



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Distracción audiovisual y manejo de la ansiedad y conducta del niño durante la
atención odontológica en una clínica de Lima

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autora: Holyoak Mayta, Gislaynne Antuannet


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4099-0923>

Asesora: Dra. Aguirre Morales, Anita Kori

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5597-5727>

Lima – Perú

2026

| | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------|
|  Universidad Norbert Wiener | DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | | |
| | CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033 | VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01 | FECHA: 18/11/2023 |

Yo, Gislayne Antuannet Holyoak Mayta, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico Profesional de Odontología de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “**DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA CLÍNICA DE LIMA**”, Asesorado por la docente Ds. Esp. Aguirre Morales, Anita Kori, con DNI: 09383550 y código ORCID 0000-0001-5597-5727, tiene un índice de similitud de 11 (ONCE) % con código **ID: oid: 14912553996622** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma del autor
 Nombres y apellidos de la egresada
 Gislayne Antuannet Holyoak Mayta
 DNI N° 46596647



Firma
 Nombres y apellidos de la Asesora
 Ds. Esp. Aguirre Morales, Anita Kori
 DNI: 09383550

Lima, 25 de febrero del 2026

MIEMBROS DEL JURADO

Presidenta: Dra. Cabero Manchego, Rosa Milagros

Secretaria: Dra. Falcon Seminario, Norma Patricia

Vocal: Dra. Alvarado Muñoz, Erika Ruth

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a mi madre Hilda por darme fuerza y siempre enseñarme a no rendirme ante las adversidades y por ser la inspiradora de este proceso tan anhelado de obtener mi título profesional. A mi adorada familia, por la gratitud, el entusiasmo que siempre me brindaron, dedicación y esfuerzo.

Agradecimiento

A mi querida facultad, por guiarme a ser una cirujana dentista con ética y competente y a todos los docentes que me acompañaron en estos años de formación profesional.

Índice general

| | |
|---|-------------|
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimiento | iv |
| Índice de tablas | vii |
| Índice de figuras | viii |
| Resumen | ix |
| Abstract | x |
| Introducción | xi |
| CAPÍTULO I. EL PROBLEMA | 1 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2 Formulación del problema | 2 |
| 1.2.1 Problema general | 2 |
| 1.2.2 Problemas específicos | 2 |
| 1.2 Objetivos de la investigación | 3 |
| 1.3.1 Objetivo general | 3 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 3 |
| 1.4 Justificación de la investigación | 3 |
| 1.4.1 Teórica | 3 |
| 1.4.2 Metodológica | 4 |
| 1.4.3 Práctica | 4 |
| 1.5 Limitaciones de la investigación | 5 |
| 1.5.1 Temporal | 5 |
| 1.5.2 Espacial | 5 |
| 1.5.3 Población o unidad de análisis | 5 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 6 |
| 2.1.1. Antecedentes internacionales | 6 |
| 2.1.2. Antecedentes nacionales | 10 |
| 2.2 Bases teóricas | 14 |
| 2.2.1 Fundamentación teórica del estudio | 14 |
| 2.2.2 Ansiedad odontológica en niños | 15 |
| 2.2.3 Conducta del paciente pediátrico | 17 |
| 2.2.4 Distracción audiovisual como técnica no farmacológica | 19 |
| 2.2.5 Evaluación de la ansiedad y la conducta | 20 |
| 2.2.6 Sostenibilidad teórica del estudio | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2.7 Definición de términos | 23 |
| 2.3 Formulación de hipótesis | 26 |
| 2.3.1 Hipótesis general | 26 |
| CAPÍTULO III. METODOLOGÍA | 27 |
| 3.1. Método de la investigación | 27 |
| 3.2. Enfoque de la investigación | 27 |
| 3.3. Tipo de investigación | 28 |
| 3.4. Diseño de la investigación | 28 |
| 3.5. Población, muestra y muestreo | 29 |
| 3.5.1 Población | 29 |
| 3.5.2 Muestra | 31 |
| 3.5.3 Muestreo | 32 |
| 3.6. Variables y operacionalización | 34 |
| 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 35 |
| 3.7.1 Técnica | 35 |
| 3.7.2 Descripción de instrumentos | 38 |
| 3.7.3 Validación | 39 |
| 3.7.4 Confiabilidad | 41 |
| 3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos | 42 |
| 3.9 Aspectos éticos | 43 |
| CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | 46 |
| 4.2 Discusión de resultados | 50 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 55 |
| 5.1 Conclusiones | 55 |
| 5.2 Recomendaciones | 55 |
| REFERENCIAS | 57 |
| ANEXOS | 69 |
| Anexo 1. Matriz de consistencia | 70 |
| Anexo 2. Ficha de recolección de datos | 71 |
| Anexo 3. Validación de instrumento | 73 |
| Anexo 4. Confiabilidad del instrumento | 76 |
| Anexo 5. Constancia de aprobación del Comité de ética | 77 |
| Anexo 6. Informe de asesoría | 79 |
| Anexo 7. Reporte de Turnitin | 80 |
| Anexo 8. Evidencia fotográfica | 81 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Prueba de normalidad Shapiro–Wilk para las variables de ansiedad. | 46 |
| Tabla 2. Efectividad de la distracción audiovisual sobre la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica | 47 |
| Tabla 3. Nivel de ansiedad antes y después de la atención odontológica según grupo. | 47 |
| Tabla 4. Distribución de la conducta del niño durante la atención odontológica según grupo. | 48 |
| Tabla 5. Valoración del Índice de Kappa..... | 76 |
| Tabla 6. Confiabilidad interobservador de la Escala Facial de Ansiedad (FIS) y de la Escala de Comportamiento de Frankl | 76 |

Índice de figuras

Figura 1. Nivel de ansiedad antes y después de la atención odontológica según grupo.....48

Figura 2. Distribución de la conducta del niño durante la atención odontológica según grupo.

.....49

Resumen

El estudio tuvo como objetivo general determinar la efectividad de la distracción audiovisual en el manejo de la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica en la Clínica Dental Villa Dent. La población estuvo conformada por 134 niños de 6 a 12 años atendidos en el servicio de odontopediatría durante el año 2025. A partir de esta población, se obtuvo una muestra de 100 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, distribuidos equitativamente en un grupo experimental ($n = 50$), expuesto a la técnica de distracción audiovisual, y un grupo control ($n = 50$), atendido sin intervención adicional. Bajo un enfoque cuantitativo y el método hipotético–deductivo, el estudio adoptó un diseño cuasi experimental, evaluando la ansiedad mediante la Escala Facial de Ansiedad (FIS) y la conducta con la Escala de Frankl. En cuanto a los resultados, se evidenció que la distracción audiovisual generó una disminución significativa de la ansiedad en el grupo experimental, cuya mediana se redujo de 4 a 2 ($p < 0.001$), mientras que en el grupo control no se observaron cambios relevantes ($p = 0.072$). Asimismo, la conducta fue marcadamente más positiva en los niños expuestos a la técnica audiovisual, alcanzando el 100% de comportamientos favorables (F3–F4), en contraste con el grupo control, donde el 40% presentó conductas negativas ($p < 0.001$). En conclusión, la distracción audiovisual demostró ser una técnica no farmacológica eficaz para reducir la ansiedad y mejorar la cooperación infantil durante la atención odontológica.

Palabras clave: distracción audiovisual, ansiedad dental, conducta infantil.

Abstract

The overall objective of the study was to determine the effectiveness of audiovisual distraction in managing children's anxiety and behavior during dental care at the Villa Dent Dental Clinic. The population consisted of 134 children aged 6 to 12 years who were treated in the pediatric dentistry service during 2025. From this population, a sample of 100 participants was obtained using non-probabilistic convenience sampling, distributed equally into an experimental group (n = 50), exposed to the audiovisual distraction technique, and a control group (n = 50), treated without additional intervention. Using a quantitative approach and the hypothetical-deductive method, the study adopted a quasi-experimental design, assessing anxiety using the Facial Anxiety Scale (FIS) and behavior using the Frankl Scale. The results showed that audiovisual distraction generated a significant decrease in anxiety in the experimental group, whose median score fell from 4 to 2 ($p < 0.001$), while no relevant changes were observed in the control group ($p = 0.072$). Likewise, behavior was markedly more positive in children exposed to the audiovisual technique, reaching 100% favorable behavior (F3–F4), in contrast to the control group, where 40% exhibited negative behavior ($p < 0.001$). In conclusion, audiovisual distraction proved to be an effective non-pharmacological technique for reducing anxiety and improving child cooperation during dental care.

Keywords: audiovisual distraction, dental anxiety, child behavior.

Introducción

La ansiedad odontológica en la infancia continúa siendo un desafío frecuente en la práctica clínica. Aunque los procedimientos actuales son más seguros y menos invasivos, muchos niños mantienen una respuesta emocional elevada ante el entorno dental, lo que puede traducirse en llanto, resistencia o escasa cooperación. Esta reacción, además de dificultar el trabajo del profesional, incrementa la duración de las citas y afecta la calidad de la experiencia del paciente. Frente a este panorama, las técnicas no farmacológicas orientadas al manejo conductual han cobrado relevancia, especialmente aquellas basadas en la distracción mediante estímulos visuales y auditivos. La distracción audiovisual, por su accesibilidad y nivel de aceptación entre los niños, se ha convertido en una herramienta con potencial para reducir el miedo y facilitar un comportamiento más estable durante la atención.

La presente investigación se desarrolló con el propósito de evaluar la efectividad de esta técnica en un contexto clínico real. Se trabajó con una muestra de 100 pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Dental Villa Dent, distribuidos en un grupo experimental expuesto a la distracción audiovisual y un grupo control con atención convencional. El estudio adoptó un diseño cuasi experimental, empleando escalas validadas para medir ansiedad y conducta, con el fin de contrastar de manera objetiva las respuestas emocionales y comportamentales de ambos grupos. Sus aportes ofrecen una visión práctica sobre la utilidad de este recurso como complemento en el manejo del paciente infantil.

El documento se organiza en cinco capítulos. El primero expone el problema, los objetivos y la justificación del estudio. El segundo reúne el marco teórico que sustenta las variables. El tercero describe la metodología aplicada. El cuarto presenta y discute los resultados. Finalmente, el quinto capítulo incluye las conclusiones y las recomendaciones derivadas del trabajo.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En el ámbito de la odontología pediátrica, uno de los principales desafíos clínicos es el manejo de la ansiedad y la conducta del niño durante la atención dental. La ansiedad dental infantil puede manifestarse como miedo, rechazo o falta de cooperación, lo que dificulta la ejecución de tratamientos seguros y eficaces. Esta situación afecta no solo la calidad del procedimiento, sino también la experiencia emocional del paciente y su disposición a futuras atenciones odontológicas (1,2).

Las causas de esta ansiedad incluyen experiencias previas negativas, percepción anticipada de dolor, estímulos sensoriales propios del entorno clínico (como el sonido del instrumental rotatorio), y la falta de familiaridad con el personal de salud (3,4). Estas condiciones pueden generar respuestas conductuales como llanto, movimientos defensivos o resistencia activa, lo que compromete la seguridad del procedimiento y aumenta el riesgo de daño físico o psicológico (5).

Las técnicas tradicionales de manejo conductual, como la inmovilización física o la persuasión directa, han sido cuestionadas por sus implicancias éticas y por el rechazo de los padres (6). En consecuencia, se han promovido estrategias no farmacológicas como la distracción audiovisual, que consiste en exponer al niño a estímulos visuales y sonoros agradables durante el tratamiento, con el fin de redirigir su atención y reducir el nivel de ansiedad (7).

La evidencia reciente sugiere que la distracción audiovisual puede mejorar significativamente la conducta del paciente pediátrico, reducir la ansiedad y facilitar la cooperación durante el tratamiento odontológico (7,8). Además, se ha demostrado que esta

técnica es segura, bien aceptada por los niños y sus cuidadores, y compatible con los principios éticos de la atención pediátrica (9).

Si no se interviene adecuadamente este problema, las consecuencias pueden incluir el desarrollo de fobia dental, deterioro progresivo de la salud bucal, y rechazo sistemático a la atención médica (10). Abordar esta situación mediante estrategias innovadoras y humanizadas puede generar un cambio positivo en la atención pediátrica, promoviendo el bienestar integral de los niños, optimizando los tiempos clínicos y fortaleciendo la relación entre el profesional y el paciente.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la efectividad de la distracción audiovisual en el manejo de la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica en una Clínica de Lima durante el año 2025?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de ansiedad que presentan los niños antes y después de la aplicación de la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica en una clínica de Lima durante el año 2025?

¿Cómo se manifiesta la conducta de los niños antes y después de la aplicación de la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica en una clínica de Lima durante el año 2025?

1.2 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de la distracción audiovisual en el manejo de la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica en una Clínica de Lima durante el año 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Medir el nivel de ansiedad que presentan los niños antes y después de aplicar la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica en una Clínica de Lima durante el año 2025.

Describir la conducta de los niños antes y después de aplicar la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica en una Clínica de Lima durante el año 2025.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La ansiedad dental infantil ha sido reconocida en la literatura como un fenómeno persistente y con múltiples repercusiones clínicas. A lo largo de distintos estudios se observó que el miedo al tratamiento influía en la cooperación del niño, en la calidad de las maniobras operatorias e incluso en su disposición a regresar a futuras citas. Frente a este escenario, la distracción audiovisual se presentó como una técnica no farmacológica con resultados alentadores; sin embargo, la evidencia generada en el contexto peruano seguía siendo limitada, particularmente en instituciones con atención pediátrica continua. Esta investigación

aportó datos empíricos obtenidos en un entorno clínico real, lo que permitió fortalecer el sustento teórico sobre el uso de estrategias humanizadas en odontopediatría y ampliar el marco de referencia para estudios posteriores.

1.4.2 Metodológica

El estudio se desarrolló mediante un diseño cuasi experimental con grupo control, lo cual permitió contrastar de manera directa el efecto de la intervención en condiciones de práctica clínica habitual. Se emplearon instrumentos reconocidos internacionalmente —la Facial Image Scale y la escala de Frankl—, lo que aseguró mediciones estandarizadas y comparables. La metodología demostró ser aplicable y ética, y pudo replicarse sin interferir con la dinámica del servicio odontológico. Además, trabajar en un escenario asistencial real brindó mayor solidez a la evaluación de la técnica, al reflejar comportamientos y respuestas que difícilmente se reproducen en contextos artificiales o de laboratorio.

1.4.3 Práctica

En el ámbito clínico, la distracción audiovisual ofreció una herramienta viable para mejorar la experiencia del niño durante la atención odontológica. Su uso contribuyó a disminuir episodios de ansiedad, facilitó la cooperación y permitió que los procedimientos se desarrollaran con mayor fluidez. Para el personal odontológico, esto se tradujo en menos interrupciones y un ambiente operatorio más controlado. Al tratarse de una estrategia segura, económica y bien aceptada por las familias, su implementación resultó particularmente pertinente en servicios con alta demanda. En conjunto, la técnica mostró potencial para influir de manera positiva en la adherencia del paciente infantil y en la percepción general del tratamiento dental.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El estudio se desarrolló durante el periodo comprendido entre los meses de noviembre y diciembre del año 2025, lo que limitó la observación a un intervalo temporal específico y a un único ciclo de atención odontológica.

Esta limitación temporal impidió evaluar posibles variaciones estacionales en la afluencia de pacientes pediátricos, así como cambios en la respuesta emocional y conductual del niño a lo largo de un seguimiento prolongado. En consecuencia, los resultados reflejaron el comportamiento observado únicamente durante el periodo de ejecución del estudio.

1.5.2 Espacial

La investigación se desarrolló exclusivamente en la Clínica Dental Villa Dent, ubicada en el distrito de Los Olivos, lo que limitó que los resultados reflejaran la dinámica particular de dicho servicio y no necesariamente la de otros establecimientos odontológicos con diferente infraestructura, demanda asistencial o características poblacionales.

1.5.3 Población o unidad de análisis

La investigación se centró únicamente en niños de 6 a 12 años atendidos en el servicio de odontopediatría de la Clínica Dental Villa Dent durante el periodo de estudio, lo que limitó la extrapolación de los resultados a otras poblaciones pediátricas con rangos etarios distintos, condiciones clínicas diferentes o atendidas en contextos institucionales diversos. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse considerando las características específicas de la población analizada.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Zurita (11) en 2025, ejecutó en Quito, Ecuador, una investigación orientado a “*Analizar la efectividad de las estrategias no farmacológicas utilizadas para controlar el miedo y la ansiedad en niños durante la atención odontológica*”. Con una revisión bibliográfica descriptiva con enfoque cualitativo, la búsqueda se realizó en bases de datos como PubMed, Scopus, SciELO, Medline y Google Académico, incluyendo 20 artículos científicos publicados entre 2020 y 2025. Se identificaron técnicas como Decir–Mostrar–Hacer, refuerzo positivo, distracción audiovisual, modelado y desensibilización sistemática, evaluadas mediante escalas conductuales y parámetros fisiológicos. Los resultados mostraron que la distracción audiovisual y la realidad virtual reducen significativamente la ansiedad y el dolor ($SMD = -1.74$; $p < 0.001$), mientras que las intervenciones combinadas obtienen mayor cooperación infantil que las aplicadas de forma aislada. Se concluyó que las estrategias clínicas no farmacológicas, cuando se aplican con empatía y adaptación individual, constituyen herramientas efectivas para mejorar la conducta del paciente pediátrico, reducir el estrés operatorio y fomentar experiencias odontológicas positivas.

Baguer et al. (12) en 2023, ejecutaron en Jeddah, Arabia Saudita, un ensayo clínico aleatorizado con el propósito de “*Evaluar el efecto de la distracción mediante realidad virtual (VRD) sobre los niveles de ansiedad durante el tratamiento dental profiláctico en niños ansiosos*”. La muestra estuvo conformada por 36 niños de 6 a 14 años, divididos en dos grupos (VRD y control). La ansiedad se evaluó con instrumentos subjetivos (Venham Anxiety and Behavioral Rating Scale – VABRS y Modified Abeer Children Dental Anxiety Scale –

M-ACDAS) y objetivos (frecuencia cardíaca y nivel de cortisol salival – SCL). El análisis estadístico se realizó con la prueba U de Mann-Whitney, considerando significancia de $p < 0.05$. Los resultados evidenciaron una reducción significativa del cortisol salival en el grupo VRD (16.0 ± 1.3 ng/mL) frente al control (19.0 ± 1.6 ng/mL; $p < 0.001$), sin diferencias notorias en frecuencia cardíaca o VABRS. Se concluyó que la distracción con realidad virtual es un método no invasivo y eficaz para disminuir la ansiedad en niños durante procedimientos odontológicos preventivos, recomendándose su implementación como estrategia complementaria de manejo conductual.

Cáceres et al. (13) en 2023, realizaron en Cartagena, Colombia, un estudio de caso clínico cuyo objetivo fue *“Evaluar la efectividad de las gafas de realidad virtual como técnica de distracción para reducir la ansiedad durante una extracción dental en una niña de 7 años”*. Se empleó un diseño descriptivo con intervención no farmacológica, aplicando la técnica decir-mostrar-hacer combinada con el uso de gafas de realidad virtual BlackBug VR Box 3D, conectadas a un dispositivo móvil que reproducía dibujos animados. La ansiedad se midió mediante la Prueba de Imagen de Venham (VPT) y parámetros fisiológicos como la frecuencia del pulso y la saturación de oxígeno. Los resultados mostraron una disminución significativa de la ansiedad fisiológica, evidenciada por la reducción de la frecuencia cardíaca y una mejor cooperación durante el procedimiento. Se concluyó que el uso de realidad virtual constituye una herramienta eficaz de distracción audiovisual para el manejo conductual en odontopediatría, contribuyendo a reducir el estrés tanto del paciente como del profesional.

Cisneros et al. (14) en 2023, realizaron en Ciudad de Panamá, Panamá, una revisión bibliográfica con el objetivo de *“Identificar técnicas alternativas no farmacológicas empleadas en el manejo de la conducta del paciente pediátrico durante la atención odontológica”*. Se revisaron 39 artículos científicos publicados entre 2010 y 2023 en bases de datos como Google Scholar, Scielo y PubMed, seleccionando estudios sobre

musicoterapia, distracción audiovisual, aromaterapia e hipnosis. Los resultados destacaron tres técnicas efectivas: la musicoterapia, que reduce el estrés mediante estímulos auditivos; la distracción audiovisual, que controla simultáneamente estímulos visuales y sonoros logrando hasta 70% de cooperación positiva según la escala de Houpt; y la aromaterapia, que disminuye los niveles de cortisol salival y frecuencia cardíaca ($p < 0.05$) durante tratamientos. Se concluyó que las técnicas alternativas representan herramientas seguras y efectivas para disminuir la ansiedad y mejorar la conducta del niño en odontopediatría, debiendo seleccionarse de forma individual según la edad, tipo de procedimiento y nivel de ansiedad del paciente.

Khan et al. (5) en 2023, desarrollaron en Uttar Pradesh, India, cuyo propósito fue *“Evaluar la efectividad de la técnica de distracción audiovisual y el modelado filmado en la reducción de la ansiedad y el miedo en pacientes odontopediátricos”*. Con un estudio experimental in vivo, la investigación incluyó 80 niños de 5 a 8 años, divididos en cuatro grupos: distracción audiovisual, modelado filmado, combinación de ambas técnicas y grupo control, a quienes se realizaron procedimientos restauradores no invasivos. Se aplicaron instrumentos psicométricos como la Facial Image Scale (FIS) y la Fear Assessment Picture Scale (FAPS), junto con mediciones fisiológicas (frecuencia cardíaca, respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura corporal y cortisol salival). El análisis estadístico utilizó la prueba t pareada y la prueba de Tukey con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados revelaron una disminución significativa de la frecuencia cardíaca (-15.85 ± 15.94 ; $p = 0.000$) y un aumento en la saturación de oxígeno ($+6.90 \pm 4.41$; $p = 0.000$) en el grupo con combinación de técnicas. Se concluyó que la integración de distracción audiovisual y modelado filmado constituye una intervención no farmacológica eficaz para controlar la ansiedad infantil y mejorar la conducta durante el tratamiento dental.

Yan et al. (15) en 2023, realizaron en Hong Kong, China, una revisión sistemática y metaanálisis con el objetivo de “*Analizar la efectividad de las intervenciones de distracción mediante realidad virtual (VR) en la reducción de la ansiedad dental en pacientes pediátricos*”. El estudio incluyó 12 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 818 niños, recopilados de siete bases de datos internacionales (PubMed, Scopus, MEDLINE, EMBASE, entre otras) entre los años 2000 y 2022. El análisis estadístico se efectuó mediante el modelo de efectos aleatorios, aplicando medidas de tamaño del efecto (SMD y MD) con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados evidenciaron una reducción significativa de la ansiedad (SMD = -1.74 ; IC95%: -2.46 a -1.02 ; $p < 0.001$), del dolor (SMD = -1.57 ; IC95%: -2.22 a -0.91 ; $p < 0.001$) y de la frecuencia cardíaca (MD = -10.54 ; IC95%: -20.26 a -0.81 ; $p = 0.03$) durante el tratamiento dental. Se concluyó que la realidad virtual constituye una herramienta eficaz y segura para disminuir la ansiedad y el dolor en pacientes odontopediátricos, recomendándose más estudios de alta calidad para estandarizar su aplicación clínica.

Du et al. (16) en 2022, realizaron en Sichuan, China, un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de “*Evaluar la eficacia del uso de casco de realidad virtual (VR) para reducir la ansiedad y la percepción del dolor durante la anestesia local y la extracción de dientes primarios en niños*”. La muestra incluyó 128 pacientes de 4 a 9 años, divididos en dos grupos: VR y control, aplicándose mediciones de ansiedad mediante la Child Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS), percepción del dolor con la Wong-Baker FACES Pain Scale, comportamiento con la Houpt Scale, y síntomas de ciber-enfermedad con el Simulator Sickness Questionnaire (SSQ). El análisis estadístico se realizó con t de Student, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados mostraron una disminución significativa del puntaje de ansiedad en el grupo VR (de 34.58 ± 6.90 a 32.32 ± 15.58 ; $p = 0.02$) y una reducción del dolor (3.47 ± 0.76 frente a 5.56 ± 1.13 ; $p = 0.015$) sin aparición de

efectos adversos. Se concluyó que el uso de cascos de realidad virtual constituye una intervención digital eficaz y segura para disminuir la ansiedad y el dolor en niños durante tratamientos odontológicos, mejorando la experiencia clínica sin generar mareos o malestar.

Bartolomé *et al.* (17) en 2021, desarrollaron en Madrid, España con el propósito de *“Identificar las técnicas alternativas empleadas por los odontólogos para el manejo de la conducta en pacientes infantiles”*. Con un diseño observacional, transversal y retrospectivo, se encuestaron 132 profesionales de diferentes especialidades odontológicas mediante un cuestionario electrónico, analizando seis técnicas no convencionales: medios audiovisuales, musicoterapia, ludoterapia, relajación, aromaterapia e hipnosis. El procesamiento de datos se realizó en SPSS, aplicando prueba ANOVA ($p < 0,05$). Los resultados mostraron que la musicoterapia fue la técnica más usada (70,5%), seguida de los medios audiovisuales (35,1%) y la ludoterapia (32,8%), mientras que la aromaterapia (6,8%) y la hipnosis (2,3%) fueron las menos aplicadas. No se hallaron diferencias significativas según sexo o edad de los profesionales. Se concluyó que, aunque las técnicas alternativas de manejo conductual muestran aceptación creciente, su uso en la práctica odontopediátrica aún es limitado, destacando el potencial de la distracción audiovisual como estrategia complementaria eficaz para reducir ansiedad y mejorar el comportamiento infantil durante la atención dental.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Alvarez (18) en 2023, realizó su estudio en el Centro de Salud Aparicio Pomares en Huánuco, con el objetivo de *“Determinar la eficacia de la distracción audiovisual para el manejo de conducta durante el tratamiento odontológico en niños de 4 a 7 años”*. Se aplicó un diseño experimental, prospectivo y transversal, con enfoque cuantitativo, en una muestra de 106 pacientes pediátricos. Los datos se obtuvieron mediante observación directa y se evaluó el comportamiento con la escala de Frankl. Los resultados evidenciaron que el 73,6%

de los niños tratados con distracción audiovisual presentaron una conducta definitivamente positiva, frente al 66% con conducta negativa en el grupo sin distracción; además, el análisis estadístico Chi-cuadrado mostró una significancia de $p = 0.001$. Se concluyó que la distracción audiovisual es una técnica eficaz para mejorar la cooperación y reducir la ansiedad infantil durante la atención odontológica, optimizando la experiencia clínica tanto del paciente como del profesional.

Enriquez (19) en 2022, llevó a cabo su investigación en Puno, con el propósito de *“Evaluar el efecto de las técnicas audiovisual y auditiva en el manejo conductual durante la aplicación de la anestesia local en pacientes pediátricos atendidos en el Consultorio Odontológico del Niño y Adolescente”*. El estudio fue de tipo experimental y cuasi-experimental, con una muestra de 42 niños de 5 a 9 años, divididos equitativamente en dos grupos: uno con técnica audiovisual (gafas con película infantil) y otro con técnica auditiva (música favorita). Se emplearon la Escala Facial de Ansiedad (FIS) y la Escala de Dolor Wong-Baker Faces, aplicando la prueba t de Student con un nivel de confianza del 95%. Los resultados revelaron que, con la técnica audiovisual, el 47,6% presentó ansiedad leve y el mismo porcentaje poco dolor, mientras que, con la técnica auditiva, el 33,3% mostró ansiedad moderada y el 42,9% dolor elevado. Las diferencias fueron estadísticamente significativas en ansiedad ($t = -3,838$; $p = 0,000$) y dolor ($t = -3,755$; $p = 0,001$). Se concluyó que la técnica audiovisual fue más efectiva que la auditiva para disminuir la ansiedad y el dolor durante la anestesia local en niños.

Urpi (20) en 2022, llevó a cabo su investigación en Andahuaylas, con el objetivo de *“Determinar los efectos de la musicoterapia en la ansiedad de niños de 5 a 12 años que acudieron a la Clínica Odontológica Privada Urpi durante el año 2022”*. Se aplicó un diseño cuasi experimental, de tipo básico, prospectivo y transversal, con una muestra de 60 pacientes

pediátricos que recibieron tratamientos odontológicos preventivos y restauradores. La ansiedad fue evaluada mediante la Escala de Imagen Facial (FIS), y los datos se analizaron en el software SPSS versión 27, aplicando las pruebas U de Mann-Whitney y Wilcoxon, con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados mostraron una disminución significativa de la ansiedad post intervención ($U = 5000$; $W = 55000$; $p = 0.000$), demostrando que los niños expuestos a la musicoterapia presentaron menor ansiedad que el grupo control. Se concluyó que la musicoterapia constituye una técnica no farmacológica eficaz para reducir la ansiedad odontológica infantil y mejorar la experiencia del paciente durante la atención clínica.

Alarco-Cadillo *et al.* (21) en 2021, realizaron en Lima un estudio con el objetivo de *“Comparar la efectividad de la musicoterapia y la distracción audiovisual en el control de la ansiedad dental en niños de 5 a 10 años atendidos en el Centro Universitario de Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)”*. Con un diseño cuasi experimental, se trabajó con una muestra de 60 pacientes pediátricos, divididos aleatoriamente en tres grupos: control, musicoterapia y distracción audiovisual. La ansiedad se evaluó mediante el Test de Dibujos de Venham (1–8) y la Escala de Ansiedad de Venham (0–5), aplicando las pruebas Kruskal-Wallis y Wilcoxon con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados mostraron una disminución significativa de la ansiedad durante y después del tratamiento en los grupos con técnicas no farmacológicas ($p = 0.0013$ para musicoterapia y $p = 0.0005$ para distracción audiovisual), mientras que el grupo control no presentó cambios ($p = 0.8997$). Se concluyó que ambas técnicas son eficaces para reducir la ansiedad infantil, destacando la distracción audiovisual por su mayor impacto en el comportamiento cooperativo y la aceptación del tratamiento odontológico.

Escobar (22) en 2021, llevó a cabo su estudio en Lima, con la finalidad de *“Determinar el efecto de los lentes audiovisuales en el manejo de la ansiedad en niños de 5 a 8 años*

atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas". La investigación fue de tipo básico, con diseño cuasi experimental y corte transversal prospectivo, utilizando una muestra de 60 niños, divididos en 30 para el grupo experimental (con lentes audiovisuales) y 30 para el grupo control (sin lentes). La ansiedad se evaluó mediante la Escala de Imagen Facial (FIS), y los datos fueron procesados en SPSS v22, aplicando la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados evidenciaron diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2 = 21,7384$; $p = 0.00$), mostrando que el 50% de los niños del grupo con lentes audiovisuales presentaron ansiedad leve, frente a 50% con ansiedad severa en el grupo control. Se concluyó que el uso de lentes audiovisuales reduce significativamente los niveles de ansiedad durante los tratamientos pulpares pediátricos, constituyendo una técnica eficaz y no invasiva de distracción visual.

Ramos *et al.* (23) en 2021, realizaron en Lima, Perú, un estudio cuasi experimental con el propósito de evaluar la eficacia de la musicoterapia en la reducción de la ansiedad dental en niños con discapacidad atendidos en el Centro Ann Sullivan del Perú (CASP). Se trabajó con 40 pacientes de 5 a 12 años diagnosticados con síndrome de Down, trastorno del espectro autista o déficit cognitivo, divididos aleatoriamente en dos grupos: expuestos y no expuestos a la técnica. Se utilizaron la Escala de Imagen Facial (FIS), la Escala de Frankl y la Escala Modificada de Corah, registrándose además la presión arterial y la frecuencia cardíaca antes y después del tratamiento. El análisis estadístico incluyó las pruebas t de Student y Chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los resultados mostraron una disminución significativa de la presión arterial sistólica y diastólica ($p < 0.001$ y $p = 0.007$), así como de la frecuencia cardíaca ($p = 0.001$) y la ansiedad final ($p = 0.001$) en el grupo expuesto. Se concluyó que la musicoterapia fue eficaz para reducir la ansiedad dental en niños con discapacidad, constituyendo una alternativa no farmacológica segura y beneficiosa para mejorar la atención odontológica.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Fundamentación teórica del estudio

La ansiedad dental infantil representa un desafío constante en la práctica odontopediátrica, ya que interfiere con la cooperación del niño, prolonga los procedimientos y afecta la percepción del tratamiento. La odontología moderna reconoce que la experiencia clínica debe ir más allá del control de la enfermedad, promoviendo una atención humanizada centrada en el bienestar psicológico del paciente (24). En este contexto, las técnicas no farmacológicas adquieren relevancia como estrategias seguras y efectivas para el manejo emocional durante la atención odontológica (25).

La distracción audiovisual (DAV) constituye una herramienta terapéutica que utiliza estímulos visuales y auditivos simultáneos como videos o animaciones para redirigir la atención del niño hacia experiencias placenteras, reduciendo así la percepción de miedo y dolor (26). Desde una perspectiva neuropsicológica, esta técnica se fundamenta en la teoría de la atención selectiva, que sostiene que el cerebro tiene capacidad limitada para procesar estímulos simultáneos; al concentrarse en estímulos no amenazantes, disminuye la activación fisiológica del miedo (27).

Asimismo, la DAV se sustenta en la teoría de la puerta de control del dolor de Melzack y Wall, la cual explica que los estímulos sensoriales positivos bloquean la transmisión de señales dolorosas en el sistema nervioso central. En odontopediátrica, este principio se traduce en una reducción efectiva del estrés durante procedimientos clínicos comunes (28).

Diversos estudios recientes han señalado que las técnicas audiovisuales contribuyen a mejorar la cooperación y la confianza del paciente, favoreciendo el establecimiento de una

relación terapéutica sólida entre el niño y el profesional. En Latinoamérica, su implementación ha demostrado alta aceptación tanto por parte de los pacientes como de los padres, quienes perciben mayor seguridad y satisfacción con la atención (7,29). Por ello, el presente estudio se apoya en un marco conceptual que integra la neuropsicología del dolor, la psicología conductual y los fundamentos de la atención centrada en el niño, buscando fortalecer la evidencia sobre la eficacia clínica de la distracción audiovisual en la práctica odontopediátrica peruana.

2.2.2 Ansiedad odontológica en niños

Concepto y características

La ansiedad odontológica infantil se define como un estado emocional de tensión o aprensión anticipatoria frente a la atención dental, originado por la percepción de amenaza, vulnerabilidad o pérdida de control. A diferencia del miedo, que responde a un estímulo inmediato, la ansiedad implica una respuesta anticipada de malestar. Este fenómeno se relaciona con la etapa del desarrollo cognitivo del niño, su capacidad de comprensión y su historia previa de experiencias odontológicas (30).

De acuerdo con la American Academy of Pediatric Dentistry (31) en 2024, la ansiedad dental constituye una de las principales causas de inasistencia y de conducta negativa en la consulta pediátrica. Su expresión puede variar desde leves signos de nerviosismo hasta reacciones intensas de llanto o resistencia activa. Esta respuesta emocional está mediada por el sistema nervioso autónomo y se asocia a la liberación de hormonas del estrés, lo que repercute en el comportamiento y en la percepción del dolor.

Manifestaciones clínicas y psicológicas

Las manifestaciones de la ansiedad odontológica pueden clasificarse en tres dimensiones: fisiológicas, conductuales y cognitivas.

- **Dimensión fisiológica:** se pueden observar señales corporales como agitación, palidez, respiración acelerada y tensión muscular, que muestran cómo el cuerpo del niño reacciona ante el miedo anticipado, preparándose para un peligro que él percibe, aunque no sea real (32).
- **Dimensión conductual:** el niño manifiesta la ansiedad a través de acciones visibles, como llorar, evitar la consulta o realizar movimientos defensivos para protegerse. Estas conductas son formas naturales y sinceras de expresar su incomodidad y su miedo (32).
- **Dimensión cognitiva:** el niño puede tener pensamientos negativos o creencias de amenaza, como imaginar que el tratamiento será doloroso o que perderá el control de la situación, lo que potencia su ansiedad y dificulta su colaboración (32).

Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad dental se asocia con la respuesta de lucha o huida, en la que el niño experimenta un estado de alerta que interfiere con su capacidad para cooperar. Esta reacción puede ser modificada mediante técnicas de desensibilización progresiva o distracción sensorial, las cuales actúan sobre los mecanismos de regulación emocional y atención selectiva (33).

La reducción de la ansiedad infantil no solo mejora la conducta en el momento del tratamiento, sino que también previene el desarrollo de fobias futuras y fomenta una actitud positiva hacia la atención odontológica, favoreciendo la formación de hábitos saludables desde etapas tempranas (34).

2.2.3 Conducta del paciente pediátrico

Conceptualización del comportamiento odontopediátrico

La conducta odontopediátrica se entiende como la manifestación observable del estado emocional y cognitivo del niño frente al entorno clínico donde su expresión depende del grado de confianza, del tipo de comunicación establecida con el profesional y de las estrategias empleadas para el manejo del miedo (35).

La conducta es el reflejo del equilibrio entre las emociones del niño y las respuestas del odontólogo; cuando esta relación se construye sobre la empatía y la claridad, se promueve la cooperación (36).

El comportamiento infantil se ve influido por la personalidad, la edad, las experiencias previas y las actitudes parentales. Los niños que perciben un ambiente seguro tienden a responder con serenidad, mientras que aquellos con experiencias previas dolorosas suelen desarrollar conductas evitativas o de rechazo (37).

Clasificación de la conducta según Frankl

La Escala de Comportamiento de Frankl es una herramienta observacional utilizada internacionalmente para categorizar la conducta del niño en cuatro niveles: definitivamente negativa, negativa, positiva y definitivamente positiva. Esta clasificación permite valorar la disposición del paciente durante el tratamiento y la eficacia de las técnicas de manejo conductual. Su aplicación es especialmente relevante en investigaciones que evalúan la efectividad de estrategias no farmacológicas, como la distracción audiovisual, ya que proporciona una medida objetiva del grado de cooperación (38,39).

Las categorías son:

- **Definitivamente negativa (F1):** el niño muestra rechazo total al tratamiento. Puede presentar llanto intenso, gritos, movimientos bruscos o intentos de escapar, demostrando una negativa absoluta a cooperar (40,41).
- **Negativa (F2):** conducta no cooperativa pero menos intensa que la anterior. El niño puede llorar o mostrarse temeroso y reticente, con signos de incomodidad o desconfianza, dificultando el procedimiento (40,41).
- **Positiva (F3):** el niño acepta cooperar, aunque con timidez o inseguridad. Sigue instrucciones con algún nivel de inquietud, pero el tratamiento se realiza con relativa facilidad (40,41).
- **Definitivamente positiva (F4):** el niño está completamente cooperativo, relajado y receptivo. Disfruta de la consulta, muestra interés y sigue las indicaciones sin signos de miedo o ansiedad (40,41).

La Escala de Frankl va mucho más allá de ser un simple sistema para clasificar el comportamiento del paciente infantil. Al utilizar esta herramienta, el odontólogo obtiene valiosas indicaciones para planificar y adaptar los tratamientos de manera individualizada según la respuesta del niño. Es fundamental registrar de forma detallada toda la información relativa al comportamiento observada durante la consulta en la historia clínica. No basta con consignar un código como F1 o F2; es necesario describir con precisión los movimientos o reacciones del paciente, por ejemplo, si hubo vómito, resistencia física, si fue necesaria la inmovilización y bajo qué condiciones, como la presencia de los padres o la obtención de su consentimiento informado. Este último, aunque es un documento aparte, debe reflejarse en la evolución clínica para un control integral y legalmente responsable (42,43).

De igual forma, registrar cómo reaccionó el niño ante cada técnica empleada, la despedida y el cierre de la cita, así como la comunicación sostenida con los padres, permite un seguimiento más efectivo del proceso. Estos detalles no solo potencian la seguridad y confianza de los padres, sino que también ofrecen herramientas concretas para planificar acciones en futuras citas, incrementando la cooperación y mejorando la experiencia terapéutica (44).

Desde un punto de vista legal, la documentación minuciosa de comportamientos y procedimientos es esencial para proteger al profesional frente a posibles cuestionamientos o malentendidos, especialmente cuando se aplican técnicas de manejo que puedan ser percibidas como restrictivas. Una comunicación clara y un registro exhaustivo garantizan transparencia, respeto por el paciente y respaldo ético para el odontólogo (43,44).

2.2.4 Distracción audiovisual como técnica no farmacológica

Concepto y fundamento teórico

La distracción audiovisual es una intervención sensorial que busca modular la atención del niño mediante estímulos visuales y auditivos simultáneos, generando una experiencia inmersiva que atenúa la percepción del entorno dental. Se apoya en los principios de la psicología cognitiva y del condicionamiento operante, al asociar el tratamiento con sensaciones de calma y entretenimiento (45).

Desde el punto de vista neurofisiológico, la distracción audiovisual modula la actividad en las áreas corticales involucradas en la percepción del miedo y la ansiedad, promoviendo una disminución de la activación del sistema nervioso simpático. Esto se traduce en una reducción del estrés fisiológico, manifestado por una menor frecuencia cardíaca, dilatación

pupilar y reducción del estado de alerta asociado al miedo, lo que facilita un comportamiento más cooperativo en el niño durante el tratamiento odontológico (46).

Aplicaciones clínicas en odontopediatría

La aplicación de la distracción audiovisual en odontopediatría ha demostrado ser efectiva en diferentes contextos clínicos, desde limpiezas profilácticas hasta tratamientos restauradores. En la práctica, se utilizan dispositivos como tabletas, pantallas portátiles o gafas de realidad virtual, los cuales permiten mantener la atención del paciente en estímulos ajenos al procedimiento (47).

Estudios recientes en América Latina destacan que esta técnica reduce la necesidad de intervenciones farmacológicas, acorta el tiempo clínico y mejora la satisfacción del paciente y del profesional. Además, la distracción audiovisual se alinea con el modelo de odontología centrada en el niño, que promueve un entorno emocionalmente seguro, empático y participativo (21,48).

2.2.5 Evaluación de la ansiedad y la conducta

La evaluación del impacto de las técnicas no farmacológicas en odontopediatría exige el uso de instrumentos estandarizados, validados y de fácil aplicación en la población infantil. En el presente estudio, se emplean dos herramientas ampliamente reconocidas: la Facial Image Scale (FIS) y la Escala de Comportamiento de Frankl.

La FIS es un instrumento visual que permite al niño expresar su nivel de ansiedad a través de la selección de una imagen facial que representa distintas emociones, desde tranquilidad hasta miedo intenso. Su sencillez la hace especialmente adecuada para niños

pequeños y población con limitaciones en la comprensión verbal, reflejando con precisión la respuesta emocional antes y después del tratamiento. Estudios internacionales respaldan su validez y confiabilidad como medida subjetiva rápida del estado emocional infantil (49,50).

Por otro lado, la Escala de Comportamiento de Frankl posibilita una evaluación objetiva y directa del grado de cooperación y conducta del niño durante la atención dental, clasificándola en niveles que van desde la actitud definitivamente negativa hasta la definitivamente positiva. Su uso permite monitorear los cambios conductuales generados por las intervenciones realizadas, aportando información clave para ajustar estrategias terapéuticas y mejorar la experiencia del paciente. Esta escala es reconocida mundialmente por su utilidad clínica y capacidad para predecir el éxito del tratamiento odontopediátrico (51).

La combinación de estas dos herramientas brinda una valoración integral y complementaria del impacto emocional y conductual del tratamiento odontológico infantil, integrando la percepción subjetiva del niño con la observación profesional, lo que fortalece la calidad del abordaje clínico (52).

2.2.6 Sostenibilidad teórica del estudio

El presente estudio se sustenta en un marco interdisciplinario que integra los principios de la psicología conductual, la neurociencia y la pedagogía clínica. Desde el enfoque conductual, el comportamiento del niño puede modificarse mediante estímulos positivos y experiencias reforzadoras. La distracción audiovisual actúa como un refuerzo positivo, que transforma el entorno clínico en un espacio más predecible y amigable (53,54).

Desde el punto de vista de la neurociencia, la distracción audiovisual encuentra su explicación en el proceso de regulación sensorial, a través del cual los estímulos visuales y auditivos actúan sobre los sistemas que controlan el dolor y la ansiedad, favoreciendo una respuesta emocional más equilibrada. Cuando el niño se concentra en imágenes en movimiento y sonidos agradables, su cerebro activa regiones como la corteza prefrontal dorsolateral, que participa en la gestión cognitiva del miedo, y al mismo tiempo reduce la actividad de la amígdala, encargada de procesar las amenazas (55).

Además, se ha observado que este tipo de estimulación sensorial estimula la liberación de dopamina y endorfinas, sustancias vinculadas a las emociones placenteras, mientras disminuye los niveles de cortisol, hormona relacionada con el estrés y la tensión, es decir, el entorno clínico deja de percibirse como un espacio amenazante y pasa a convertirse en un ambiente más amable y predecible para el niño (56).

Este fenómeno involucra también la acción del sistema límbico y del tálamo, estructuras que integran los estímulos sensoriales y regulan la manera en que percibimos las emociones (57). Tal como explican La Touche et al. La distracción audiovisual constituye una estrategia eficaz en el manejo de la ansiedad y el dolor en la población pediátrica, aprovechando la capacidad del cerebro para desviar la atención hacia estímulos externos no amenazantes. En este sentido, los estímulos visuales controlados actúan como moduladores atencionales que bloquean parcialmente las señales nociceptivas a nivel del tronco encefálico, lo cual reduce la sensación de incomodidad y modera la ansiedad anticipatoria. Esta base neurofisiológica explica por qué la distracción audiovisual no solo mejora la experiencia del niño durante los procedimientos odontológicos, sino que también facilita su cooperación y bienestar emocional. Así, la intervención se convierte en un proceso más humano y respetuoso, donde

el control del entorno sensorial contribuye a minimizar el estrés y favorecer una respuesta conductual positiva (58).

Asimismo, la teoría del aprendizaje social, propuesta por Albert Bandura, respalda de manera sólida la influencia del modelado audiovisual en el manejo conductual infantil. Según esta teoría, los niños aprenden observando e imitando comportamientos, emociones y actitudes que perciben en su entorno. Cuando un niño observa modelos que expresan emociones positivas y situaciones tranquilizadoras a través de medios audiovisuales, internaliza estrategias de afrontamiento similares que favorecen su cooperación y disminuyen la resistencia durante la atención odontológica. Este proceso observacional no se limita a la simple imitación mecánica, sino que implica una reelaboración interna del comportamiento observado, lo que contribuye a un aprendizaje significativo y duradero. De esta forma, el modelado audiovisual se convierte en una herramienta poderosa que, al ofrecer ejemplos emocionales positivos, ayuda a crear un ambiente clínico más seguro y menos estresante para el niño, facilitando una experiencia más humana y eficaz (59).

2.2.7 Definición de términos

Distracción audiovisual

Estrategia no farmacológica utilizada en el manejo odontopediátrico que consiste en exponer al niño a estímulos visuales y auditivos (videos, música, dibujos animados o juegos digitales) con el propósito de desviar su atención del procedimiento odontológico y reducir su nivel de ansiedad. Esta técnica actúa sobre los mecanismos cognitivo-conductuales de percepción y distracción sensorial, generando un ambiente más relajado y colaborativo durante la atención dental (27).

Ansiedad odontológica

Respuesta emocional de tensión o temor que experimenta el niño ante la posibilidad o realización de un procedimiento dental, caracterizada por síntomas fisiológicos (taquicardia, sudoración, hiperventilación), cognitivos (pensamientos negativos, miedo anticipatorio) y conductuales (llanto, evitación o movimientos defensivos). En este estudio se evaluará mediante la Escala Facial de Ansiedad de Venham (FIS), la cual permite medir el nivel de ansiedad de forma visual y comprensible para la edad infantil (7).

Conducta del paciente pediátrico

Conjunto de respuestas observables que manifiesta el paciente pediátrico ante la atención dental, las cuales pueden variar desde la cooperación tranquila hasta la resistencia activa o el llanto. En este estudio se evaluará mediante la Escala de Comportamiento de Frankl (EBF), que clasifica la conducta en cuatro categorías: definitivamente negativa, negativa, positiva y definitivamente positiva (7).

Manejo conductual

Conjunto de técnicas y estrategias dirigidas a modificar conductas negativas o poco cooperativas en el paciente infantil para facilitar el tratamiento odontológico, priorizando la comunicación y el refuerzo positivo (21).

Técnicas no farmacológicas

Intervenciones que no involucren medicamentos y que buscan controlar la ansiedad y el dolor, como la distracción audiovisual, la musicoterapia y el modelado, favoreciendo un ambiente calmado y cooperativo (21).

Escala Facial de Ansiedad (FIS)

Instrumento visual que permite a los niños expresar su nivel de ansiedad seleccionando imágenes de rostros que representan diferentes estados emocionales, facilitando la medición rápida y adecuada para edades tempranas (60).

Escala de Comportamiento de Frankl

Herramienta que clasifica la conducta del niño en cuatro niveles, desde «definitivamente negativa» hasta «definitivamente positiva», basada en la observación directa durante la consulta dental (61).

Atención odontopediatría

Enfocada en la prevención, diagnóstico y tratamiento dental de niños, considerando sus características emocionales y conductuales para ofrecer un abordaje integral y adecuado (27).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Ho: La técnica de distracción audiovisual no tiene un efecto significativo en la reducción de la ansiedad ni en la mejora de la conducta del niño durante la atención odontológica en una clínica de Lima, 2025.

Ha: La técnica de distracción audiovisual tiene un efecto significativo en la reducción de la ansiedad y en la mejora de la conducta del niño durante la atención odontológica en una clínica de Lima, 2025.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El estudio se desarrolló bajo el método hipotético–deductivo, dado que partió del planteamiento de una hipótesis general respecto al efecto de la distracción audiovisual sobre la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica. A partir de esta hipótesis, se derivaron proposiciones específicas que fueron contrastadas empíricamente mediante observaciones sistemáticas y análisis estadísticos. La evidencia obtenida permitió aceptar o rechazar las hipótesis planteadas, siguiendo un proceso lógico de deducción característico de este método de investigación (62).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, entendido como la vía metodológica que permite trabajar con datos numéricos y someterlos a análisis estadísticos para contrastar hipótesis y comparar grupos (63).

Este enfoque resultó pertinente porque el interés central del trabajo fue medir, de manera objetiva, los cambios producidos por la distracción audiovisual en dos dimensiones concretas: la ansiedad y la conducta del paciente pediátrico durante la atención odontológica. Para ello se recurrió a instrumentos estandarizados y validados internacionalmente, lo que aseguró registros consistentes antes y después de la intervención. El enfoque adoptado permitió traducir fenómenos clínicos, muchas veces subjetivos, en información cuantificable y verificable, aportando rigor y claridad al proceso de evaluación.

3.3. Tipo de investigación

La investigación se enmarcó en el tipo aplicado, dado que su propósito no fue únicamente comprender un fenómeno, sino utilizar el conocimiento disponible para resolver un problema cotidiano en la práctica odontopediátrica: el manejo del miedo y la cooperación infantil. A diferencia de los estudios de corte básico, este trabajo tuvo una orientación práctica y buscó generar hallazgos que pudieran incorporarse directamente en la atención clínica (62).

La evaluación de la distracción audiovisual como estrategia no farmacológica permitió aproximarse a soluciones concretas para mejorar la experiencia del niño en consulta. Los resultados obtenidos ofrecieron información relevante para reforzar intervenciones seguras, accesibles y coherentes con un enfoque humanizado de la atención.

3.4. Diseño de la investigación

Cuasi experimental: El estudio adoptó un diseño cuasi experimental, una elección adecuada cuando no es posible asignar a los participantes de manera aleatoria debido a las condiciones propias del entorno asistencial (64).

Bajo este esquema, se trabajó con un grupo experimental expuesto a la distracción audiovisual y un grupo control atendido de manera convencional, comparando los cambios registrados antes y después de la intervención. Las mediciones se realizaron mediante la Escala Facial de Ansiedad (FIS) y la Escala de Comportamiento de Frankl, herramientas ampliamente utilizadas en odontopediatria para evaluar respuestas emocionales y conductuales. Aunque la asignación aleatoria no fue viable, se procuró

mantener la mayor homogeneidad posible entre los grupos en aspectos como la edad, el tipo de procedimiento y el ambiente de atención, con el fin de sostener la validez interna del estudio y obtener resultados comparables en condiciones clínicas reales.

Corte: El estudio presentó un corte transversal, debido a que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal para cada participante, evaluando los niveles de ansiedad y conducta antes y después de la intervención durante una misma sesión de atención odontológica, sin seguimiento longitudinal posterior (64).

Alcance: El alcance del estudio fue explicativo, ya que se buscó determinar el efecto de la distracción audiovisual sobre la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica, estableciendo una relación de causalidad entre la intervención aplicada y los cambios observados en las variables dependientes (64).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población se define como el conjunto total de individuos que comparten características comunes y sobre los cuales el investigador pretende realizar inferencias. Esta constituye el marco de referencia del estudio y debe delimitarse en términos de tiempo, lugar y características específicas (65).

La población estuvo constituida por 134 niños entre 6 y 12 años atendidos en el servicio de odontopediatría de la Clínica Dental Villa Dent, ubicada en el distrito de Los Olivos, Lima, durante el año 2025. Este conjunto representó el marco de referencia sobre el cual se buscó realizar inferencias, delimitado tanto en tiempo como en espacio y

características clínicas. Para integrar la población elegible, se consideraron únicamente a los pacientes que cumplían con criterios específicos relacionados con su edad, estado general de salud y necesidades de tratamiento.

Criterios de inclusión

- Niños de 6 a 12 años que acudieron por primera vez o segunda cita consecutiva al servicio de odontopediatría de la Clínica Dental Villa Dent durante el periodo de estudio.
- Pacientes que contaron con el consentimiento informado firmado por el padre, madre o tutor legal y que además firmen su asentimiento informado de manera voluntaria.
- Niños con capacidad para comprender instrucciones simples y participar activamente durante la intervención.
- Pacientes con procedimientos odontológicos rutinarios, específicamente profilaxis dental o curaciones simples, sin necesidad de anestesia general.

Criterios de exclusión

- Niños con antecedentes de múltiples atenciones odontológicas previas, tratamientos prolongados o experiencias clínicas repetitivas que pudieran influir en su respuesta emocional y conductual durante la atención odontológica.
- Niños cuyos padres o tutores no firmen el consentimiento informado, o que no otorguen su asentimiento para participar en el estudio.
- Pacientes con alteraciones cognitivas, sensoriales o neurológicas que impidan una participación adecuada.

- Niños que presenten ansiedad severa diagnosticada o patologías psiquiátricas previas.
- Pacientes que estén bajo medicación ansiolítica o sedante durante el periodo de estudio.

La selección de los participantes se realizó en coordinación con el personal del servicio de odontopediatría, garantizando la confidencialidad, el respeto ético y la participación voluntaria de cada niño.

3.5.2 Muestra

La muestra representa una fracción de la población que conserva sus principales características y permite obtener conclusiones válidas y generalizables. Su tamaño debe determinarse mediante fórmulas estadísticas que aseguren un margen de error y nivel de confianza adecuados (66).

En este caso se apoyó de la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95%, un error máximo permitido del 5% y una proporción esperada de $p = 0.5$.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{134 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.05^2 \times (134 - 1) + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = 100$$

Donde:

- $N = 134$ (población)

- $Z = 1.96$ (95% de confianza)
- $p = 0.5$
- $q = 0.5$
- $e = 0.05$ (5% de error)

La muestra estuvo conformada por 100 niños, seleccionados a partir de una población finita de 134 pacientes pediátricos atendidos en el servicio de odontopediatría de la Clínica Dental Villa Dent durante el año 2025.

De esta muestra, se distribuirá manera equitativa en dos grupos:

- **Grupo experimental (n = 50):** los niños serán expuestos a la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica.
- **Grupo control (n = 50):** los niños recibirán la atención odontológica convencional sin aplicación de estímulos audiovisuales.

Esta distribución equilibrada permitió comparar los cambios en ansiedad y conducta entre ambos grupos bajo condiciones clínicas similares, manteniendo la coherencia metodológica del diseño cuasi experimental.

3.5.3 Muestreo

El muestreo puede ser probabilístico: cuando todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, o no probabilístico, cuando la selección depende de criterios específicos o conveniencia (66).

Para el presente estudio, el tipo de muestreo que se aplicó fue probabilístico aleatorio simple dado que todos los integrantes de la población tuvieron la misma

probabilidad de ser seleccionados. Para ello, se elaboró un listado de los 134 niños que cumplieron con los criterios de inclusión. Posteriormente, se utilizó un procedimiento de selección aleatoria mediante números aleatorios, a partir del cual se eligieron 100 participantes, quienes conformaron la muestra definitiva del estudio y fueron distribuidos equitativamente en el grupo experimental y el grupo control.

3.6. Variables y operacionalización

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicador | Escala de medición | Escala valorativa |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------|--|--------------------|---|
| Distracción audiovisual | Estrategia no farmacológica basada en la exposición a estímulos visuales y sonoros (videos, música, dibujos animados) para desviar la atención del niño y reducir la ansiedad durante la atención odontológica (27). | Aplicación de la técnica mediante dispositivos audiovisuales (tablet/lentes de realidad audiovisual) durante el procedimiento odontológico en el grupo experimental. | Aplicación de la intervención | Presencia/ausencia de distracción audiovisual | Nominal dicotómica | 0 = No se aplica 1 = Sí se aplica |
| Ansiedad odontológica | Estado emocional caracterizado por sensación de miedo, tensión o nerviosismo frente a la atención odontológica, descrito en la literatura como ansiedad dental infantil (7). | Nivel de ansiedad medido antes y después del procedimiento odontológico utilizando la Facial Image Scale (FIS) . | Estado emocional del niño | Puntaje en escala FIS (1–5) según la cara seleccionada | Ordinal | 1 = Muy feliz (sin ansiedad) 2 = Feliz (ansiedad leve) 3 = Neutro (ansiedad moderada) 4 = Triste (ansiedad alta) 5 = Muy triste (ansiedad severa) |
| Conducta | Respuesta observable del niño frente al tratamiento odontológico, expresada en cooperación, aceptación o resistencia, según la literatura en manejo conductual (7). | Conducta del niño evaluada durante el procedimiento odontológico mediante la Frankl Behavior Rating Scale . | Comportamiento clínico | Categoría observada en Frankl | Ordinal | 1 = F1 (Definitivamente negativa) 2 = F2 (Negativa) 3 = F3 (Positiva) 4 = F4 (Definitivamente positiva) |

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Las técnicas de recolección de datos son los medios operativos empleados para obtener información confiable sobre las variables de estudio. Entre las más utilizadas en investigaciones clínicas y sociales se encuentran la observación estructurada, la encuesta, la entrevista y la medición directa (62).

En este estudio se optó por una observación estructurada de carácter directo, pues resultó el procedimiento más adecuado para registrar, de manera objetiva, tanto el comportamiento como las respuestas emocionales que los niños manifestaron durante la atención odontológica. La recolección se llevó a cabo en el servicio odontológico de la Clínica Dental Villa Dent, en un entorno controlado y bajo la supervisión del investigador, asegurando que las condiciones se mantuvieran estables a lo largo del proceso.

Para conservar la coherencia clínica de la intervención, la técnica de distracción audiovisual se aplicó únicamente en procedimientos frecuentes de la consulta odontopediátrica, como la profilaxis dental y las curaciones simples, entendidas estas últimas como restauraciones que no requerían anestesia infiltrativa. Se eligieron estos procedimientos no solo por su alta prevalencia en la práctica diaria, sino también porque su naturaleza breve y poco invasiva permitió observar con claridad los cambios en ansiedad y conducta sin generar incomodidad innecesaria. Esto facilitó evaluar las reacciones del niño en un escenario clínico habitual, donde su respuesta tendió a ser espontánea y representativa de su conducta real.

Previo al inicio de la intervención, se gestionó la autorización institucional correspondiente y se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores. Cada niño participó, además, en una breve etapa de familiarización con el ambiente clínico y con los dispositivos audiovisuales, con el fin de reducir la reactividad inicial y favorecer una evaluación más precisa del efecto de la técnica.

El procedimiento se desarrolló en tres etapas:

1. Evaluación preintervención

Antes de iniciar cualquier procedimiento, se llevó a cabo una breve fase de adaptación destinada a familiarizar al niño con el consultorio y con los instrumentos que se utilizarían durante la atención. En esta etapa se ofreció una explicación sencilla y ajustada a la edad del paciente, con el fin de disminuir la tensión inicial y generar un ambiente de mayor confianza. Tras este acercamiento, se aplicaron los dos instrumentos definidos para la evaluación basal.

La Escala Facial de Ansiedad (FIS) permitió que el niño indicara, entre cinco expresiones faciales, aquella que reflejaba mejor su estado emocional al ingresar al consultorio. De forma complementaria, la Escala de Comportamiento de Frankl se empleó para clasificar su actitud inicial según los parámetros conductuales establecidos. Ambos registros conformaron el punto de partida para comparar los cambios posteriores a la intervención. Los resultados fueron consignados en una ficha individual elaborada específicamente para este estudio.

2. Aplicación de la intervención

Una vez obtenida la medición inicial, se procedió con la intervención. Los participantes asignados al grupo experimental visualizaron un video infantil educativo o recreativo previamente seleccionado por su contenido positivo y adecuado para la edad. El material se reprodujo mediante una pantalla portátil de 10 pulgadas o a través de gafas multimedia, colocadas a una distancia visual segura. La duración del video — entre 10 y 15 minutos— coincidió con el tiempo promedio de los procedimientos incluidos en la investigación.

Durante la atención se registraron conductas relevantes: capacidad de mantener la atención, expresiones faciales, signos de inquietud, llanto, movimientos de evitación, entre otros indicadores de ansiedad. Por su parte, el grupo control recibió la atención convencional sin estímulos distractores, en un entorno equivalente en iluminación, temperatura, duración y condiciones operativas.

Con el fin de asegurar la estandarización, todos los niños fueron atendidos por el mismo profesional, en horarios similares y en un ambiente clínico constante, evitando que factores externos distorsionaran las respuestas observadas.

3. Evaluación postintervención

Al finalizar el procedimiento, se aplicaron nuevamente la Escala Facial de Ansiedad (FIS) y la Escala de Comportamiento de Frankl a todos los participantes. Esta segunda medición permitió contrastar los resultados pre y post intervención y determinar si la distracción audiovisual produjo cambios en los niveles de ansiedad o en la conducta del niño.

Los puntajes fueron registrados en las fichas individuales y posteriormente codificados en una base de datos para su análisis estadístico. Además, se anotaron observaciones cualitativas relevantes, como comentarios espontáneos o actitudes particulares, que aportaron una comprensión más amplia del efecto real de la intervención en un contexto clínico rutinario.

3.7.2 Descripción de instrumentos

En la presente investigación se utilizaron dos instrumentos estandarizados y de uso internacional, ambos con evidencia psicométrica sólida para población infantil: la Escala Facial de Ansiedad (Facial Image Scale – FIS) y la Escala de Comportamiento de Frankl (Frankl Behavior Rating Scale – EBF). Estos instrumentos permitirán medir de forma objetiva las variables dependientes del estudio: la ansiedad odontológica y la conducta del paciente pediátrico.

Instrumentos de recolección de datos

1. Escala Facial de Ansiedad (Facial Image Scale – FIS)

La FIS fue desarrollada por Buchanan y Niven (67) en el año 2002 con el propósito de evaluar la ansiedad dental infantil a través de una representación visual simple. Consta de cinco rostros ilustrados que expresan desde una emoción muy feliz hasta una de miedo o tristeza marcada. El niño seleccionará la cara que mejor describa cómo se siente en ese momento, sin necesidad de responder verbalmente, lo que facilita su aplicación en edades tempranas

En el presente estudio, la FIS se aplicará antes y después del tratamiento odontológico para determinar los cambios en el nivel de ansiedad del niño. Cada

respuesta se codificará numéricamente de 1 (muy feliz) a 5 (muy triste), y los datos serán registrados en una ficha de observación individual.

2. Frankl Behavior Rating Scale

La Escala de Comportamiento de Frankl fue desarrollada por Frankl y colaboradores en 1962 con el objetivo de evaluar el grado de cooperación o resistencia del niño durante la atención odontológica. Clasifica la conducta en cuatro categorías ordinales:

- Definitivamente negativa (--),
- Negativa (-),
- Positiva (+), y
- Definitivamente positiva (++)

Esta escala se ha convertido en una herramienta ampliamente utilizada para el manejo conductual en odontopediatría, dado su carácter práctico y observacional

En este estudio, la EBF se utilizará durante el procedimiento odontológico para registrar la cooperación y actitud del niño frente al tratamiento. El investigador y un observador auxiliar anotarán la categoría correspondiente según el comportamiento observado, asignando valores del 1 al 4 para su posterior análisis estadístico.

3.7.3 Validación

Previo a su uso en campo, el instrumento de recolección de datos pasó por un proceso de validez de contenido realizado por tres especialistas con experiencia en

odontopediatría, metodología de la investigación y psicología infantil. Cada uno evaluó la claridad, pertinencia, coherencia, suficiencia y consistencia de los ítems incluidos en la ficha de observación, utilizando una matriz estructurada que permitió calificar cada criterio en una escala de uno a cinco.

Los jueces consignaron sus apreciaciones de manera independiente. En los tres formatos se observó una tendencia uniforme hacia las categorías superiores de la escala, con predominio de valoraciones en “muy buena”, especialmente en los criterios vinculados con claridad, organización, consistencia metodológica y pertinencia del instrumento. La puntuación final de cada experto se tradujo en coeficientes de validez superiores a 0.70, ubicándose todos dentro del rango considerado como “Aprobado” según los intervalos establecidos en la propia matriz institucional.

A partir de estas valoraciones se procedió al cálculo del Índice de Validez de Contenido (IVC) siguiendo el método de Lawshe. Se tomó como punto de corte un IVC mínimo de 0.58 para cada ítem y un promedio general igual o superior a 0.80, niveles que en conjunto indicaban una adecuada representatividad del contenido y su alineación con los objetivos de la investigación. Los coeficientes obtenidos superaron estos valores, lo que confirmó que el instrumento presentaba una validez teórica sólida y podía aplicarse en el estudio sin requerir modificaciones sustanciales (Ver anexo 3).

El instrumento FIS ha sido validado psicométricamente en diferentes contextos. En el estudio de Fathima y Jeevanandan (68) en 2018, realizado en la Facultad de Odontología de Saveetha, India, se evaluó a 50 niños de entre 5 y 18 años, demostrando una correlación significativa entre la FIS y el Venham Picture Test (VPT) ($p < 0.001$), lo que confirmó su validez concurrente. Los autores concluyeron que la FIS es un

método confiable, de fácil aplicación y comprensión, ideal para entornos clínicos pediátricos.

Respecto con el instrumento “Escala de Comportamiento de Frankl”, Heima y Stehli (69) en 2022, evaluaron su validez predictiva al correlacionar la EBF con la Children’s Fear Survey Schedule – Dental Subscale (CFSS-DS), encontrando una relación significativa ($p = 0.027$), el cual demostró que la conducta observada mediante la escala de Frankl está asociada al nivel de ansiedad dental infantil.

3.7.4 Confiabilidad

La confiabilidad interobservador de la Escala Facial de Ansiedad (FIS) y de la Escala de Comportamiento de Frankl se evaluó mediante el coeficiente Kappa ponderado de Cohen, utilizando los registros de 15 niños evaluados por dos observadores independientes. Se consideraron valores de Kappa $\geq 0,60$ como indicativos de concordancia aceptable y $\geq 0,80$ como concordancia muy buena (70).

La confiabilidad interobservador de los instrumentos aplicados mostró valores altamente satisfactorios. Tanto la Escala Facial de Ansiedad (FIS) como la Escala de Comportamiento de Frankl alcanzaron coeficientes Kappa superiores a 0.90, lo que, de acuerdo con los rangos de interpretación establecidos, corresponde a un nivel de acuerdo casi perfecto entre los evaluadores. Además, el acuerdo global fue del 93.33 % en ambas escalas y los intervalos de confianza se mantuvieron dentro de márgenes aceptables, con significancia estadística ($p < .001$). Estos resultados confirman que los instrumentos utilizados ofrecieron una medición consistente y fiable para evaluar ansiedad y conducta en los niños participantes (Ver anexo 4).

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Los registros procedentes de la Escala Facial de Ansiedad (FIS) y de la Escala de Comportamiento de Frankl se incorporaron inicialmente en una ficha elaborada exclusivamente para este estudio. Ese primer paso permitió trabajar con información organizada desde el inicio. Luego, el contenido se volcó en una hoja de Excel, donde se revisó con calma la consistencia de los datos: se corrigieron digitaciones dudosas, se depuraron duplicados y se corroboró que las codificaciones fueran coherentes con el sistema definido. Con la base ya ordenada, el archivo se transfirió al programa IBM SPSS Statistics v.27, que fue finalmente el entorno donde se procesaron los análisis.

Para el sistema de codificación se mantuvo el carácter ordinal de ambas escalas. En el caso de la FIS, los puntajes oscilaron entre 1 y 5; la conducta, según la escala de Frankl, entre 1 y 4. Cada niño fue identificado con un código numérico con el fin de proteger su identidad, y se generaron respaldos de seguridad siguiendo lo establecido por los lineamientos éticos para investigaciones con menores.

Desde el punto de vista estadístico, la naturaleza ordinal de las variables exigió verificar si las distribuciones se aproximaban a la normalidad. La prueba de Shapiro–Wilk rápidamente mostró que no era el caso: los valores de p fueron menores a .001 en todos los escenarios evaluados. Ante esa evidencia, insistir en análisis paramétricos no tenía sustento. Para examinar los cambios en ansiedad antes y después de la intervención dentro de cada grupo se optó por la prueba de Wilcoxon, que se ajusta bien cuando se comparan puntajes ordinales en un mismo conjunto de participantes.

El análisis de la conducta requirió otro enfoque. La escala de Frankl clasifica el comportamiento en categorías, de modo que lo razonable era contrastar la distribución de esas categorías entre los dos grupos. Para ello se empleó la prueba de Chi-cuadrado,

que permitió detectar diferencias en las frecuencias de comportamiento asociadas o no al uso de la distracción audiovisual.

Y, para responder el objetivo general se combinaron los hallazgos de ambas pruebas. El Wilcoxon mostró una reducción significativa de la ansiedad en el grupo que recibió la intervención, mientras que el Chi-cuadrado reveló diferencias importantes en la conducta entre los grupos comparados. Se trabajó con un nivel de significancia de 0.05.

El conjunto de estos análisis permitió valorar con precisión el impacto real de la distracción audiovisual, tanto sobre la ansiedad como sobre la conducta del niño, ofreciendo evidencia sólida sobre su utilidad clínica.

3.9 Aspectos éticos

La investigación se llevó a cabo respetando los principios éticos que rigen el trabajo con seres humanos. Se tomó como referencia la Declaración de Helsinki (71), las pautas del CIOMS y la normativa peruana vigente en materia de investigación biomédica, incluida la Ley N.º 29459 y su modificatoria D.S. N.º 021-2017-SA. A lo largo del estudio se veló por la dignidad y la seguridad de los niños participantes, manteniendo un compromiso claro con la transparencia en el manejo de la información y en la presentación de los resultados.

a) Aprobación ética

Antes de iniciar cualquier actividad con los participantes, el proyecto fue sometido a la evaluación del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC). El comité revisó el protocolo, los instrumentos, las fichas de observación y los formatos de consentimiento. Ninguna fase del estudio se puso en marcha sin la autorización formal

de este organismo. El número de resolución correspondiente quedó consignado en la versión final del trabajo, como parte del registro oficial del proceso.

b) Consentimiento y asentimiento informado

Los padres o tutores recibieron una explicación detallada sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y alcances del estudio. Tras aclarar sus dudas, firmaron el consentimiento informado en cumplimiento de las normas del CIEIC. En paralelo, se solicitó el asentimiento de los niños mediante explicaciones adaptadas a su edad, usando un lenguaje claro y apoyos visuales cuando fue necesario. Se procuró que entendieran que podían participar voluntariamente y que tenían la libertad de retirarse en cualquier momento sin afectar la atención odontológica que recibían.

c) Confidencialidad

Los datos recogidos fueron tratados bajo estricta reserva. Cada niño fue identificado mediante un código numérico para evitar el registro de nombres u otros datos sensibles. La información se almacenó en archivos protegidos con contraseña y respaldos seguros, accesibles únicamente para el equipo investigador. Una vez concluido el estudio, los datos quedaron archivados por cinco años conforme a las políticas institucionales, tras lo cual debían eliminarse de manera definitiva.

d) Selección de participantes

La selección de los niños se efectuó con criterios estrictamente clínicos y científicos, procurando una inclusión justa y sin discriminación. No se aceptaron participantes que pertenecieran a grupos vulnerables diferentes a los establecidos en el protocolo, ni se ejerció presión sobre familias o tutores para obtener su participación. Durante todo el proceso se garantizó que la atención odontológica continuara siendo segura y adecuada, independientemente de la participación en el estudio.

e) Integridad científica

El equipo investigador trabajó bajo criterios de honestidad y responsabilidad en todas las fases del estudio. Los datos se registraron de manera inmediata y fiel, evitando cualquier tipo de manipulación. También se adoptaron medidas para prevenir el plagio, la fabricación o la alteración de información. Para ello se emplearon herramientas de detección de similitud y se siguió el formato Vancouver en todas las citas y referencias. Se reconoció la autoría de quienes contribuyeron directamente al desarrollo del estudio, en concordancia con las normas de propiedad intelectual.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Prueba de normalidad Shapiro–Wilk para las variables de ansiedad.

| Variable | n | W | p |
|------------------------------|----------|----------|----------|
| Ansiedad pre (Experimental) | 50 | 0.793 | < .001 |
| Ansiedad post (Experimental) | 50 | 0.861 | < .001 |
| Ansiedad pre (Control) | 50 | 0.765 | < .001 |
| Ansiedad post (Control) | 50 | 0.82 | < .001 |

La distribución de los puntajes de ansiedad con la prueba de Shapiro–Wilk, demostró que los datos no seguían un patrón normal. Los valores de p fueron sistemáticamente menores a 0.001. Por esa razón, para evaluar los cambios dentro de cada grupo, antes y después de la intervención se trabajó con la prueba de Wilcoxon, que se ajusta mejor a este tipo de mediciones y permite identificar variaciones reales sin forzar la interpretación.

La variable conducta requería otro tratamiento. La Escala de Frankl no genera puntajes continuos sino categorías que describen comportamientos, de modo que hablar de normalidad no es pertinente. Para ese fin, la prueba de Chi-cuadrado ofreció el marco adecuado, ya que permite detectar diferencias en la frecuencia de aparición de cada tipo de conducta sin imponer requisitos ajenos a la naturaleza de la variable.

Por lo tanto, la selección de las pruebas respondió a las características concretas de los datos: Wilcoxon para los cambios en ansiedad y Chi-cuadrado para la comparación de las conductas. Esto permitió mantener coherencia metodológica y preservar la solidez del análisis.

Tabla 2. Efectividad de la distracción audiovisual sobre la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica

| Variable / Indicador | Experimental (DAV) | Control (sin DAV) |
|---|--------------------|-------------------|
| n | 50 | 50 |
| Ansiedad pre Mediana (RIC) | 4.00 (4–5) | 4.00 (3–4) |
| Ansiedad post Mediana (RIC) | 2.00 (1–3) | 3.50 (3–4) |
| Δ ansiedad (post–pre) <i>p</i> ansiedad (Wilcoxon)* | –2.00 < .001 | –0.50 0.072 |
| Conducta positiva (F3–F4) n (%) | 50 (100.0%) | 30 (60.0%) |
| Conducta negativa (F1–F2) n (%) | 0 (0.0%) | 20 (40.0%) |
| <i>p</i> conducta (Chi ²)† | < .001 | — |

Nota.

* Prueba de Wilcoxon para comparación pre–post dentro de cada grupo.

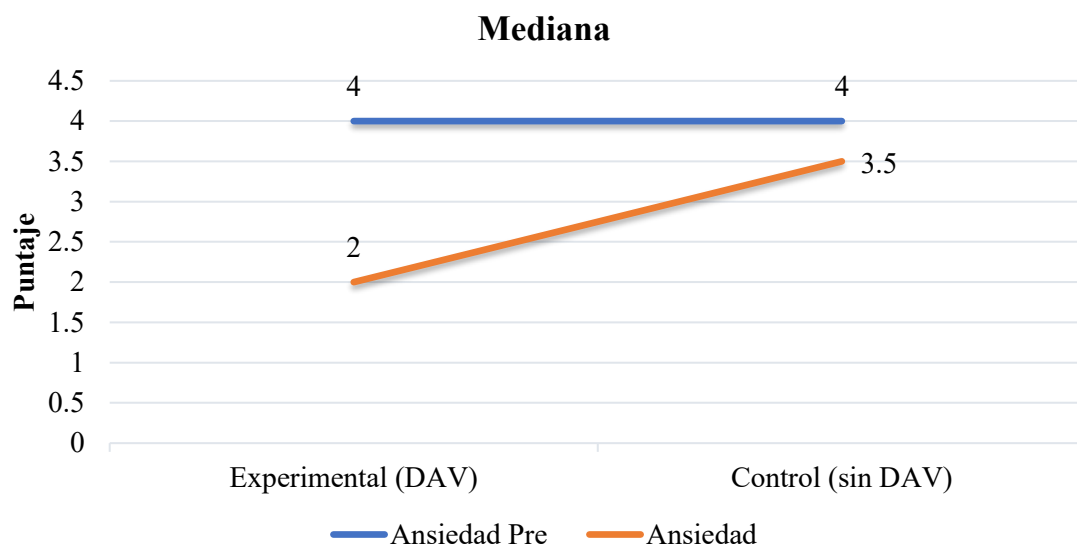
† Prueba de Chi–cuadrado para comparación de la distribución de conducta entre grupos.

La ansiedad solo bajó significativamente en el grupo con distracción audiovisual ($p < .001$), mientras que en el control no hubo cambios. En conducta, el grupo experimental tuvo 100% de comportamientos positivos, mientras que el control presentó 40% de conductas negativas. La diferencia fue significativa ($p < .001$). En conjunto, la distracción audiovisual fue efectiva.

Tabla 3. Nivel de ansiedad antes y después de la atención odontológica según grupo.

| Grupo | n | Ansiedad Pre Mediana (RIC) | Ansiedad Post Mediana (RIC) | W de Wilcoxon | p |
|-------------------------------|----|-------------------------------|--------------------------------|------------------|--------|
| Experimental (DAV) | 50 | 4.00 (4–5) | 2.00 (1–3) | 1275 | < .001 |
| Control (sin DAV) | 50 | 4.00 (3–4) | 3.50 (3–4) | 10 | 0.072 |

Nota. RIC: Rango intercuantílico

Figura 1. Nivel de ansiedad antes y después de la atención odontológica según grupo.

En el grupo experimental se evidenció una disminución marcada y estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad tras la aplicación de la distracción audiovisual, pasando de una mediana de 4.00 a 2.00 ($W = 1275$; $p < .001$). En el grupo control, en cambio, el nivel de ansiedad se mantuvo prácticamente sin cambios, con una reducción mínima que no alcanzó significancia estadística ($W = 10$; $p = .072$).

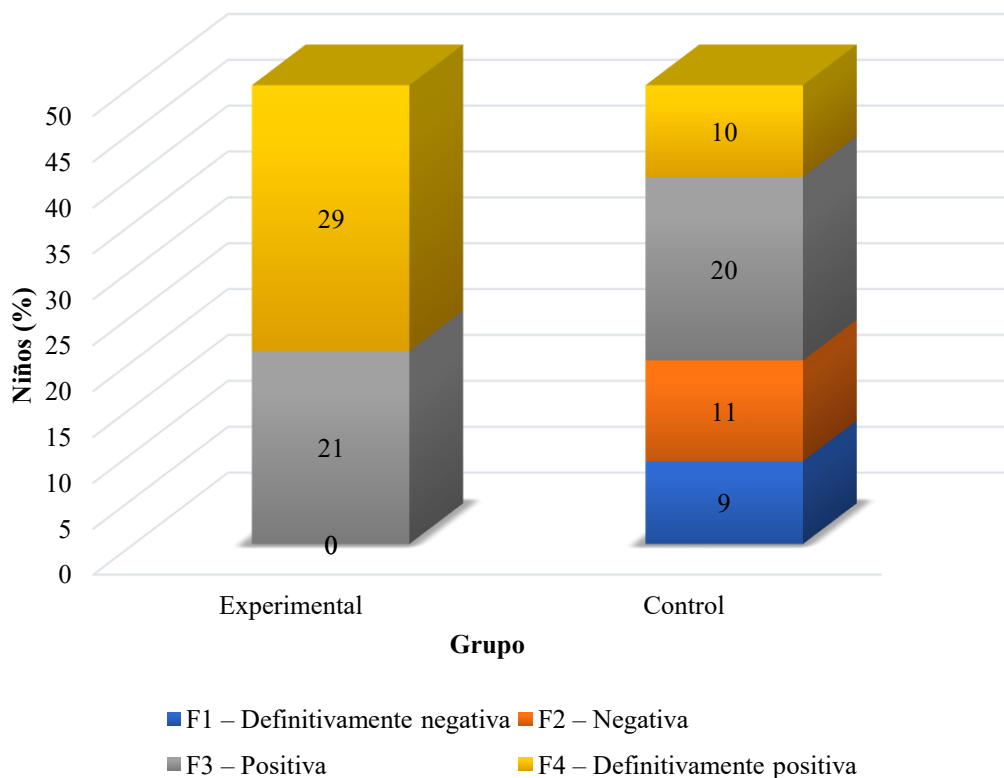
Esta diferencia evidencia que la distracción audiovisual influye en el manejo de la ansiedad durante la atención odontológica, mientras que en ausencia de intervención los niveles de ansiedad permanecieron estables.

Tabla 4. Distribución de la conducta del niño durante la atención odontológica según grupo.

| Conducta (Frankl) | Experimental n (%) | Control n (%) | Total |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|------------|
| F1 – Definitivamente negativa | 0 (0.0) | 9 (18.0) | 9 |
| F2 – Negativa | 0 (0.0) | 11 (22.0) | 11 |
| F3 – Positiva | 21 (42.0) | 20 (40.0) | 41 |
| F4 – Definitivamente positiva | 29 (58.0) | 10 (20.0) | 39 |
| Total | 50 (100.0) | 50 (100.0) | 100 |

Nota. $Chi - Cuadrado: \chi^2(3) = 29.3, p < .001$.

Figura 2. Distribución de la conducta del niño durante la atención odontológica según grupo.



En la distribución de la conducta del niño durante la atención odontológica se evidenciaron diferencias marcadas entre el grupo experimental y el grupo control. En el grupo experimental, la totalidad de los niños presentó conductas positivas (F3–F4), con una predominancia de la categoría “definitivamente positiva” (58%). Sin embargo, en el grupo control se observaron conductas negativas en el 40% de los participantes (F1–F2), mientras que solo el 60% alcanzó niveles positivos de conducta.

La prueba de Chi-cuadrado confirmó que esta diferencia en la distribución de las categorías de conducta es estadísticamente significativa ($\chi^2(3) = 29.3, p < .001$), indicando que la aplicación de la distracción audiovisual tuvo un efecto favorable y clínicamente relevante en el comportamiento de los niños durante la atención odontológica.

4.2 Discusión de resultados

En el presente estudio se evidenció que el grupo experimental presentó una reducción significativa en el nivel de ansiedad, con una mediana que disminuyó de 4.00 a 2.00 ($p < .001$), mientras que en el grupo control no se observaron variaciones relevantes ($p = .072$). Este comportamiento sugiere que la distracción audiovisual tuvo un efecto directo y clínicamente significativo en la modulación del miedo odontológico infantil.

Estos hallazgos coincidieron con los resultados reportados por Zurita (11), quien identificó mediante un metaanálisis narrativo que la distracción audiovisual y la realidad virtual redujeron la ansiedad con un tamaño de efecto $SMD = -1.74$ ($p < 0.001$), lo que refuerza el impacto robusto de estas intervenciones sensoriales. En concordancia, Baguer et al. (12) demostraron disminución significativa del cortisol salival en el grupo con realidad virtual (16.0 ± 1.3 ng/mL vs. 19.0 ± 1.6 ng/mL en control; $p < 0.001$), indicador que fisiológicamente representa menor estrés ansioso. De manera similar, Cáceres et al. (13) observaron una disminución marcada de la frecuencia cardíaca posterior a la aplicación de realidad virtual, lo que evidenció una estabilización emocional durante la extracción dental.

Asimismo, Cisneros et al. (14) mostraron que la distracción audiovisual logró hasta 70% de cooperación positiva, derivada de la reducción del estrés perceptual. A su vez, Khan et al. (5) registraron disminuciones fisiológicas importantes como la reducción de la frecuencia cardíaca en -15.85 ± 15.94 latidos/min ($p = 0.000$) y un incremento significativo de la saturación de oxígeno en $+6.90 \pm 4.41\%$ ($p = 0.000$) en el grupo que recibió técnicas audiovisuales combinadas. De forma complementaria, Yan et al. (15) en un metaanálisis documentaron una reducción significativa de la ansiedad con $SMD = -1.74$ (IC95%: -2.46 a -1.02 ; $p < 0.001$) y disminución de la frecuencia

cardíaca con $MD = -10.54$ ($p = 0.03$). Du et al. (16) también mostraron una disminución del puntaje de ansiedad medida por la CFSS-DS (34.58 ± 6.90 a 32.32 ± 15.58 ; $p = 0.02$) y una reducción del dolor ($p = 0.015$) tras el uso de cascos de realidad virtual.

Los estudios nacionales reforzaron este patrón. Enriquez (19) reportó que la técnica audiovisual redujo significativamente la ansiedad ($t = -3.838$; $p = 0.000$) en comparación con la técnica auditiva. Urpi (20) mostró una disminución estadísticamente significativa en la ansiedad mediante FIS, con resultados de $U = 5000$; $W = 55000$; $p = 0.000$, evidenciando menor ansiedad postintervención en los niños expuestos a musicoterapia. Asimismo, Alarcón-Cadillo et al. (21) señalaron que la ansiedad disminuyó de forma significativa con musicoterapia ($p = 0.0013$) y distracción audiovisual ($p = 0.0005$), mientras que Escobar (22) reportó diferencias marcadas entre grupos ($\chi^2 = 21.7384$; $p = 0.00$), mostrando que 50% del grupo experimental presentó ansiedad leve frente a 50% con ansiedad severa en el grupo control.

En conjunto, los antecedentes corroboraron que la reducción significativa de ansiedad observada en este estudio se alineó con la evidencia internacional y nacional que respalda el uso clínico de la distracción audiovisual. Las implicancias sugieren que esta técnica no solo modula la percepción del dolor y el miedo, sino que también estabiliza parámetros fisiológicos, favoreciendo un manejo emocional más eficiente durante la atención odontológica infantil.

Por otro lado, la conducta del grupo experimental fue notablemente más positiva, con 100% de los niños ubicados entre las categorías F3 y F4, predominando F4 con 58%. En contraste, el grupo control presentó 40% de conductas negativas (F1–F2). El análisis de Chi-cuadrado evidenció diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2(3)$

= 29.3; $p < .001$), confirmando que la distracción audiovisual influyó favorablemente en el comportamiento del niño durante el tratamiento.

Estos hallazgos coinciden con los reportes de Zurita (11), quien destacó que las técnicas no farmacológicas mejoran la conducta del niño al disminuir el estrés operatorio. Asimismo, Baguer et al. (12) evidenciaron mejoras conductuales en el grupo de realidad virtual, identificadas a partir de indicadores fisiológicos y escalas subjetivas, aunque sin cambios marcados en la frecuencia cardíaca. De forma similar, Cáceres et al. (13) observaron cooperación óptima durante la extracción dental, respaldada por disminución de parámetros fisiológicos.

Cisneros et al. (14) documentaron que la distracción audiovisual puede generar hasta 70% de cooperación positiva, reforzando la capacidad del estímulo audiovisual para modular la conducta infantil. A su vez, Khan et al. (5) indicaron que el uso conjunto de técnicas (distracción audiovisual + modelado filmado) mejoró significativamente la conducta y redujo indicadores emocionales adversos. Du et al. (16) también reportaron mejoras en la conducta medida mediante la escala de Houpt, lo que refuerza la evidencia sobre la influencia del componente audiovisual en el comportamiento del niño.

En el ámbito nacional, Alvarez (18) reportó que el 73.6% de los niños tratados con distracción audiovisual alcanzaron conducta definitivamente positiva ($p = 0.001$), mientras que en el grupo sin distracción predominó la conducta negativa (66%). Enriquez (19) describió que el 47.6% presentó ansiedad leve y menor dolor con técnica audiovisual, lo cual facilitó el comportamiento cooperativo. Ramos et al. (23) observaron mejoras conductuales significativas en niños con discapacidad, acompañadas de reducciones en presión arterial y frecuencia cardíaca ($p \leq 0.001$). Alarcón-Cadillo et al. (21) reportaron también que la distracción audiovisual generó

mayor cooperación aceptable, siendo superior a la musicoterapia en algunos parámetros conductuales.

En suma, los resultados obtenidos en este estudio se alinearon con toda la evidencia previa, mostrando que la distracción audiovisual genera un impacto positivo tanto en la conducta como en el desempeño del niño durante el acto operatorio. Las implicancias clínicas son claras: esta técnica facilita la cooperación, reduce episodios de llanto o resistencia y mejora la eficacia del tratamiento odontológico, permitiendo un desempeño clínico más seguro, rápido y eficiente.

Limitaciones del estudio

A pesar de los resultados favorables obtenidos, el presente estudio presentó algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los hallazgos. En primer lugar, la limitación temporal, al haberse desarrollado entre los meses de noviembre y diciembre del año 2025, restringió el análisis a un periodo específico, lo que impidió evaluar posibles variaciones estacionales en los niveles de ansiedad y conducta del niño durante la atención odontológica.

Asimismo, la limitación espacial, al haberse realizado exclusivamente en una clínica odontológica privada del distrito de Los Olivos, condicionó que los resultados reflejaran una realidad institucional particular, lo que podría limitar su generalización a otros contextos clínicos con características organizacionales y poblacionales distintas.

Y, la limitación relacionada con la población de estudio, conformada únicamente por niños de 6 a 12 años, impidió extrapolar los resultados a otros grupos etarios pediátricos. No obstante, estas limitaciones no invalidaron los resultados obtenidos, sino que permiten contextualizarlos y refuerzan la necesidad de interpretar los hallazgos dentro del marco específico en el que se desarrolló la investigación.

Líneas de investigación futura

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el periodo de seguimiento, incorporando diseños longitudinales que permitan evaluar la estabilidad del efecto de la distracción audiovisual sobre la ansiedad y conducta del niño a lo largo del tiempo.

Asimismo, se sugiere replicar el estudio en diferentes contextos clínicos, tanto públicos como privados, con el fin de contrastar los hallazgos y fortalecer su validez externa. Del mismo modo, sería pertinente evaluar la eficacia de la distracción audiovisual en otros grupos etarios pediátricos y comparar su efecto con otras técnicas no farmacológicas, así como integrar indicadores fisiológicos adicionales que permitan un análisis más integral del manejo emocional durante la atención odontológica infantil.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera. La distracción audiovisual resultó efectiva para mejorar el comportamiento integral del niño durante la atención odontológica, logrando disminuir significativamente la ansiedad y favorecer conductas positivas, en comparación con el grupo sin intervención.

Segunda. La distracción audiovisual redujo de manera significativa la ansiedad preoperatoria del niño, mientras que en el grupo control no se observaron cambios relevantes, demostrando que esta técnica es eficaz para modular el miedo durante el tratamiento odontológico.

Tercera. Los niños que recibieron distracción audiovisual mostraron conductas marcadamente más positivas y colaboradoras durante la atención, en contraste con el grupo control, lo que evidencia que esta técnica mejora la cooperación clínica durante los procedimientos.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda incorporar la distracción audiovisual como parte de los protocolos estándar de manejo conductual en odontopediatría, debido a su impacto positivo tanto en la ansiedad como en la cooperación del niño, favoreciendo procedimientos más seguros, eficientes y menos estresantes.

Se sugiere utilizar la distracción audiovisual de manera sistemática en procedimientos que suelen generar mayor ansiedad en pacientes pediátricos —como anestesia local, operatoria y tratamientos pulpares— ya que esta técnica disminuye la percepción de amenaza y mejora la tolerancia del niño durante la consulta.

Se aconseja emplear dispositivos audiovisuales (tablets, gafas de realidad virtual, pantallas superiores) para facilitar la conducta cooperadora del niño, especialmente en pacientes con antecedentes de miedo dental, escasa adaptabilidad o dificultad para mantenerse tranquilos durante procedimientos prolongados.

REFERENCIAS

1. Sandoval GA, Vargas LA. El papel de la salud bucal en el bienestar integral en escolares de educación primaria. *Rev Espac* [Internet]. 2025;46(03):120-9. Disponible en: <https://doi.org/10.48082/espacios-a25v46n03p10>
2. Organización Mundial de Salud. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>
3. Custódio NB, Cademartori MG, Azevedo MS, Mendes MDA, Schardozim LR, Costa LRDRSD, et al. Efficacy of audiovisual distraction using eyeglasses during dental care: a randomized clinical trial. *Braz Oral Res* [Internet]. 2021;35:e26. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0026>
4. Villamizar J, Cárdenas JM, Amado J. Evaluación de la Técnica de Distracción por Sugestión Mágica (DSM) para la Orientación del Comportamiento de pacientes en Odontopediatría. *Rev Odontopediatría Latinoam* [Internet]. 2023;13:e224557. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/557>
5. Khan SY, Jamil F, Jindal MK. Effectiveness of Audiovisual Distraction Technique and Filmed Modeling on Anxiety and Fear in Pediatric Dental Patients. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2023;16(4):598-602. Disponible en: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2627>
6. Ortega M, Tapia MT, Cedillo GE, Ramos RR, Navas RM. Efectividad de las técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revisión sistemática. *Rev*

Odontopediatría Latinoam [Internet]. 2021;11(1):e220163. Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v11i1.230>

7. Valenzuela A, Valenzuela M, Valenzuela R. Técnica de distracción audiovisual para el control de la ansiedad en niño. Av En Odontoestomatol [Internet]. 2019;35(1):27-31. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852019000100004>

8. Soriano-Blanco MI, Martínez-Beneyto Y, Serna-Muñoz C, Pérez-Silva A, Albert-Cifuentes A, Ortiz-Ruiz AJ. Impacto de la distracción audiovisual en el tratamiento restaurador atraumático en niños: estudio piloto. Odontolol Pediátr [Internet]. 2019;27(3):179-131. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2019/07/03_OR_342_Soriano.pdf

9. Quenta LK. Manejo conductual no farmacológico en odontopediatría [Internet] [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Odontopediatría]. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2024. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/3751>

10. Paredes-Jinez AS, Chango-Sisalema ZS, Vallejo-Angulo JD, Pérez-Villalba LD. Ansiedad y odontofobia, factores psicológicos incidentes en la salud oral de los niños. Sanitas Rev Arbitr Cienc Salud [Internet]. 2024;3:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.62574/3d03td62>

11. Zurita JC. Estrategias clínicas para el manejo del miedo y la ansiedad en la consulta Odontopediatría. Rev Científica Multidiscip. 2025;6(1):5790-807.

12. Bagher SM, Felemban OM, Alandijani AA, Tashkandi MM, Bhadila GY, Bagher AM. The effect of virtual reality distraction on anxiety level during dental treatment among anxious pediatric patients: a randomized clinical trial. J Clin Pediatr Dent [Internet]. 2023;47(4):63-71. Disponible en: <https://doi.org/10.22514/jocpd.2023.036>

13. Cáceres SV, Trigos VI, Carmona LE. Gafas de realidad virtual como ayuda de distracción y disminución de la ansiedad en niña de 7 años que se somete a procedimiento de extracción dental. Reporte de caso. *Rev Científica Odontológica* [Internet]. 2023;11(1):e146. Disponible en: <https://doi.org/10.21142/2523-2754-1101-2023-146>
14. Cisneros S, Marialba V, Jerez EL. Técnicas alternativas para el manejo del paciente en Odontopediatría. *Conducta Científica* [Internet]. 2023;6(2):48-55. Disponible en: <https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/293>
15. Yan X, Yan Y, Cao M, Xie W, O'Connor S, Lee JJ, et al. Effectiveness of virtual reality distraction interventions to reduce dental anxiety in paediatric patients: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* [Internet]. 2023;132:104455. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/36842625>
16. Du Q, Ma X, Wang S, Zhou S, Luo C, Tian K, et al. A digital intervention using virtual reality helmets to reduce dental anxiety of children under local anesthesia and primary teeth extraction: A randomized clinical trial. *Brain Behav* [Internet]. 2022;12(6):e2600. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/brb3.2600>
17. Bartolomé B, Méndez M, Vilar C, Arrieta JJ. Técnicas alternativas del manejo de la conducta en odontopediatría. *Rev Odontopediatría Latinoam* [Internet]. 2021;11(1):e420169. Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v11i1.217>
18. Alvarez YY. Distracción audiovisual para el manejo de conducta durante el tratamiento odontológico en niños de 4 a 7 años Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2022 [Internet] [Tesis para optar al Título Profesional de Cirujano Dentista]. [Huánuco]: Universidad de Huánuco; 2023. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/4553>

19. Enriquez R. Efecto de las técnicas audiovisual y auditiva en el manejo conductual durante la aplicación de la anestesia local en pacientes pediátricos del Consultorio Odontológico del Niño y Adolescente Puno 2021 [Internet] [Tesis para Optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud]. [Puno]: Universidad Nacional del Antiplano; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/18526?show=full>
20. Urpi L. La musicoterapia y sus efectos en la ansiedad en niños de 5 a 12 años que acuden a la Clínica Odontológica Privada Urpi Andahuaylas 2022 [Internet] [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. [Lima]: Universidad Alas Peruanas; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/11548>
21. Alarco-Cadillo L, Casas L, Reyes M, Ramírez MC. 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 Odontopediatría Latinoam [Internet]. 2021;7(1):16-24. Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v7i1.127>
22. Escobar MA. Efecto de los lentes audiovisuales en el manejo de la ansiedad en niños de 5 a 8 años de edad en la clínica Estomatológica Pediátrica [Internet] [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. [Lima]: Universidad Alas Peruanas; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/5257>
23. Ramos LA, Otero MA, Casas-Apayco L, Cuadros CM. Eficacia de la musicoterapia para reducir la ansiedad dental en niños con discapacidad. Rev Odontopediatría Latinoam [Internet]. 2021;11(1):12. Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v11i1.207>

24. Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. Av En Odontostomatol [Internet]. 2014;30(1):39-46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852014000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Calderón AM, Collantes JE, Vallejo LA. Técnica no farmacológica en manejo conductual en odontopediatría, musicoterapia. Revisión bibliográfica. Dominio Las Cienc [Internet]. 2023;9(2):1410-8. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3352>
26. Pisano M, Bramanti A, De Benedetto G, Carreras-Presas CM, Di Spirito F. The Use of Audiovisual Distraction Tools in the Dental Setting for Pediatric Subjects with Special Healthcare Needs: A Review and Proposal of a Multi-Session Model for Behavioral Management. Children [Internet]. 2024;11(9):1077. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/children11091077>
27. Ponce Y. Técnica de distracción audiovisual en el manejo de la ansiedad en pacientes de 5 a 8 años. Clínica estomatológica. Universidad Alas Peruanas. Arequipa 2018 [Internet] [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. [Arequipa]: Universidad Alas Peruanas; 2018. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/8204>
28. Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es>. 2023. Teoría del «gate control». Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/teoria-gate-control>
29. Rojas SV, Díaz AJ, Oblitas L, Alayza G. Influencia de la técnica de distracción audiovisual en el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán - 2016. Rev Científica Salud Vida

Sipanense [Internet]. 2017;4(2):28-33. Disponible en:
<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/699>

30. Ramos K, Alfaro LM, Madera MV, González F. Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica de la Universidad de Cartagena. Rev Odontológica Mex [Internet]. 2018;22(1):8-14. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2018000100008

31. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry [Internet]. 3.^a ed. 2024;358-78. Disponible en:
https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf

32. Condori DL. Asociación del grado de ansiedad en el tratamiento odontológico y la conducta en alumnos de la Institución Educativa Primaria N.º 70035 Bellavista, Puno-2023 [Internet] [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. [Huancayo]: Universidad Continental; 2024. Disponible en:
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/15090>

33. Ceodont. Técnicas de manejo de la conducta en odontopediatría [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ceodont.com/manejo-de-la-conducta-en-odontopediatria/>

34. Rodríguez C. Miedo y ansiedad en la clínica dental. NPunto [Internet]. 2025;8(88):4-36. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/688a049e5f641art1.pdf>

35. Bartolomé B, Torres L, Méndez M. Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. Cient Dent [Internet]. 2019;16(1):59-66. Disponible en:

<https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol16num1/FactoresAnsiedadInfantil.pdf>

36. Sánchez AA. Manejo de conducta de los niños durante la atención dental. Rev Salud Vida Sipanense [Internet]. 2020;7(1):69-80. Disponible en: <https://doi.org/10.26495/svs.v7i1.1293>

37. García CB, Moscoso ME, González F, Leyda AM, Segarra C. Influencia del patrón de crianza parental sobre el comportamiento del paciente pediátrico en la clínica dental: estudio piloto. Rev Odontopediatría Latinoam [Internet]. 2022;12:e212341. Disponible en: <https://doi.org/10.47990/alop.v12i1.341>

38. Argüello-Ramos ED, Pillco-Chicaiza JG, Pancho-Chavarrea TL. Tipos de comportamiento según la escala de Frankl presentados en pacientes odontológicos. Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida [Internet]. 2022;6(1):513. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8966432>

39. Granda RNC. Valoración de la conducta según escala de Frankl en niños de 6 a 12 años en relación a procedimientos odontopediátricos atendidos en la Clínica Docente Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Agosto-Diciembre 2017 [Internet] [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista]. [Lima]: Universidad Alas Peruanas; 2018. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/6762>

40. Hidalgo AS, Halim YA, Inguilan MF, Erazo JE. Evaluación del Comportamiento del infante según la escala de Frankl en la Clínica Odontológica de la Universidad Cooperativa campus Pasto [Internet]. [San Juan de Pasto]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2023. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/709bf7e3-d55f-4eb7-955e-bc4cf0af8bd2>

41. Marcos E. Conoce la escala de Frank la herramienta secreta de profesionales [Internet]. 2022. Disponible en: <https://dentalevamarcos.com/escala-de-frankl-herramienta-secreta-de-profesionales/>
42. Encarnación KM. Tipos de conducta mas frecuentes según frankl y manejo de conducta mas utilizados en pacientes atendidos en clínicas de integral de niños y adolescentes de la UICUI [Internet] [Tesis para obtener el Grado de cirujano Dentista]. [Ixtlahuaca]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2025. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/f474c6c6-3fc0-4152-b822-e0f40d149717/content>
43. Tu Salud Guía. Escala de Frankl del comportamiento [Internet]. Tu Salud Guía. 2023. Disponible en: <https://tusaludguia.com/escala-de-frankl-del-comportamiento/>
44. Narayan VK, Samuel SR. Appropriateness of various behavior rating scales used in pediatric dentistry: A Review. J Glob Oral Health [Internet]. 2020;2:112-7. Disponible en: https://doi.org/10.25259/JGOH_64_2019
45. Quiroz J, Melgar RA. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Rev Estomatológica Hered [Internet]. 2014;22(2):129. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/137>
46. Díaz AJ. Influencia de la técnica de distracción audiovisual en el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán – 2016 [Internet] [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. [Pimentel]: Universidad Señor de Sipán; 2016. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4087>

47. Cuya RA, Campos KJ. Técnicas de distracción utilizadas en Odontopediatría para la atención de niños de 5 a 10 años. Revisión de la literatura. Revisión Lit Odontol Pediatr [Internet]. 2023;22(1):48-57. Disponible en: <https://doi.org/10.33738/spo.v22i1.238>
48. Medina D. Efectividad de la aplicación de la técnica de distracción audiovisual en el nivel de ansiedad durante la atención dental en niños de 7 a 9 años que acuden al Centro de Salud San Francisco, Tacna - 2024 [Internet] [Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista]. [Tacna]: Universidad Latinoamericana Cima; 2024. Disponible en: http://repositorio.ulc.edu.pe/bitstream/handle/ULC/334/T134_75211381_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Oliveira MDF, Stein CE, Leber FC, Keske WR. Evaluation of Child Anxiety Prior to Dental Care by Means of Modified Venham Picture Test, RMS Pictorial Scale and Facial Image Scale Tests. *Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada* [Internet]. 2020;20:e5068. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.052>
50. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2002;12(1):47-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.0960-7439.2001.00322.x>
51. Tyagi R, Sharma A. Behavior Assessment of Children in Dental Settings: A Retrospective Study. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2011;4(1):35-9. Disponible en: <https://www.ijcpd.com/doi/10.5005/jp-journals-10005-1078>
52. Marcano AA, Figueredo AM, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Rev Odontopediatría Latinoam* [Internet]. 2012;2(2):65-71. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/65>

53. Vassallo C. La psicología conductual y su influencia en la educación [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.unobravo.com/es/blog/conductismo>
54. Salvador IR. La teoría del reforzamiento de B. F. Skinner [Internet]. 2018. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-reforzamiento-skinner>
55. Ramdhanie GG, Nurrohmah A, Mulya AP, Mediani HS, Sumarni N, Mulyana AM, et al. A Scoping Review of Audiovisual Distraction Techniques Among Children in Reducing Invasive Procedure Pain. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2024;17:4363-72. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S479107>
56. Oktay S, Söğütlüler T, Avcil S, Akçanal Şeker C, Öner H, Öztürk H, et al. Using audiovisual intervention to reduce anxiety and improve image quality in pediatric magnetic resonance imaging. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2025;55(8):1582-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00247-025-06276-5>
57. Hidalgo F. El sistema límbico y cómo influye en las emociones [Internet]. 2025. Disponible en: <https://avanzapsicologos.com/blog/sistema-limbico/>
58. La Touche R, Paris-Aleman A, Guerra-Armas J. Sesgos atencionales y estrategias de distracción: implicaciones para la comprensión y tratamiento del dolor. *J MOVE Ther Sci* [Internet]. 2023;5(2):1-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9273017>
59. Khattak O, Ganji KK, Iqbal A, Alonazi M, Algarni H, Alsharari T. Educational Videos as an Adjunct Learning Tool in Pre-Clinical Operative Dentistry—A Randomized Control Trial. *Healthcare* [Internet]. 2022;10(2):178. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020178>

60. De Menezes Abreu DM, Leal SC, Mulder J, FRENCKEN JE. Dental anxiety in 6–7-year-old children treated in accordance with conventional restorative treatment, ART and ultra-conservative treatment protocols. *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2011;69(6):410-6. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00016357.2011.572561>
61. Wilson KE, Welbury RR, Girdler NM. A study of the effectiveness of oral midazolam sedation for orthodontic extraction of permanent teeth in children: a prospective, randomised, controlled, crossover trial. *Br Dent J* [Internet]. 2002;192(8):457-62. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/4801400>
62. Ñaupas H, Mejía E, Trujillo I, Romero H, Medina W, Novoa E. Metodología de la investigación total: cuantitativa, cualitativa y redacción de tesis [Internet]. Sexta edición. Bogotá: Ediciones de la U; 2023. Disponible en: https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9789587924664_A47035222/preview-9789587924664_A47035222.pdf
63. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta [Internet]. Segunda edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2023. 784 p. Disponible en: https://www.sancristoballibros.com/libro/metodologia-de-la-investigacion-las-rutas-cuantitativa-cualitativa-mixta_93340
64. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para realizar un proyecto de tesis [Internet]. Primera edición digital. Puno, Perú: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C.; 2022. 164 p. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/inudi.b.016>
65. Guerrero G, Guerreo C. Metodología de la investigación. Grupo Editorial Patria; 2020. 95 p.

66. Angarita R. Muestreo estadístico: métodos básicos [Internet]. Programa Editorial Universidad del Valle. Programa Editorial Universidad del Valle; 2024. Disponible en: <https://libros.univalle.edu.co/index.php/programaeditorial/catalog/book/996>
67. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2002;12(1):47-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11853248/>
68. Faazila F, Jeevanandan G. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. *Drug Invent Today* [Internet]. 2018;10(1):2824-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328335539_Validation_of_a_facial_image_scale_to_assess_child_dental_anxiety
69. Heima M, Stehli K. Reliability and Validity of the Dental Anxiety Question Used With Children. *Anesth Prog* [Internet]. 2022;69(3):13-9. Disponible en: <https://anesthesiaprogess.kglmeridian.com/view/journals/anpr/69/3/article-p13.xml>
70. Rau G, Yu-Shan S. Evaluation of Cohen's kappa and other measures of inter-rater agreement for genre analysis and other nominal data. *J Engl Acad Purp* [Internet]. 2021;53:101026. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1475158521000709>
71. Mundial A. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2024;1-7. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-helsinki-amm-principios-eticos-para-investigaciones-medicas-seres-humanos>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Diseño metodológico |
|--|--|--|--|---|
| Problema general | Objetivo general | | | Tipo de investigación: Aplicada, cuantitativa, prospectiva y longitudinal de corto plazo. |
| ¿Cuál es la efectividad de la distracción audiovisual en el manejo de la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica en una Clínica de Lima durante el año 2025? | Evaluar la efectividad de la distracción audiovisual en el manejo de la ansiedad y la conducta del niño durante la atención odontológica en una Clínica de Lima durante el año 2025. | Hipótesis general Ho: La técnica de distracción audiovisual no tiene un efecto significativo en la reducción de la ansiedad ni en la mejora de la conducta del niño durante la atención odontológica en una clínica de Lima, 2025. Ha: La técnica de distracción audiovisual tiene un efecto significativo en la reducción de la ansiedad y en la mejora de la conducta del niño durante la atención odontológica en una clínica de Lima, 2025. | Variable independiente: Distracción audiovisual. Variables dependientes: • Nivel de ansiedad. • Conducta del niño durante la atención odontológica. Indicadores (ansiedad – FIS) -Puntaje FIS pre intervención. -Puntaje FIS post intervención. Indicadores (conducta – Frankl) -Categoría Frankl (F1–F4) durante la atención odontológica. | Método y diseño de investigación: Cuasi experimental con grupo control, con mediciones pre y post intervención (ansiedad) y evaluación comparativa entre grupos durante la atención (conducta). Población y muestra: • Población: 134 niños de 6 a 12 años atendidos en el servicio odontopediátrico de la Clínica Dental Villa Dent, Los Olivos – Lima, durante el año 2025. • Muestra: 100 niños seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple (50 grupo experimental y 50 grupo control). |
| Problemas específicos | Objetivos específicos | | | |
| ¿Cuál es el nivel de ansiedad que presentan los niños antes y después de la aplicación de la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica en una clínica de Lima durante el año 2025? | Medir el nivel de ansiedad que presentan los niños antes y después de aplicar la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica en una Clínica de Lima durante el año 2025. | | | |
| ¿Cómo se manifiesta la conducta de los niños antes y después de la aplicación de la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica en una clínica de Lima durante el año 2025? | Describir la conducta de los niños antes y después de aplicar la técnica de distracción audiovisual durante la atención odontológica en una Clínica de Lima durante el año 2025. | | | |

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

Título del estudio:

Distracción audiovisual y manejo de la ansiedad y conducta del niño durante la atención odontológica en una clínica de Lima, 2025.

Datos generales del paciente






- **Código de participante:** _____
- **Edad:** _____ años
- **Sexo:** Masculino Femenino
- **Fecha de atención:** ____ / ____ / 2025
- **Tipo de procedimiento odontológico:** _____
- **Grupo asignado:** Experimental (con distracción audiovisual) Control (sin intervención).

1. Evaluación del nivel de ansiedad (*Facial Image Scale – FIS*)

Momento de aplicación:

- Antes del tratamiento
- Después del tratamiento

Indicación. - El niño selecciona una de las siguientes caras que representa cómo se siente:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Imagen: | | | | |
|  |  |  |  |  |
| Muy triste (ansiedad severa) | Triste (ansiedad alta) | Neutro (ansiedad moderada) | Feliz (ansiedad leve) | Muy feliz (Sin ansiedad) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Resultado antes: Código seleccionado: _____

Resultado después: Código seleccionado: _____

2. Evaluación de conducta (*Frankl Behavior Rating Scale*)

Momento de observación: Durante el tratamiento odontológico

| Categoría | Descripción | Código |
|------------------|--|---------------|
| F1 | Definitivamente negativa (llanto, rechazo total) | 1 |
| F2 | Negativa (resistencia leve, desconfianza) | 2 |
| F3 | Positiva (aceptación parcial, cooperación moderada) | 3 |
| F4 | Definitivamente positiva (cooperación activa, confianza) | 4 |

Resultado observado: Código: _____

Los datos registrados en esta ficha son confidenciales y serán utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, en el marco del proyecto de tesis aprobado por el comité institucional. La participación de los pacientes es voluntaria y cuenta con el consentimiento informado de sus padres o tutores legales, conforme a las normas éticas vigentes.

Anexo 3. Validación de instrumento

Universidad
Norbert Wiener

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: MG. VILLACORTA MOLINA, MARIELA
 1.2 Cargo e Institución donde labora: DOCENTE P.C. UNIVERSIDAD WIENER
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de registro de datos.
 1.4 Título de la Investigación: DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA CLÍNICA DE LIMA, 2025.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

| | CRITERIOS | Deficiente 1 | Baja 2 | Regular 3 | Buena 4 | Muy buena 5 |
|---|---|-----------------|-----------|--------------|------------|----------------|
| 1. CLARIDAD | Está formulado con lenguaje apropiado. | | | | | ✓ |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | | ✓ |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y tecnología | | | | | ✓ |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica. | | | | | ✓ |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems. | | | | | ✓ |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas. | | | | | ✓ |
| 7. CONSISTENCIA | Alineado a los objetivos de la investigación y metodología. | | | | | ✓ |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores y las dimensiones. | | | | | ✓ |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del estudio | | | | | ✓ |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento es adecuado al tipo de investigación. | | | | | ✓ |
| CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) | | | | | | |
| | | A | B | C | D | E |


Coeficiente de Validez = $\frac{(1x A) + (2x B) + (3x C) + (4x D) + (5x E)}{50} = \frac{17}{50}$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

| Categoría | Intervalo |
|-------------|---------------|
| Desaprobado | [0,00 – 0,60] |
| Observado | <0,60 – 0,70] |
| Aprobado | <0,70 – 1,00] |

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

Lima, 13 de 11. del 2025.

Firma y sello

 M.S. CD. Mariela A. Villacorta Molina
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 13354

7

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Lopez Villacorta Martha Yanett*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Docente tiempo parcial*
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: *Ficha de registro de datos.*
 1.4 Título de la Investigación: *DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA CLÍNICA DE LIMA, 2025.*

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

| | CRITERIOS | Deficiente 1 | Baja 2 | Regular 3 | Buena 4 | Muy buena 5 |
|--|---|-----------------|-----------|--------------|------------|----------------|
| 1. CLARIDAD | Está formulado con lenguaje apropiado. | | | | | / |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | | / |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y tecnología | | | | | / |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica. | | | | | / |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems. | | | | | / |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas. | | | | | / |
| 7. CONSISTENCIA | Alineado a los objetivos de la investigación y metodología. | | | | | / |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores y las dimensiones. | | | | | / |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del estudio | | | | | / |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento es adecuado al tipo de Investigación. | | | | | / |
| CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) | | | | | | |
| | | A | B | C | D | E |

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{1}{1}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

| Categoría | Intervalo |
|-------------|---------------|
| Desaprobado | [0,00 – 0,60] |
| Observado | <0,60 – 0,70] |
| Aprobado | <0,70 – 1,00] |

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

Lima, ___ de ___ del 2025.

[Firma]
 Mjg. Esp. CD. Martha Y. Lopez Villacorta
 COP. 15309
 RENTAS
 Firma y sello

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Quiroga Alva, Carlos Roxie*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Docente - Universidad Nacional Wariwar*
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de registro de datos.
 1.4 Título de la Investigación: DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA CLÍNICA DE LIMA, 2025.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

| | CRITERIOS | Deficiente I | Baja 2 | Regular 3 | Buena 4 | Muy buena 5 |
|---|--|-----------------|-----------|--------------|------------|----------------|
| 1. CLARIDAD | Está formulado con lenguaje apropiado. | | | | | ✓ |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | | ✓ |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y tecnología | | | | | ✓ |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica. | | | | | ✓ |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems. | | | | | ✓ |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas. | | | | | ✓ |
| 7. CONSISTENCIA | Alineado a los objetivos de la investigación y metodología. | | | | | ✓ |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores y las dimensiones. | | | | | ✓ |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del estudio | | | | | ✓ |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento es adecuado al tipo de Investigación. | | | | | ✓ |
| CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala) | | | | | | |
| | | A | B | C | D | E |

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x\text{A}) + (2x\text{B}) + (3x\text{C}) + (4x\text{D}) + (5x\text{E})}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

| Categoría | Intervalo |
|-------------|---------------|
| Desaprobado | [0,00 – 0,60] |
| Observado | <0,60 – 0,70] |
| Aprobado | <0,70 – 1,00] |

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 13 de 11 del 2025.

Carlos Quiroga Alva
 Docente
 C. P. 2025
 Firma y sello

Anexo 4. Confiabilidad del instrumento

Pilotaje

| Niño | FIS_Obs1 | FIS_Obs2 | Frankl_Obs1 | Frankl_Obs2 |
|------|----------|----------|-------------|-------------|
| 1 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 2 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 3 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| 4 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 6 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 7 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| 8 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| 9 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 10 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 11 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| 12 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 13 | 4 | 5 | 3 | 4 |
| 14 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 15 | 4 | 4 | 3 | 3 |

Tabla 5. Valoración del Índice de Kappa

| Valor de Kappa (κ) | Interpretación |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| < 0.00 | Ningún acuerdo / Peor que el azar |
| 0.00 – 0.20 | Acuerdo leve |
| 0.21 – 0.40 | Acuerdo débil |
| 0.41 – 0.60 | Acuerdo moderado |
| 0.61 – 0.80 | Acuerdo sustancial (bueno) |
| 0.81 – 1.00 | Acuerdo casi perfecto / excelente |

Nota. Tomado de Rau y Yu-Shan (70) en 2021.

Tabla 6. Confiabilidad interobservador de la Escala Facial de Ansiedad (FIS) y de la Escala de Comportamiento de Frankl

| Estadístico | Escala Facial de Ansiedad (FIS) | Escala de Comportamiento de Frankl |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Número de casos evaluados | 15 | 15 |
| Número de observadores | 2 | 2 |
| Categorías de la escala | 4 | 4 |
| Acuerdo global (%) | 93.33% | 93.33% |
| Coefficiente Kappa de Cohen | 0.911 | 0.903 |
| Error estándar | 0.149 | 0.164 |
| IC 95% (Límite inferior) | 0.619 | 0.58 |
| IC 95% (Límite superior) | 1.203 | 1.225 |
| z-value | 6.117 | 5.49 |
| p-value | < .001 | < .001 |
| Interpretación | Casi perfecta | Casi perfecta |

Anexo 5. Constancia de aprobación del Comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 25 de noviembre del 2025.

Autor Responsable:

GISLAYNNE ANTUANNET HOLYOAK MAYTA

Exp. N°: 3026-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA CLÍNICA DE LIMA"**

Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 25/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

GISLAYNNE ANTUANNET HOLYOAK MAYTA

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener



CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

Yo, HUGO VILLAFANE TORRE, identificado(a) con D.N.I. N° 10534421, en mi calidad de Gerente General de la empresa VILLADENT SRL con R.U.C. N° 20514864129, ubicado en JR. HONRADEZ N 653-URB. PRO LOS OLIVOS, distrito de LOS OLIVOS, provincia y departamento de Lima.

Otorgo la AUTORIZACIÓN, a la Srta. Gislaynne Antuannet Holyoak Mayta, identificada con D.N.I. N° 46596647, de la Facultad de Ciencias de la Salud del Programa Académico de odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A, para que ejecute su investigación titulada "DISTRACCION AUDIO VISUAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCION ODONTOLOGICA EN UNA CLINICA DE LIMA", dentro de las instalaciones o utilice la información de nuestra empresa VILLADENT SRL con Ruc 20514864129

Asimismo, autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, contribuyendo con la comunidad educativa.

Finalmente, respecto al uso del nombre y/o cualquier distintivo de la empresa VILLADENT SRL se determina:


Mantener en RESERVA el nombre y/o información sensible y/o cualquier distintivo de la empresa VILLADENT SRL

Autorizo mencionar el nombre y/o información y/o cualquier distintivo de la empresa VILLADENT SRL

Lima , 30 de noviembre del 2025


 HUGO VILLAFANE TORRE
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 1053
 VILLADENT SRL
 D.N.I.10534421

Anexo 6. Informe de asesoría

| | | | |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------------------|
|  Universidad Norbert Wiener | INFORME DEL ASESOR | | |
| | CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-014 | VERSIÓN: 02 REVISIÓN: 02 | FECHA: 13/05/2020 |

Lima, 29 de diciembre del 2025

Mg. Tessie Lorena Loli Tovar
Jefa de Grados y Títulos
Universidad Privada Norbert Wiener
Presente.-

De mi especial consideración:

Es grato expresarle un cordial saludo y como asesora de tesis titulada: **“DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA CLÍNICA DE LIMA”** desarrollado por la egresada Gislaynne Antuannet Holyoak Mayta; para la obtención del Título Profesional de Cirujano dentista; ha sido concluida satisfactoriamente.

Al respecto informo que se lograron los siguientes objetivos:

- Orientar la investigación para lograr los objetivos de la misma.
- Revisar el informe final en sus resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Aprobar la tesis para su sustentación.

Atentamente,







Firma de la asesora
Ds. Esp. Anita Kori Aguirre Morales

Anexo 8. Evidencia fotográfica



PACIENTE N. 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

| III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO | | |
|---|--|---|
| Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario. | | |
|  FIRMA DEL PARTICIPANTE Nombre del Participante: <i>Hilda Mayta Díez</i> DNI/Carné de Extranjería/Otros: <i>073 31034</i> |  HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i> | <i>16 / 12 / 2025</i> FECHA (dd/mm/aaaa) |
|  FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE Nombre del Autor Responsable: <i>Gislayne Antwannef Holyoak Mayta</i> DNI: <i>46596647</i> |  HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i> | <i>16 / 12 / 2025</i> FECHA (dd/mm/aaaa) |
| FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN <i>(en caso corresponda)</i> Nombre del Integrante del equipo de investigación: DNI/Carné de Extranjería/Otros: | HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i> | / / 202 FECHA (dd/mm/aaaa) |
| FIRMA DEL TESTIGO/REPRESENTANTE LEGAL <i>(en caso corresponda)</i> Nombre del Testigo o Representante Legal: DNI/Carné de Extranjería/Otros: | HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i> | / / 202 FECHA (dd/mm/aaaa) |
| NOTA: - La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir. - Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento. | | |

ASENTIMIENTO INFORMADO

| FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO <i>(Para trabajos de investigación cuyo objeto de estudio involucren menores de edad)</i> | | |
|--|--|---|
| Título del Proyecto de Investigación: DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA CLÍNICA DE LIMA, 2025. | | |
| Autor Responsable: Gislayne Antuannet Holyoak Mayta. | | |
| Autor 2 <i>(Opcional para casos de estudiantes/bachilleres/egresados):</i> - | | |
| Universidad /Institución: Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW) | | |
| I. PROPÓSITO DEL ESTUDIO | | |
| Queremos saber si ver videos divertidos mientras estás en el sillón del dentista puede ayudarte a sentirte más tranquilo/a y portarte mejor durante tu atención. Para eso, te vamos a mostrar un video infantil mientras el dentista te atiende, y antes y después te pediremos que señales cómo te sientes usando caritas y observaremos cómo te comportas. No tienes que responder preguntas ni hacer nada difícil, solo ver el video y dejar que te atiendan como siempre. Tu participación nos ayudará a mejorar la forma en que los niños son atendidos en el consultorio dental. | | |
| II. INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA TI | | |
| 2.1 | Aunque tus padres o tutores hayan dado su permiso para que participes, la decisión final es tuya. Si no quieres participar, puedes decir que no, y está bien. | |
| 2.2 | Si decides participar, pero en algún momento ya no quieres continuar, puedes dejarlo sin ningún problema. | |
| 2.3 | Si alguna pregunta o actividad te hace sentir incomodo(a) y no quieres responderla, no tienes que hacerlo. | |
| 2.4 | Toda la información que nos proporciones será confidencial. Esto significa que nadie fuera del equipo de investigación conocerá tus respuestas o resultados. Usaremos estos datos únicamente para aprender más sobre cómo ayudar a que los niños se sientan más tranquilos y se porten mejor cuando van al dentista. | |
| III. ¿Quieres participar? | | |
| Si aceptas participar, por favor marca (X) la casilla que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si no deseas participar, marca (X) "No quiero participar". | | |
| <input type="checkbox"/> Sí quiero participar <input type="checkbox"/> No quiero participar | | |
| Escribe tu nombre: _____ | | |
| | | ____/____/202____ FECHA (dd/mm/aaaa) |
| FIRMA DEL PARTICIPANTE <i>(opcional)</i> Nombre del Participante: DNI/Carné de Extranjería/Otros: | | HUELLA DACTILAR <i>(opcional)</i> |
| | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| | | ___/___/202__ FECHA (dd/mm/aaaa) |
| FIRMA DEL TESTIGO/REPRESENTANTE LEGAL (en caso corresponda) <i>Nombre del testigo o representante legal: DNI/Carné de Extranjería/Otros:</i> | HUELLA DACTILAR (opcional) | |
|   | | 04/11/ 2025. FECHA (dd/mm/aaaa) |
| FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE <i>Nombre del Autor Responsable: Gislaynne Antuannet Holyoak Mayta. DNI: 46596647</i> | HUELLA DACTILAR (opcional) | |
| | | ___/___/202__ FECHA (dd/mm/aaaa) |
| FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (opcional) <i>Nombre del Integrante del equipo de investigación: DNI/Carné de Extranjería/Otros:</i> | HUELLA DACTILAR (opcional) | |
| NOTA: - Si otra persona del equipo de investigación es asignada para aplicar este asentimiento informado deberá adicionar sus datos personales y firmar en este documento, caso contrario dejar en blanco. | | |

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: CURACION

63

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Título del estudio:

Distracción audiovisual y manejo de la ansiedad y conducta del niño durante la atención odontológica en una clínica de Lima, 2025.

Datos generales del paciente

- Código de participante: 001
- Edad: 8 años
- Sexo: Masculino Femenino
- Fecha de atención: 16/12/2025
- Tipo de procedimiento odontológico: Curación simple
- Grupo asignado: Experimental (con distracción audiovisual) Control (sin intervención).

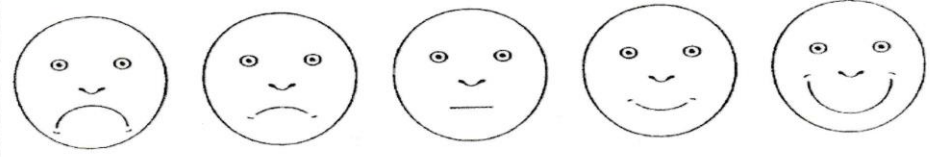
1. Evaluación del nivel de ansiedad (Facial Image Scale – FIS)

Momento de aplicación:

- Antes del tratamiento
 Después del tratamiento

Indicación. - El niño selecciona una de las siguientes caras que representa cómo se siente:

Imagen:



| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Muy triste (ansiedad severa) | Triste (ansiedad alta) | Neutro (ansiedad moderada) | Feliz (ansiedad leve) | Muy feliz (ansiedad severa) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Resultado antes: Código seleccionado: 3

Resultado después: Código seleccionado: 4

2. Evaluación de conducta (Frankl Behavior Rating Scale)

Momento de observación: Durante el tratamiento odontológico

| Categoría | Descripción | Código |
|-----------|--|--------|
| F1 | Definitivamente negativa (llanto, rechazo total) | 1 |
| F2 | Negativa (resistencia leve, desconfianza) | 2 |
| F3 | Positiva (aceptación parcial, cooperación moderada) | 3 |
| F4 | Definitivamente positiva (cooperación activa, confianza) | 4 |

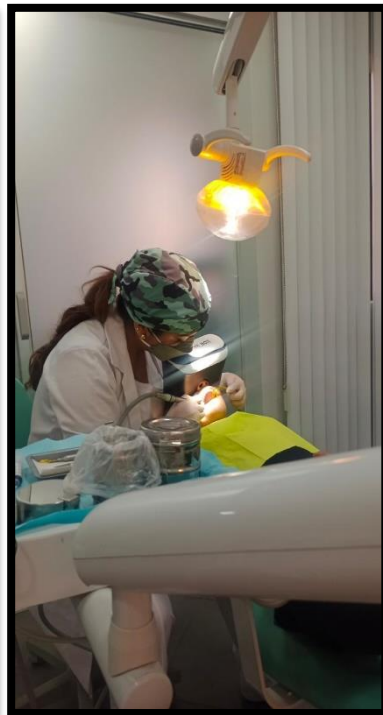
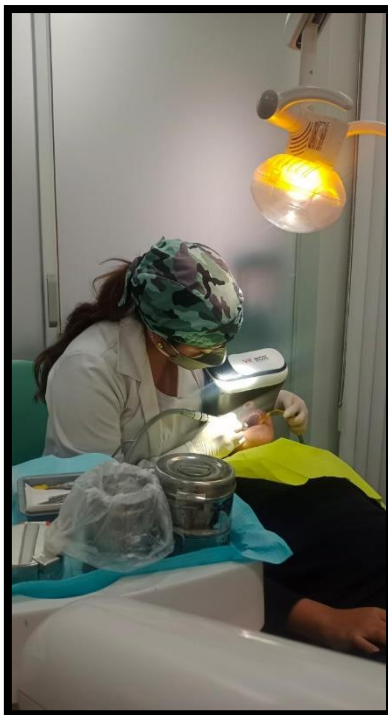
Resultado observado: Código: 3

Los datos registrados en esta ficha son confidenciales y serán utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, en el marco del proyecto de tesis aprobado por el comité institucional. La participación de los pacientes es voluntaria y cuenta con el consentimiento informado de sus padres o tutores legales, conforme a las normas éticas vigentes.

ANTES DEL TRATAMIENTO:



DESPUES DEL TRATAMIENTO:






11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

| | | | |
|----|---------------------|--|-----|
| 1 | Internet | repositorio.uwiener.edu.pe | 2% |
| 2 | Publicación | Enriquez Quispe, Ronald. "Efecto de las técnicas audiovisual y auditiva en el mane..." | <1% |
| 3 | Internet | repositorio.uap.edu.pe | <1% |
| 4 | Internet | repositorio.udh.edu.pe | <1% |
| 5 | Trabajos entregados | Universidad Autónoma de Nuevo León on 2025-07-11 | <1% |
| 6 | Trabajos entregados | Universidad Continental on 2023-04-13 | <1% |
| 7 | Internet | doaj.org | <1% |
| 8 | Trabajos entregados | Universidad Wiener on 2026-01-31 | <1% |
| 9 | Trabajos entregados | Universidad Wiener on 2026-01-05 | <1% |
| 10 | Trabajos entregados | Universidad Nacional de Frontera on 2025-12-02 | <1% |
| 11 | Internet | alicia.concytec.gob.pe | <1% |