del dolor, fobia dental y de hábitos orales como chuparse el dedo, bruxismo. Se puede usar como complemento a la sedación por inhalación. (7)

b. Musicoterapia

La musicoterapia es la utilización de la música y de sus elementos por un profesional calificado (musicoterapeuta), con un paciente o grupo.

En la odontología, el uso de la música durante algún tratamiento es considerado como una terapia en donde el niño es invitado a la fantasía y a la relajación.

La reducción de la ansiedad en el paciente disminuirá por las siguientes razones: cuando un niño escucha música cerrará los ojos para poder concentrarse en el sonido emitido, olvidando así sobre el tratamiento dental que se le realizará. Por otro lado, el sonido de la música eliminará algún sonido desagradable, permitiendo al odontólogo manejar la conducta de algún paciente ansioso. (7)

c. Distracción Audiovisual

Es una técnica que ayuda en la disminución de la ansiedad e incomodidad que puede sufrir el paciente frente a algún procedimiento odontológico ya que toma el control de dos sensaciones que el paciente experimenta en la consulta: la auditiva y la visual. Esto hará que el paciente bloquee parcialmente el sonido y el ambiente médico que muchas veces genera temor.

Para la realización de ésta técnica se han desarrollado los lentes virtuales que serán fáciles de usar y cómodos para el paciente; no interferirán con el tratamiento odontológico.

Lo nuevo de esta técnica de distracción audiovisual es que una vez colocados los lentes de realidad virtual, el niño tendrá la sensación de estar viendo una película, y hará que se olvide que recibirá algún tratamiento odontológico.

Esta técnica no estará indicada en algunas situaciones. Algunos pacientes han mostrado comportamientos negativos y se reusan al tratamiento, lo que genera que automáticamente rechazan los lentes de distracción audiovisual. Estos lentes no son apropiados para niños que son altamente vigilantes e insisten en controlar la situación. (7)

d. Aromaterapia

La aromaterapia es el arte y la ciencia del uso de esencias aromáticas naturales extirpadas de plantas para compensar y estabilizar la salud del cuerpo en cuanto a mente y espíritu.

Actualmente, esta técnica natural sigue siendo investigada por diferentes especialistas interesados en los beneficios que aportan los aceites esenciales. (7)

2.2.4 LOS MEDIOS AUDIOVISUALES

2.2.4.1.- Distractor audiovisual (DAV)

La distracción audiovisual es una técnica alternativa no farmacológica que va de acuerdo a la tecnología actual, enfocada en brindar comodidad y disminuir la ansiedad en los tratamientos dentales tanto en niños y adultos.

En odontología es una herramienta de gestión de comportamiento de amplio alcance pues toma control de los sentidos más influyentes durante la consulta dental que son el auditivo y el visual es decir que su principal objetivo es aislar los sonidos y la visión que causan antipatía en los pacientes en el entorno odontológico, controlando así el comportamiento de pacientes muy ansiosos de manera que se puede llegar a evitar medios farmacológicos como la sedación. Esta técnica de distracción es muy efectiva especialmente en niños pequeños o cuando se tiene poco tiempo para el tratamiento dental del paciente. (20)

a. Ventajas (21)

El uso de las gafas de distracción audiovisual proporciona ventajas como:

- Reducir la sensación de incomodidad que el paciente pudiera presentar ante algún procedimiento odontológico.
- Obtener la distracción de la sensación auditiva aislando al paciente del sonido que puede provocar el instrumental y de la sensación visual haciendo que el paciente no pueda ver el instrumental o material que le puede causar temor.
- Disminuye la ansiedad que se pudiera presentar en el consultorio odontológico. Realizándose el tratamiento dental de rutina con buena aceptación.
- Genera una sensación relajante ya que el paciente observa la película o las imágenes que se proyectan mientras recibe el tratamiento dental, haciendo que se olvide del mismo.
- No generan radiación ni daña la visión , teniendo siempre en cuenta su uso moderado y por un tiempo limitado, no presenta efectos adversos.

b. Desventajas (21)

Las gafas de distracción pueden presentar algunas desventajas:

- No se recomienda el uso de las gafas en personas que presenten mucha ansiedad ya que puede generar mas estrés interfiriendo en el tratamiento.
- No recomendado para pacientes que tienden a querer controlar siempre la situación, muy vigilantes, ya que impedirán que el odontólogo no pueda proseguir con el tratamiento.
- El tiempo de trabajo en la consulta odontológica aumenta.

CAPÍTULO III HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

El uso de un distractor audiovisual para el manejo de conducta es más eficaz frente al manejo de conducta convencional durante el tratamiento odontopediátrico en niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi”, 2017 Tacna.

H0: “El uso de un distractor audiovisual para el manejo de conducta no es mas eficaz frente al manejo de conducta convencional durante el tratamiento odontopediátrico en niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi” 2017, Tacna

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLES Y DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN
V. Independiente Manejo de conducta	Tipos	<ul style="list-style-type: none"> • Con DAV • Convencional 	Nominal
V. Dependiente Conducta	Clasificación según Frankl	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con comportamiento definitivamente positivo. • Paciente con comportamiento positivo • Paciente con comportamiento negativo • Paciente con comportamiento definitivamente negativo 	Ordinal
V. Interviniente Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 6 - 7 años • 8 - 10 años • 11- 12 años 	Intervalo

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

Se trata de un diseño cuasi-experimental ya que se emplearon dos grupos; un grupo seleccionado fue sometido al manejo de conducta mediante un Distractor Audiovisual y el otro grupo a la Técnica Convencional.

4.2 Tipo de Investigación

La investigación es de tipo:

Cuasi-experimental, debido a que se realizó intervención en los distintos grupos de estudio aplicando la técnica de manejo de conducta mediante un distractor audiovisual y el manejo de conducta convencional.

Prospectivo, ya que las mediciones son de primera fuente y fueron levantadas luego de realizar la intervención.

Transversal, debido a que las intervenciones se realizaron en la misma etapa de tiempo.

Analítico, debido a que la evaluación de las variables se realizaron por Estadística analítica.

4.3 Ámbito de estudio

La presente investigación fue realizada en la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchemo Rossi”, 2017 Tacna

4.3.1 Unidad de Estudio

Se estudiaron a los pacientes niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchemo Rossi”, 2017 Tacna

4.4 Población y muestra.

La población estuvo conformada por todos los niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchemo Rossi” 2017 Tacna.

La muestra estuvo conformada por 92 niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchemo Rossi” 2017 Tacna, que cumplieran con los criterios de inclusión.

4.4.1 Criterios de Inclusión

- Niños matriculados en la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchemo Rossi”.
- Niños con consentimiento informado de los padres.
- Niños con requerimiento de un tratamiento restaurador
- Pacientes niños sin aparente alteración sistémica
- Niños con experiencia previa de atención odontopediátrica.

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Niños que no requieran un tratamiento restaurador.
- Niños con alguna alteración sistémica.
- Niños sin experiencia previa de atención odontopediátrica.
- Niños con impedimentos físicos o mentales
- Todos los pacientes sin autorización de los padres para la realización del tratamiento dental.

4.5 Procedimiento de Recolección de datos

Para esta investigación se seleccionaron todos los niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi” que cumplieran con los criterios de inclusión, siendo de los grados 1ro A, 1ro B, 2do A, 2do B, 3ro A, 3ro B, 4to A, 4to B, 5to A, 5to B, 6to A, 6to B del turno mañana. La institución educativa contó con una unidad dental móvil acondicionada para la realización de tratamientos simples, así como de material odontológico. Los pacientes fueron atendidos por un único operador y la ficha de recolección de datos fué llenada por el investigador donde se anotaron los datos de los pacientes (n° de ficha, fecha, n° de historia clínica, datos personales del paciente, edad, tipo de tratamiento). Posteriormente a un grupo se le colocó un video a elección del paciente usando el distractor audiovisual y se realizó el tratamiento odontológico restaurador, al otro grupo de niños se le aplicó el manejo de conducta convencional “Decir-Mostrar-Hacer” y de igual manera se procedió a realizar el tratamiento. Se tomó en cuenta que el paciente seleccionado para el uso del distractor audiovisual tenga las mismas características de comportamiento y conducta que el paciente en el que se usó la técnica “Decir-Mostrar-Hacer”. Una vez terminado el tratamiento odontológico inmediatamente el investigador procedió a anotar y clasificar al paciente según su conducta frente al procedimiento.

4.5.1 Técnica de recolección de datos

La observación al paciente y entrevista al operador.

4.5.2 Instrumento para recolección de datos

Ficha confeccionada para los fines de la investigación en la que se incluye los datos de filiación, cuestionario con la escala de Frankl para categorizar la conducta del niño durante el tratamiento.

Escala de Frankl: El Dr. Spencer N. Frankl y colaboradores en 1962 después de una larga investigación crearon una escala simple del comportamiento para el uso en preescolares, que fue adaptada por Portugal por el Dr. L. Barros en el año 2005, y ha servido como marco de referencia para otros trabajos como la escala de Corah en 1969 sobre ansiedad. (14)

Es el instrumento que más se ha reportado y aplicado para establecer la conducta de un paciente niño de manera rápida y sencilla durante la consulta odontológica debido a que es una medición sencilla, práctica y fácil de aplicar; consiste en cuatro escalas: (14)

- Definitivamente Negativo
- Negativo
- Positivo
- Definitivamente Positivo

Esta escala es usada en la práctica diaria y también como base o auxiliar en investigaciones sobre ansiedad, miedo y/o conducta o comportamiento junto con otras escalas. (18)

4.6 Procesamiento, presentación, análisis e interpretación de los datos

Se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado para comparar ambos grupos de pacientes y los diferentes métodos de manejo de conducta que se usaron. El procesamiento de los datos se realizaron en el programa estadístico Spss 15.

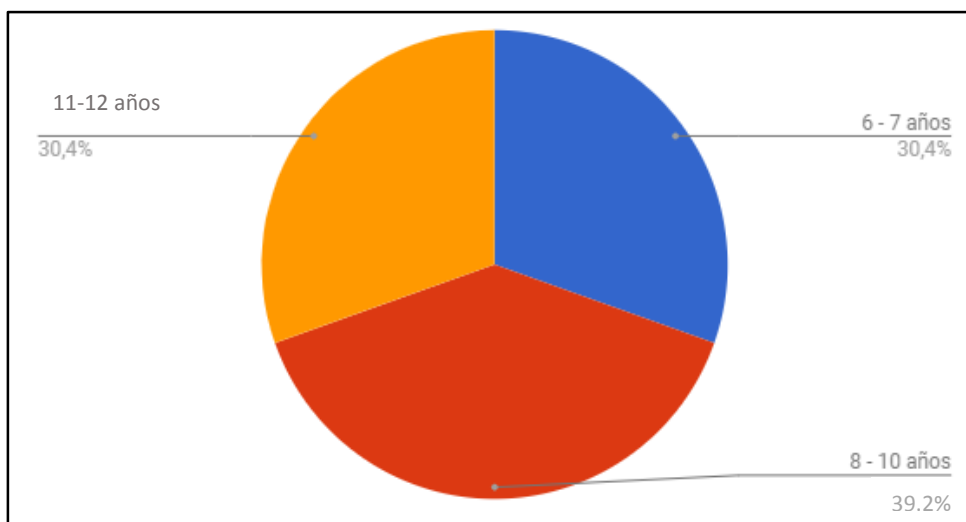
CAPÍTULO V RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de frecuencia de la edad de los sujetos de investigación

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
6 - 7 años	28	30.4%
8 - 10 años	36	39.2%
11 - 12 años	28	30.4%
Total	92	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Tabla 1

Figura 1. Edad de los sujetos de investigación

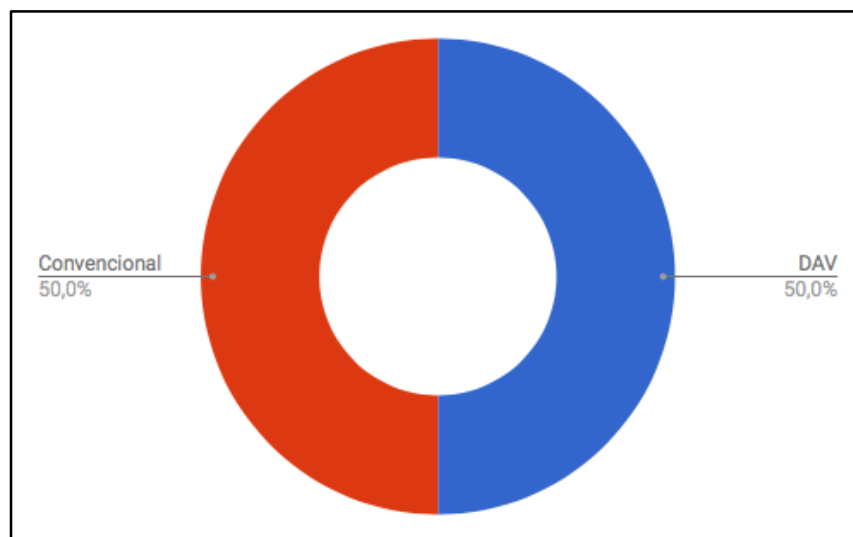
Interpretación: En base a los datos obtenidos se evidencia que el mayor porcentaje de niños atendidos fue de 8-10 años siendo el 39.2% del total de la población estudiada, la participación de los niños de 6-7 años y de 11-12 años fue equitativa correspondiendo a un 30.4%.

Tabla 2

Distribución de frecuencia de los grupos para el tratamiento

Grupo		
	Frecuencia	Porcentaje
DAV	46	50%
Convencional	46	50%
Total	92	100

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Tabla 2

Figura 2. Grupos para el tratamiento

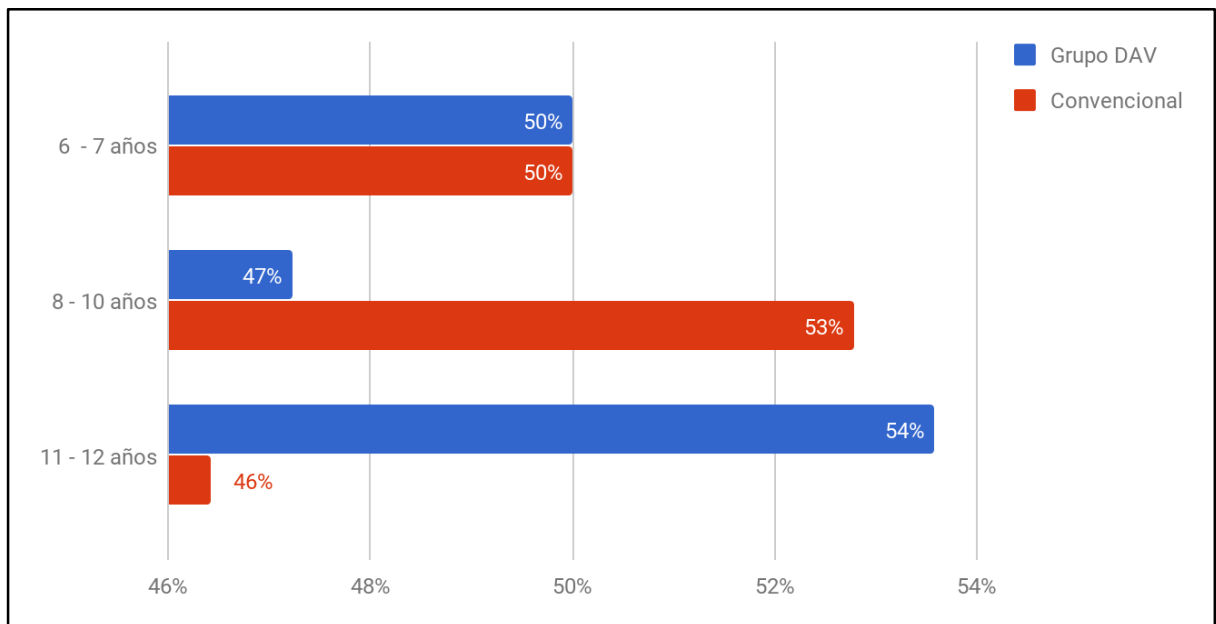
Interpretación: En base a los datos obtenidos, se evidencia que para la aplicación de la prueba para obtener los datos se determinaron dos grupos. El 50% de los pacientes se les aplicó el procedimiento odontológico con un Distractor Audiovisual y el restante 50% de personas se les aplicó la técnica convencional “decir-mostrar-hacer”. Este segundo conjunto de personas será tomado como grupo de control para validar las hipótesis de investigación.

Tabla 3

Grupos para el tratamiento / Edad

Grupo*Edad tabulación cruzada				
		Edad		
		6 - 7 años	8 - 10 años	11 - 12 años
Grupo	DAV	50%	47%	54%
	Convencional	50%	53%	46%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Tabla 3

Figura 3. Grupos para el tratamiento / Edad

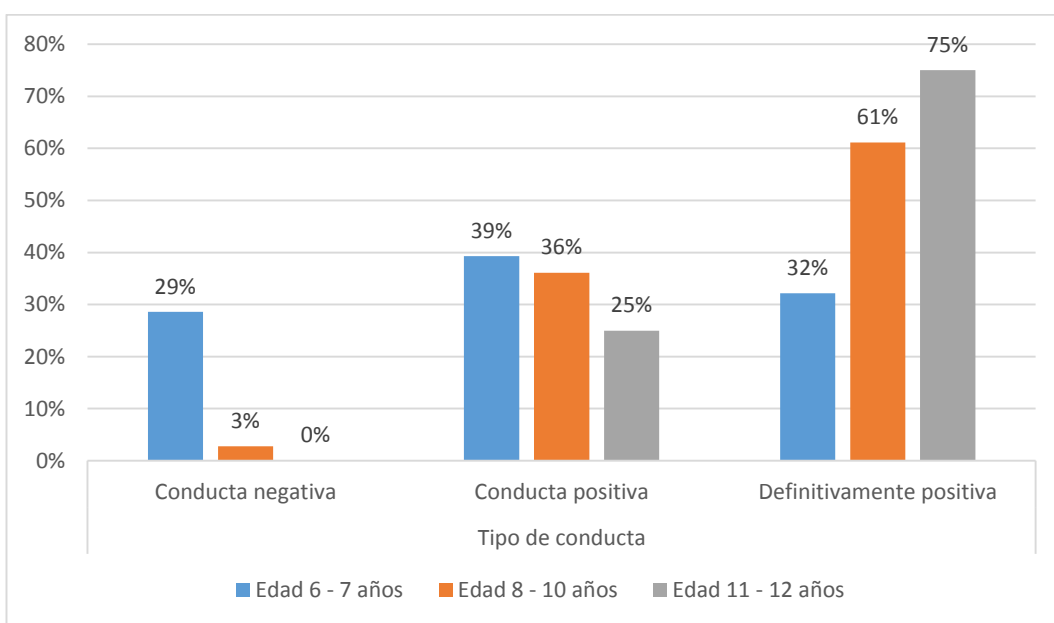
Interpretación: En base a los datos obtenidos, se evidencia que en los niños de 6-7 años se les aplicó de manera uniforme el manejo de conducta convencional “decir-mostrar-hacer” y el manejo de conducta con el distractor audiovisual (DAV). A los niños de 8-10 años se les aplicó en su mayoría (53%) el manejo de conducta convencional y a los de 11-12 años se les aplicó en mayor porcentaje (54%) el manejo de conducta con el distractor audiovisual (DAV).

Tabla 4

Tabulación cruzada edad y tipo de conducta según escala de Frankl

		Tipo de conducta								
		Def. negativa		Negativa		Positiva		Def. positiva		Total
Edad	6 - 7 años	0%	0	29%	8	39%	11	32%	9	28
	8 - 10 años	0%	0	3%	1	36%	13	61%	22	36
	11 - 12 años	0%	0	0%	0	25%	7	75%	21	28
Total			0		9		31		52	92

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Tabla 4

Figura 4. Edad/ Conducta

Interpretación: Se puede evidenciar que en los niños de 6-7 años la conducta que presentaron en mayor porcentaje fue positiva en un 39% , en los niños de 8-10 años y 11-12 años la conducta fue definitivamente positiva con un porcentaje de 61% y 75% respectivamente. Cabe resaltar que los niños de 11-12 años no presentaron una conducta negativa.

Tabla 5

Tabulación cruzada grupo y tipo de conducta según escala de Frankl

		Tipo de conducta								Total
		Def. negativa		Negativa		Positiva		Def. positiva		
Grupo	DAV	0%	0	0%	0	15%	7	85%	39	46
	Convencional	0%	0	20%	9	52%	24	28%	12	46
Total			0		9		31		52	92

Fuente: Ficha de recolección de datos

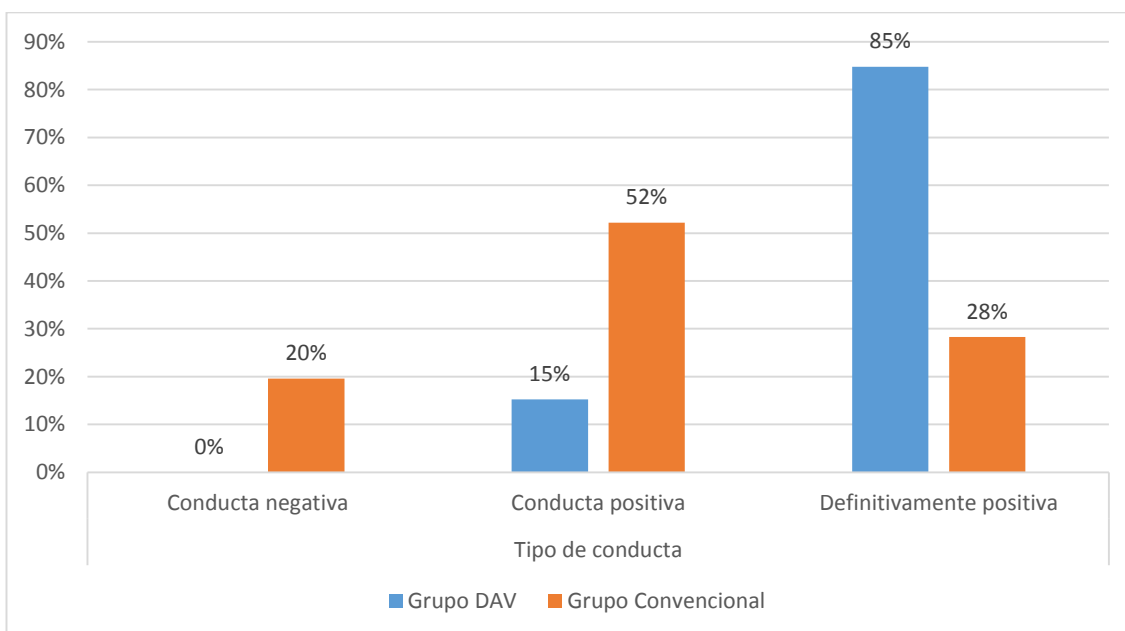


Figura 5. Grupo / Conducta

Interpretación: Se evidencia que en mayor porcentaje los niños presentaron una conducta positiva haciendo uso del manejo de conducta convencional (52%) y una conducta definitivamente positiva (85%) con el distractor audiovisual (DAV). En cuanto a la conducta negativa se presentó sólo en un 20% con el manejo de conducta convencional.

Tabla 6

Tabla de contingencia para la prueba Chi cuadrado

Grupos*Conducta tabulación cruzada						
			Conducta			Total
			Conducta negativa	Conducta positiva	Definitivamente positiva	
Grupos	DAV	Recuento	0	7	39	46
		Recuento esperado	4,5	15,5	26,0	46,0
	Convencional	Recuento	9	24	13	46
		Recuento esperado	4,5	15,5	26,0	46,0
Total		Recuento	9	31	52	92
		Recuento esperado	9,0	31,0	52,0	92,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7

Prueba Chi cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	31,323 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	35,938	2	,000
Asociación lineal por lineal	29,624	1	,000
N de casos válidos	92		
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,50.			

Regla de decisión:

Si el p valor es menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula

Si el p valor es mayor a 0.05 se acepta la hipótesis alterna o del investigador

En el caso de la tabla 7, el p valor = 0,000; por tanto rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis del investigador.

Por tanto, podemos afirmar estadísticamente que: “El uso de un distractor audiovisual durante el tratamiento odontopediátrico para el manejo de la conducta es más eficaz respecto al manejo convencional en los niños de la Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchemo Rossi de la ciudad de Tacna”.

DISCUSIÓN

A modo general uno de los factores para el éxito del tratamiento dental en niños es el manejo de conducta, siendo éste el mayor problema en la atención odontológica, Rajwinder K (13) en su estudio menciona también que el nivel de cooperación de los pacientes depende del tipo de procedimiento que se lleva a cabo en la consulta dental.

Existen diversos estudios en los que se hace una comparación entre diversas técnicas para establecer la efectividad del uso de un distractor audiovisual; al hacer una evaluación de los resultados obtenidos, es evidente que los hallazgos coinciden con otros estudios realizados, es así que Madhumita N. (10) en el 2014, Rajwinder K (13) en el 2015, Castillo AL (7) y Prabhakar AR (11) en el año 2017, usaron como técnicas de distracción la musicoterapia y la audiovisual para lograr disminuir la ansiedad y mejorar el comportamiento durante la consulta dental, teniendo como resultado una conducta positiva generada en mayor porcentaje por el distractor audiovisual, concordando con el resultado de este estudio donde se observa que un 85% de los pacientes estudiados mostraron una conducta definitivamente positiva (escala de Frankl) usando esta técnica.

Por otro lado LLanco E (9) en su estudio usó como distractor audiovisual los videojuegos midiendo la aceptabilidad y satisfacción del tratamiento odontopediátrico, sus resultados demostraron que existe una gran influencia en cuanto a la conducta del niño siendo ésta positiva frente a un tratamiento restaurador, concordando con Villanste VR (8) que demostró que el uso de una distracción visual influiría de manera positiva y colaboradora en la conducta del niño.

En cuanto al manejo de conducta convencional “decir-mostrar-hacer”, Castillo AL (7), Magora F. (12) y Amal AK (2) en sus estudios demostraron que esta técnica no fue la más eficaz para el manejo de conducta; en este estudio se observa que a los niños que se les aplicó esta técnica un mayor porcentaje demostró tener una conducta positiva (52%/), no generando la conducta deseada de aceptabilidad en el paciente.

Por lo tanto, al interpretar los resultados de esta investigación y compararlos con los de otros estudios, se encuentra que en general estos son bastante similares en cuando a la eficacia del distractor audiovisual como técnica para manejar la conducta en los niños durante el tratamiento dental. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que son diversos los factores que limitan los resultados del estudio, tal como la valoración de la ansiedad, o del tipo de tratamiento a realizar, dando lugar a nuevas investigaciones.

CONCLUSIONES

- a) Se encontró que el uso del distractor audiovisual para el manejo de conducta fue mas eficaz que el manejo de conducta convencional “decir-mostrar-hacer” durante el tratamiento odontopediátrico en niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi”, 2017 Tacna.

- b) La conducta de los niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi” durante el tratamiento odontopediátrico con el uso de la técnica convencional “decir-mostrar-hacer” fue positiva en un 52%, definitivamente positiva en un 28% y negativa en un 20%.

- c) La conducta de los niños de la “Institución Educativa Primaria 43007 Luis Banchero Rossi” durante el tratamiento odontopediátrico con el uso del distractor audiovisual (DAV) fué definitivamente positiva en un 85%, seguida de una conducta positiva en un 15%.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda profundizar este estudio y ejecutarlo en una mayor población, a fin de corroborar y mejorar el desarrollo de esta investigación.
- Se recomienda realizar un estudio similar valorando la ansiedad como un factor para el manejo de conducta.
- Se sugiere que los odontólogos que utilicen la técnica audiovisual, tengan conocimiento sobre las preferencias de los niños de acuerdo a su edad.
- Se recomienda hacer un buen diagnóstico sobre el tipo de conducta que presenta el paciente, así como también el tratamiento a realizar para poder hacer un buen uso del distractor audiovisual.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cruz CM, Estudio: La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental; Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2005
2. Amal AK, Effects of audiovisual distraction on children's behaviour during dental treatment: a randomized controlled clinical trial. 2016; 74(6): 494–501
3. Scott ML, Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. 2010; 13(3)
4. Soto RM, Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica, 2005.
5. Quiroz TJ, Melgar RA, Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(2):129-136
6. Real Academia de la Lengua Española
7. Castillo AL, Casa AL, Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. Rev. De odontopediatría latinoamericana. 2017; 7(1)
8. Villasante VR, Influencia de la técnica de modelado con video en niños no cooperadores durante el tratamiento dental. Revista estomatologica del Altiplano, 2015.
9. LLanco T, Eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus el manejo de conducta convencional en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico en niños de 3 a 5 años que acuden al centro médico odontológico San Carlos – Huancayo [Tesis]. Huancayo: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2013.
10. Madhumita N, cols. Child's dental anxiety: Management by audio and audio-Visual distraction technique - A comparative study. Enero 2014

11. Prabhakar AR, Marwah N, Raju OS, A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. 2007
12. Magora F, Cohen S, Ram D, Audiovisual iatrosedation with video eyeglasses distraction method in pediatric dentistry. 2010; 3(3):133-136.
13. Rajwinder K, Ritu J. Comparative evaluation of the effectiveness of audio and audiovisual distraction aids in the management of anxious pediatric dental patients. 2015; 33(3): 192-203.
14. Fonseca GL, Sanchis FC, Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. Revisión bibliográfica. 2013
15. Prado KR, Nivel de ansiedad estudio comparativo entre la musicoterapia y gafas de distracción audiovisual en niños de 6 a 8 años, 2016.
16. Silvio RC, Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil conducta en el paciente. 2009
17. Abanto JA, Rezende KM, Bonecker M, Correa FN, Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(2):101-106.
18. Enciso PA, Posada MC, Quintero AM, cols. Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas del manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica CES Sabaneta. Rev CES Odontología. 2010; 14(1)
19. Bentsen BO, Svensson P, Wenzel Ann. Evaluation of effect of 3d video glasses on perceived pain and unpleasantness induced by restorative dental treatment. European Journal of Pain, 2009.
20. Ram D, Shapira J, Gideon H, Cohe S, Audiovisual video eyeglass distraction during dental treatment in children. 2010
21. Frebe CL, Crout R, Yorty J, Mcn, cols. Effects of Audiovisual Distraction During Dental Prophylaxis. 2010; 132(7): 1031–1038

22. Aithani M, Viswanath D. Child's Dental Anxiety: Management by audio and audio-visual Distraction Technique – a comparative study. Univ Res J Dent. 2014; 4(2)

ANEXOS

ANEXO 1



Fotografía 1. Unidad dental móvil adaptada en la Institución Educativa



Fotografía 2. Uso de la técnica convencional “Decir-Mostrar-Hacer”



Fotografía 3. Uso de la técnica no convencional mediante las gafas de distracción audiovisual durante el tratamiento odontopediátrico



Fotografía 4. Paciente haciendo uso del distractor audiovisual

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº DE FICHA _____ Nombre del operador _____

GRUPO: **Distractor** **Audiovisual ()** **Técnica convencional ()**

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE:

• Fecha: ___/___/___ H.C N°: _____

• Nombre del paciente: _____

• Edad _____ años _____ meses Género: F () M ()

Clasificación de conducta del paciente durante el tratamiento según la escala de Frankl

Marque con un aspa (x) según la experiencia durante el tratamiento:

A	El paciente rechazó el tratamiento	
	El paciente gritó durante el tratamiento	
	El paciente se encontró temeroso	
B	El paciente aceptó difícilmente el tratamiento	
	El paciente no cooperó durante el tratamiento	
	El paciente tuvo actitudes negativas durante el tratamiento.	
	El paciente se mostró arisco, lejano	
C	El paciente aceptó el tratamiento	
	El paciente mostró voluntad para hacer caso.	
	El paciente siguió las indicaciones dadas por el odontólogo.	
	El paciente cooperó	
D	El paciente se mostró muy cooperador	
	El paciente demostró buena relación y armonía con el odontólogo	
	El paciente se mostró interesado en los procedimientos	
	El paciente se sintió cómodo con el tratamiento	

TIPO DE CODUCTA	
Tipo 1: Definitivamente negativa	
Tipo 2: Negativo	
Tipo 3: Positivo	
Tipo 4: Definitivamente positivo	

Fuente: Elaboración propia del autor basada en la Escala de Frankl.