

**REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



ESCUELA DE ODONTOLOGÍA POSTGRADO

TÍTULO DEL ESTUDIO:

**“PERCEPCIÓN DE LOS PADRES RESPECTO A DIFERENTES TÉCNICAS DE
MANEJO DE CONDUCTA EN EL ÁREA DE POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA
UNIBE”**

ESTUDIANTE:

Irandy Almonte Durán

Los conceptos emitidos en el presente trabajo final son de la exclusiva responsabilidad de la estudiante.

DOCENTE TITULAR:

Dra. Julissa Mercedes Gómez Fernández

DOCENTE ESPECIALIZADO:

Dra. Judith Carmelina De Herrera

SANTO DOMINGO, REP. DOM.

AGOSTO, 2023

**“PERCEPCIÓN DE LOS PADRES RESPECTO A DIFERENTES TÉCNICAS DE
MANEJO DE CONDUCTA EN EL ÁREA DE POSTGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA
UNIBE”**

DEDICATORIAS

Trabajo dedicado a mi amada familia, esposo y apreciados maestros,

Hoy, al finalizar este emocionante viaje que ha sido la elaboración de mi tesis, quiero tomar un momento para expresar mi más profundo agradecimiento a cada uno de ustedes.

A mi querido esposo Emilio Santelises: tu paciencia, comprensión y apoyo incondicional han sido mi mayor motivación. Tus palabras de aliento y tu confianza en mí me han impulsado a superar obstáculos y a seguir adelante, incluso cuando las dificultades parecían insuperables.

A mi amada familia en Santo Domingo, Aracelis Santelises, Joselito Hernández y Vanessa Hernández, su constante amor y respaldo han sido mi refugio en momentos de agotamiento y duda. Siempre he sentido su apoyo incondicional y su alegría genuina por cada uno de mis logros, grandes y pequeños.

A mis respetados maestros, su guía experta y su dedicación a la educación han sido esenciales en mi trayectoria académica. Sus enseñanzas han nutrido mi mente y me han brindado la confianza para abordar este desafío académico con determinación y curiosidad.

A mis compañeras de maestría, María Lora, Melive Comprés, Ekaterina Fernández y Carol Orozco, les agradezco su compañerismo y apoyo a lo largo de este camino. Nuestro intercambio de ideas y experiencias enriqueció mi proceso de aprendizaje y contribuyó a mi crecimiento personal y académico.

Este trabajo final de tesis no solo representa el culmen de años de esfuerzo, investigación y aprendizaje, sino también el fruto de las semillas que cada uno de ustedes ha plantado en mi vida. Cada conversación, cada consejo y cada gesto de aliento han contribuido a mi crecimiento y éxito.

En este momento de celebración, quiero honrar a cada uno de ustedes por ser parte integral del presente logro. Mi familia, mi esposo y mis maestros, con su influencia y apoyo han sido cruciales en este camino. Mi gratitud hacia ustedes es inmensa y duradera.

Con profundo agradecimiento,

Dra. Irandy Almonte Durán

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Iberoamericana (Unibe) quiero expresarle mi más profundo agradecimiento por brindarme la oportunidad de formarme y crecer académicamente en su prestigiosa institución. Mi experiencia en la Universidad Unibe ha sido excepcional y enriquecedora en todos los sentidos. A lo largo de mi recorrido, he sido testigo de la dedicación de la universidad hacia la excelencia académica y el desarrollo integral de sus estudiantes.

Agradezco de corazón a todos los profesores y profesoras que compartieron sus conocimientos y experiencias conmigo, inspirándome a aprender y a crecer en cada asignatura. En especial, quiero extender mi gratitud a mi asesora de contenido, Dra. Judith Carmelina de Herrera. Su guía experta y su compromiso con mi crecimiento académico han sido invaluableles. Gracias por su paciencia, apoyo y por compartir su sabiduría conmigo.

También deseo expresar mi sincero agradecimiento a mi asesora metodológica, Dra. Julissa Mercedes Gómez Fernández. Su orientación en la metodología de mi trabajo de investigación ha sido esencial para su éxito. Sus consejos y sugerencias han contribuido significativamente a la calidad y rigor de mi estudio. Aprecio su dedicación y disposición para ayudarme en cada paso del proceso.

La Universidad UNIBE no solo me ha brindado una educación de calidad, sino que también me ha proporcionado un ambiente de aprendizaje enriquecedor y una comunidad académica que valora el crecimiento personal y profesional de sus estudiantes. Estoy profundamente agradecida por la oportunidad de haber sido parte de esta comunidad y por haber tenido el honor de aprender de personas tan destacadas como ustedes.

Con gratitud y admiración,

Dra. Irandy Almonte Durán

RESUMEN

El presente trabajo de investigación con el título “Percepción de los padres a diferentes técnicas de manejo de conducta en odontopediatría” tuvo como objetivo evaluar la aceptación y percepción de cuatro técnicas de manejo del comportamiento: “decir-mostrar-hacer”, control de voz, mano sobre boca y refuerzo positivo, entre los padres de pacientes dentales pediátricos. Se recopilaron datos de una muestra de 100 padres cuyos hijos tenían edades de 1 a 17 años. Los participantes calificaron cada técnica en tres aspectos: aceptación, mejora del comportamiento y potencial para inducir miedo en los pacientes. Se realizaron análisis estadísticos no paramétricos utilizando la prueba Q de Cochran y pruebas *post hoc* de Dunn-Bonferroni para comparar proporciones. La prueba exacta de Fisher se utilizó para comparar los niveles de aceptación con los niveles informados en la literatura. Los resultados revelaron diferencias significativas en la aceptación, mejora del comportamiento y potencial de inducción de miedo futuro en las cuatro técnicas ($p < 0,001$). Las pruebas *post hoc* de Dunn-Bonferroni indicaron que la técnica de mano sobre boca tenía tasas significativamente más bajas de aceptación y mejora del comportamiento en comparación con las otras técnicas. Las pruebas exactas de Fisher demostraron tasas de aceptación significativamente más altas en el presente estudio para todas las técnicas en comparación con los datos de la literatura. Las mayores discrepancias se observaron en las técnicas de control de voz y mano sobre boca. Los hallazgos sugieren que las técnicas investigadas fueron bien aceptadas por los padres en la población de estudio. El estudio resalta la importancia de considerar las perspectivas de los padres al implementar estrategias de manejo del comportamiento en la odontología pediátrica. Se requiere más investigación para explorar las influencias culturales y contextuales en la aceptación de las técnicas.

Palabras claves: Aceptación, Padres, Pacientes pediátricos.

ABSTRACT

The present research study, aimed to evaluate the acceptance and perception of four behavior management techniques: "tell-show-do," voice control, hand-over-mouth, and positive reinforcement among parents of pediatric dental patients. Data was collected from a sample of 100 parents whose children were aged 1 to 17 years. Participants rated each technique on three aspects: acceptance, behavior improvement, and potential to induce fear in patients. Non-parametric statistical analyses were conducted using Cochran's Q test and Dunn-Bonferroni *post hoc* tests to compare proportions. Fisher's exact test was employed to compare acceptance levels with those reported in the literature. The results revealed significant differences in acceptance, behavior improvement, and fear induction potential across the four techniques ($p < 0.001$). Dunn-Bonferroni *post hoc* tests indicated that the "hand-over-mouth" technique had significantly lower rate of acceptance and behavior improvement compared to the other techniques. Fisher's exact tests demonstrated significantly higher acceptance rates in the current study for all techniques in comparison to literature data. The greatest disparities were observed in the "voice control" and "hand-over-mouth" techniques. The findings suggest that the investigated techniques were well accepted by parents in the study population. The study underscores the importance of considering parental perspectives when implementing behavior management strategies in pediatric dentistry. Further research is required to explore cultural and contextual influences on technique acceptance.

Keywords: Acceptance, Parents, Pediatric Patients.

ÍNDICE GENERAL

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ASPECTOS INTRODUCTORIOS	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
1.3 OBJETIVOS	6
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.4 HIPÓTESIS	7
1.5 JUSTIFICACIÓN	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES	10
2.2 CONDUCTA	15
2.3 CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO	16
2.3.1 CLASIFICACIÓN DEL NIÑO SEGÚN SU CONDUCTA	16
2.4 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA	16
2.4.1 TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS	18
2.4.2 TÉCNICAS COMUNICATIVAS	18
2.4.2.1 COMUNICACIÓN EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA	18
2.4.2.2 DECIR-MOSTRAR-HACER	19
2.4.2.3 DECIR-JUGAR-HACER	20
2.4.2.4 DECIR-MOSTRAR-JUGAR CON MASA DE MODELAR	21
2.4.3 TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	21
2.4.3.1 REFUERZO POSITIVO	21
2.4.3.2 TÉCNICA DE MODELADO	22
2.4.3.3 DESENSIBILIZACIÓN	23
2.5 CONTROL DE VOZ	23
2.6 PRESENCIA O AUSENCIA DE LOS PADRES	24
2.7 MANO SOBRE BOCA	25
2.8 REESTRUCTURACIÓN DE LA MEMORIA	27
2.9 COMUNICACIÓN NO VERBAL	27
2.9.1 MEJORANDO EL CONTROL	28
2.9.2 ESCAPE	28
2.9.3 TRATAMIENTO DIFERIDO	28
2.10 TÉCNICA DE DISTRACCIÓN	29
2.10.1 DISTRACCIÓN	29
2.10.1.1 DISTRACCIÓN CON AUDIO	29
2.10.1.2 DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL	30
2.10.2 APLICACIONES DENTALES	31
2.11 TÉCNICAS ALTERNATIVAS	31
2.11.1 AROMATERAPIA	31
2.11.2 HIPNOSIS	31
2.11.3 RELAJACIÓN	31
2.11.4 LUDOTERAPIA	32

	Páginas
2.12 TÉCNICAS AVANZADAS DE MANEJO DE CONDUCTA	32
2.12.1 ESTABILIZACIÓN PROTECTORA	32
2.12.2 SEDACIÓN Y ANESTESIA GENERAL	32
2.12.3 SOPORTES BUCALES EN ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS	33
2.12.4 ÓXIDO NITROSO	33
2.13 CAMBIOS EN LA SOCIEDAD Y LA PARENTALIDAD	34
2.14 RELACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS EN LA PARENTALIDAD Y EL MANEJO DE CONDUCTA	38
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.1 MATERIALES Y MÉTODOS	39
3.1.1 TIPO DE ESTUDIO	39
3.2 MÉTODO	39
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	40
3.6 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	40
3.7 PROCEDIMIENTO	41
3.8 TÉCNICA	42
3.8.1 TÉCNICA DOCUMENTAL	42
3.8.2 ELEMENTO DE VIDEO	42
3.9 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	43
3.10 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	51
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	73

INTRODUCCIÓN

Las expresiones y sentimientos de los niños están estrechamente vinculados con el entorno en el que se desenvuelven, pues son muy observadores y aprenden conductas de sus padres, maestros y compañeros de clase. Por lo tanto, es fundamental que crezcan en un entorno social armonioso y placentero, en el cual formen una base donde aprendan a tener control de sus emociones y reacciones. En tal sentido, el manejo del odontopediatra en relación con el comportamiento de los niños es de vital importancia para generar confianza y eliminar cualquier temor que puedan tener durante el tratamiento odontológico. El objetivo es prevenir o reducir posibles traumas o conductas negativas en un futuro. Sin embargo, en ocasiones pueden presentarse situaciones en las que un niño no coopera durante la consulta, por lo que, en estos casos, el papel del odontopediatra es crucial para mejorar adecuadamente estos comportamientos, teniendo en cuenta la situación y la edad del niño.

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) enfatiza la importancia de brindar a cada niño un manejo personalizado y cuidados especiales durante los tratamientos dentales. Por lo tanto, se utilizan distintas técnicas de manejo de conducta, que abarcan desde enfoques farmacológicos para reducir la ansiedad, hasta métodos tradicionales (1). Entre estas se incluyen el método “decir-mostrar-hacer” y “refuerzo positivo” al igual que técnicas con medidas más drásticas, como “mano sobre boca” y “control de voz”. Estas estrategias de manejo conductual son de gran utilidad en ciertos niños que no muestran disposición o no pueden cooperar debido a su edad u otros factores relacionados. Dichas técnicas de manejo de conducta varían según el nivel de aversión hacia el tratamiento y pueden ser necesarios métodos específicos en niños obstinados o hiperactivos. Estas estrategias representan alternativas o complementos para que el odontopediatra pueda llevar a cabo un tratamiento odontológico de manera eficiente. Un aspecto que no se puede obviar es que los cambios legales ocurridos en los últimos años y el creciente valor que la sociedad les otorga, se ha vuelto imprescindible brindar a los padres una explicación detallada del procedimiento antes de llevarlo a cabo (2).

A lo largo de las últimas décadas, los estilos de crianza en América han experimentado cambios y transformaciones significativas, lo cual plantea desafíos para los odontopediatras al tratar a niños que a menudo carecen de herramientas para enfrentar nuevas experiencias en la consulta odontológica. En algunas ocasiones, las expectativas de los padres respecto al comportamiento de sus hijos en el consultorio odontológico son poco realistas, mientras que las expectativas sobre el odontólogo que guía el comportamiento del niño son muy altas. Incluso algunos padres pueden intentar influir en el tratamiento, a pesar de que no comprenden completamente los procedimientos dentales (3). Por ello, resulta fundamental que el odontopediatra establezca una relación sólida no solo con el paciente, sino también con los padres o tutores. Para lograrlo, es necesario tener un conocimiento profundo de los estilos de crianza y las circunstancias en las que el niño se está desarrollando. Este conocimiento permitirá comprender mejor al paciente y facilitará un manejo más efectivo de su conducta durante las consultas.

La participación y el apoyo activo de los padres durante las consultas odontológicas son de vital importancia, ya que su actitud y comportamiento influyen en la conducta del niño. Cuando los padres muestran una actitud positiva en colaboración con el odontopediatra, se facilita un mejor manejo del comportamiento del niño durante la consulta dental. En consecuencia, es crucial que los padres tengan información sobre los procedimientos dentales y estén preparados para la cita con el odontopediatra. Esto les permitirá ayudar a su hijo a enfrentar la experiencia de manera más positiva. Los padres pueden aprender sobre los acontecimientos que ocurren durante la cita odontológica, conocer las técnicas de manejo de conducta utilizadas y comprender el efecto de mantener una actitud calmada y tranquilizadora.

Un estudio realizado por Acharya en el 2017 en Odisha, India, reveló que la mayoría de los padres mostró una alta aceptación hacia diversas técnicas de manejo de conducta utilizadas en odontopediatría. La técnica más aceptada fue “decir-mostrar-hacer”, con un 86% de aceptación por parte de los padres, seguida de refuerzo positivo con un 76%. Estos resultados resaltan la importancia de una comunicación efectiva entre el odontopediatra y los padres, así como la adecuada implementación de técnicas de manejo de conducta para promover una experiencia dental exitosa y libre de estrés para los niños (4).

En el estudio de investigación "Aceptación de los padres a tres técnicas de manejo de comportamiento en la unidad de postgrado Unibe", realizado por Aguiló en 2014, se examinaron las actitudes de los padres hacia diferentes técnicas de manejo de conducta. El presente estudio retoma la investigación original de Aguiló, considerando el cambio de la sociedad a lo largo del tiempo y cómo esto podría influir en las actitudes de los padres hacia las técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría. Comprendemos que los padres del 2014 no son los mismos que los del 2023, lo que nos impulsa a explorar cómo las preferencias y actitudes han evolucionado en relación con la atención dental de sus hijos (5).

El objetivo de esta investigación es ofrecer pautas para establecer una relación sólida no solo entre el odontopediatra y el paciente pediátrico, sino también con los padres, con el fin de mejorar la calidad del servicio y reducir el miedo y la ansiedad asociados a los procedimientos odontológicos. El establecimiento de una comunicación efectiva entre el odontopediatra y los padres es fundamental para lograr el éxito en la consulta odontopediátrica.

Para exponer el tema propuesto, en el capítulo I se desarrolla el planteamiento del problema, preguntas de investigación, objetivos generales y específicos, hipótesis del estudio y justificación. El capítulo II abarca el marco teórico, el cual se encuentra dividido en dos acápite: antecedentes de investigación, donde se recolecta información sobre estudios referentes a conocimientos sobre las técnicas de manejo de conducta en odontopediatría, y revisión de la literatura, que contiene las bases teóricas necesarias para la comprensión del estudio abordado.

El Capítulo III describe la metodología empleada en esta investigación, incluyendo el tipo de estudio, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación de participantes, las variables dependientes e independientes, la población y muestra seleccionada, los instrumentos utilizados para recopilar datos, el procedimiento aplicado y el análisis estadístico realizado.

En el Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos y se muestran mediante gráficos para facilitar su interpretación y análisis. El Capítulo V aborda la discusión de los resultados en relación con los objetivos planteados, se exponen las conclusiones obtenidas y se ofrecen recomendaciones para mejorar el nivel de conocimiento relacionado con el tema de estudio.

CAPÍTULO I: ASPECTOS INTRODUCTORIOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta de los niños durante el tratamiento odontológico es un aspecto crítico que puede afectar tanto la experiencia del paciente como la efectividad del procedimiento. Es evidente que diversos factores, como la ansiedad y la falta de cooperación, pueden influir en la conducta del paciente infantil en el entorno de la consulta odontológica. Estos desafíos hacen que el manejo de pacientes sea una tarea compleja para los odontopediatras. La ansiedad infantil es un desafío que los odontopediatras enfrentan frecuentemente en su práctica diaria y sin duda puede impactar directamente en la disposición de los niños a recibir servicios odontológicos, además de afectar la eficacia del tratamiento. Aquí se manifiesta una problemática con consecuencias a largo plazo que pueden persistir hasta la vida adulta, lo cual representa un obstáculo tanto para los odontopediatras como para los pacientes. Por lo tanto, es esencial abordar esta ansiedad de manera adecuada para asegurar una experiencia dental positiva y promover una buena salud bucal a lo largo de la vida del paciente (6).

Se expone, pues, que existe la necesidad de mejorar el manejo del comportamiento en pacientes pediátricos en odontopediatría, considerando la importancia de la relación entre el odontopediatra, los padres y el niño. Resulta de interés investigar cómo establecer una relación provechosa con los padres, ajustarse a los estilos de crianza y las circunstancias en las que se desarrolla el niño y utilizar técnicas asertivas de manejo del comportamiento, para abordar las conductas no cooperadoras y el temor en la consulta odontológica.

El manejo de la conducta en la odontología pediátrica es un componente crucial para asegurar una atención odontológica efectiva y segura para los niños. Sin embargo, la actitud de los padres hacia las diferentes técnicas de manejo de la conducta parece ser una variable dinámica, susceptible a cambios sociales y culturales, por lo que se ha notado una evolución en la aceptación de dichas técnicas a lo largo del tiempo. Por ejemplo, las técnicas farmacológicas, que una vez se consideraron aceptables sólo para procedimientos de emergencia, ahora enfrentan una

actitud variada por parte de los padres. De todos modos, a pesar de la relevancia de estas observaciones, hay un vacío en la literatura en términos de estudios que comparen la aceptación de los padres hacia las técnicas de manejo de la conducta avanzadas entre países con culturas distintas. Esto plantea un problema en la comprensión de cómo las variables culturales pueden afectar la aceptación de estas técnicas (7). De hecho, existe una preocupación creciente en el ámbito de la Odontopediatría respecto a la falta de aceptación de las técnicas de manejo de conducta por parte de los padres contemporáneos.

La evolución de las técnicas convencionales en Odontopediatría ha demostrado ser eficaz en el manejo de la conducta de los niños. Sin embargo, se ha observado falta de aceptación por parte de los padres hacia algunas de estas técnicas, lo cual puede estar influenciado por diversos factores, como consideraciones éticas y legales, cambios en el sistema educativo actual y avances en tecnología, así como aspectos actitudinales de los padres o sus criterios.

Esta situación plantea la necesidad de que los odontólogos reconsideren sus actitudes y enfoques en el manejo de la conducta de los niños. Se requiere una revisión de las técnicas utilizadas y una adaptación a las demandas y expectativas de los padres contemporáneos, quienes pueden tener perspectivas diferentes en cuanto a la crianza, la educación y la atención médica de sus hijos.

Los cambios constantes en el entorno sociocultural junto con las condiciones éticas y legales actuales requieren una evaluación continua de las técnicas de manejo de conducta en pacientes pediátricos. **Es necesario llevar a cabo una revisión sistemática y actualizada de estas técnicas con el fin de adaptarlas a las necesidades cambiantes de la sociedad para garantizar su eficacia y aplicabilidad en el contexto actual. Este enfoque permite estar al día con los avances científicos y los estándares éticos, de modo que las prácticas odontológicas sean seguras, éticas y eficientes en el manejo de la conducta de los pacientes pediátricos.**

Lo expuesto nos lleva a presentar la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción que los padres tienen acerca de las diferentes técnicas de manejo de conductas utilizadas en la unidad de postgrado en el área de odontopediatría de Unibe?

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

La pregunta inicial lleva a plantear las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la percepción y aceptación de los padres o tutores hacia las diversas técnicas de manejo de comportamiento utilizadas en Odontopediatría en la unidad de postgrado en Unibe?
2. ¿Cómo influyen las características socioeconómicas y demográficas de los padres o tutores en su percepción y preferencia hacia estas técnicas de manejo de conducta?
3. ¿Cómo influye el nivel educativo de los padres o tutores en su percepción de las diferentes técnicas de manejo de conducta?
4. ¿Cuál es la opinión personal de los padres o tutores hacia la técnica de mano sobre boca?
5. ¿Cuál es la opinión personal de los padres o tutores hacia la técnica de control de voz?
6. ¿Cómo perciben los padres o tutores el efecto a largo plazo de las cuatro técnicas de manejo de conducta en la predisposición de sus hijos hacia las futuras consultas odontológicas?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de percepción de los padres hacia diferentes técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría en la unidad de postgrado de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprobar la preferencia de los padres hacia diferentes técnicas de manejo de conducta, como: control de voz, “decir-mostrar-hacer”, refuerzo positivo y “mano sobre boca”.
2. Determinar el nivel de rechazo de los padres a las técnicas de manejo de conducta, como: control de voz, “decir-mostrar-hacer”, refuerzo positivo y mano sobre boca.

3. Investigar la influencia del estatus socioeconómico y la edad de los padres en su percepción de las técnicas de manejo de conducta.
4. Establecer la relación entre el nivel de ingresos y el nivel de escolaridad del padre o tutor con la preferencia de las técnicas de manejo de conducta.
5. Evaluar la percepción de los padres acerca del temor futuro que sus hijos puedan tener después de aplicar cada una de las cuatro técnicas de manejo de conducta.
6. Evaluar el impacto del video de las diferentes técnicas manejo de conducta en Odontopediatría y la percepción y comprensión de los padres sobre las diferentes técnicas utilizadas, incluyendo las medidas drásticas, con el fin de mejorar su conocimiento y confianza en el tratamiento dental de sus hijos.

1.4 HIPÓTESIS

H1: Los padres o tutores no están de acuerdo con el uso de las técnicas de manejo de conducta mano sobre boca y control de voz.

H0: Los padres o tutores están de acuerdo con el uso de la técnica de manejo de conducta mano sobre boca y control de voz.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se centra en resaltar la importancia de informar y educar a los padres que acuden a la clínica odontológica en el área de postgrado Unibe, sobre las técnicas de manejo de conducta utilizadas según el comportamiento y la edad de sus hijos. Es fundamental que los padres comprendan el motivo y la necesidad de implementar estas técnicas durante las consultas odontológicas, ya que esto contribuye al éxito de los tratamientos.

La justificación de abordar este problema se basa en la significación de comprender claramente cómo los aspectos culturales y sociales pueden influir en la percepción de los padres respecto a las técnicas de manejo de conducta en la Odontología Pediátrica. Esta comprensión permitiría a los profesionales adaptar sus enfoques de acuerdo con las necesidades y preferencias de los padres y los niños en distintos contextos culturales, con el objetivo de mejorar la aceptación del tratamiento y los resultados de la atención odontológica.

En un entorno donde los padres tienen demandas y expectativas cada vez más altas hacia los profesionales de la Odontología Infantil, es fundamental que los odontopediatras estén bien preparados y actualizados en cuanto a las directrices y técnicas necesarias para lograr una cooperación exitosa por parte de los pacientes pediátricos. Asimismo, es de vital trascendencia establecer una relación sólida y de confianza con los padres, ya que desempeñan un papel insustituible como responsables de los niños durante el proceso del tratamiento.

Esta investigación busca determinar el nivel de aceptación de los padres hacia diferentes técnicas de manejo de conducta, como la técnica “decir-mostrar-hacer”, la técnica de mano sobre boca, la técnica de refuerzo positivo y el control de voz. Estas técnicas de manejo de conducta son utilizadas durante el tratamiento y la aceptación que muestran los padres es determinante para su efectividad.

Los resultados de esta investigación permitirán una mayor comprensión de la percepción de los padres frente al manejo de la conducta durante los tratamientos odontológicos en niños realizados en la unidad de postgrado de odontopediatría Unibe. Los hallazgos tendrán implicaciones significativas en la mejora de la práctica terapéutica dentro de la institución, así como en el fortalecimiento de la relación entre el odontopediatra, el paciente pediátrico y los padres. El objetivo es lograr tratamientos exitosos y una experiencia positiva para todos los involucrados en el entorno del área de postgrado de Odontopediatría Unibe.

En el ya mencionado estudio previo que efectuó Aguiló en 2014, se examinaron las actitudes de los padres hacia tres técnicas de manejo de conducta en Odontopediatría: “decir-mostrar-hacer”, refuerzo positivo y distracción contingente auditiva. En el presente estudio, hemos optado por evaluar a los padres utilizando dos enfoques distintos: uno basado en técnicas no estrictas, como el “decir-mostrar-hacer”, y el refuerzo positivo, al lado de otro basado en técnicas más drásticas, como control de voz y mano sobre boca. La razón por la que se retomó este estudio se debe a que la generación de padres va cambiando con el tiempo, lo que puede influir en sus actitudes y preferencias hacia las técnicas de manejo de conducta. En particular, se observa una tendencia creciente hacia la búsqueda de enfoques menos coercitivos y más orientados hacia la

participación activa y el entendimiento mutuo entre padres e hijos. Esto puede llevar a que técnicas como "mano sobre boca" y "control de voz", que pueden ser consideradas más restrictivas o autoritarias, sean menos aceptadas en comparación con métodos más colaborativos y comunicativos. Por lo tanto, es relevante reexaminar el estudio anterior para comprender cómo estas preferencias cambiantes pueden impactar en la percepción y aceptación de las técnicas de manejo de conducta en el contexto actual (5).

Al evaluar estas dos vertientes de técnicas de manejo de conducta, podremos analizar las preferencias y percepciones de los padres en relación con su efectividad, comodidad y nivel de aceptación. Además, podremos explorar cómo estos enfoques se han adaptado a los cambios en la sociedad, la demografía y la economía, lo que nos permitirá ajustar nuestras prácticas clínicas de manera más efectiva a las necesidades y expectativas actuales de los padres y los pacientes. La presente investigación nos ayudará a mejorar la atención odontopediátrica al brindar un enfoque más personalizado y basado en evidencias, promoviendo la cooperación y satisfacción, tanto de los padres como de los niños durante los tratamientos dentales.

El objetivo de esta investigación es generar nuevos conocimientos que puedan ser aplicados en futuros estudios relacionados con el tema, de modo que se logre establecer una mejor relación con los padres para ofrecerles un servicio de alta calidad. La viabilidad de la investigación se fundamenta en el acceso conveniente al grupo de estudio, que se encuentra en el contexto universitario del área de postgrado, así como en el respaldo y orientación proporcionados por el tutor designado. Además, los costos asociados a la investigación serán cubiertos por el investigador, lo que garantiza un desarrollo sin contratiempos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Aguiló en el 2014, en su tesis titulada "Aceptación de padres a tres técnicas de manejo de comportamiento" investigó el nivel de conocimiento y preferencia de los padres que asisten al área de postgrado de Odontopediatría de Unibe en relación con diferentes técnicas de manejo de conducta. La investigación se llevó a cabo mediante la presentación de un video demostrativo que explicaba tres técnicas: control de voz, "decir-mostrar-hacer", refuerzo positivo junto a la técnica de Distracción con Medio Auditivo. A través de una encuesta, los padres expresaron su opinión sobre la técnica que preferían para el manejo de conducta de sus hijos en su cita con el odontopediatra. Los resultados del estudio revelaron que las técnicas más aceptadas por los padres fueron Refuerzo Positivo, "decir-mostrar-hacer", y Distracción con Medio Auditivo, con un nivel de aceptación del 90.9%. Por otro lado, la técnica de manejo de conducta Control de Voz obtuvo un nivel de aceptación mucho más bajo, con un porcentaje de un 24.2% (5).

El estudio realizado por Desai en 2019, titulado "*Assessment of parental attitude toward different behavior management techniques used in pediatric dentistry*", se centró en la evaluación de la actitud de los padres hacia diferentes técnicas de manejo de conductas utilizadas en Odontología Pediátrica. Se seleccionaron 300 padres cuyos hijos asistieron a su primera visita odontológica. A través de videos que mostraban diversas técnicas, como "decir-mostrar-hacer", refuerzo positivo y modelado en vivo, se evaluó la aceptabilidad de cada técnica por medio de una escala visual. Los resultados señalaron que las técnicas de manejo de conducta más aceptadas por los padres fueron "decir-mostrar-hacer", refuerzo positivo y modelado en vivo, mientras que las menos aceptadas incluyeron la técnica de mano sobre boca y restricción activa. Se identificó la ansiedad materna como un factor influyente en la cooperación del niño durante el tratamiento. La preferencia mayoritaria de los padres fue estar presentes durante el procedimiento dental de sus hijos, considerando que su presencia podría mejorar la cooperación de los niños. Asimismo, se resaltó la importancia de la comunicación efectiva entre los padres y el odontólogo para el éxito del tratamiento dental (8).

Pineda y Pariona en el 2022 presentaron una revisión bibliográfica titulado “*Behavioral management of pediatric patients using the tell -show-do method*” y los resultados destacan la eficacia de la técnica decir mostrar hacer en la gestión del comportamiento de los pacientes pediátricos. La conclusión subraya la importancia para el odontólogo de conocer y utilizar métodos y técnicas efectivas, como la técnica decir mostrar hacer, para manejar el comportamiento de los pacientes pediátricos, en busca de minimizar o erradicar traumas y actitudes negativas frente al tratamiento dental (1).

García y Parés en el 2007 realizaron una investigación titulada “*Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información*”. Este estudio destaca la importancia del manejo del comportamiento del paciente infantil en la Odontopediatría y la efectividad de diferentes técnicas y métodos de información. En el estudio, se aplicaron cuestionarios basados en la escala de Likert, la escala de Corah y la Escala de Estrés de Ansiedad y Depresión (DASS) a 120 padres de pacientes pediátricos en la Facultad de Odontología de la UNAM. Los padres fueron divididos en tres grupos según el método de información proporcionado: exposición oral, video e información escrita. Los resultados indicaron que la técnica de “decir-mostrar-hacer”, fue la mejor percibida, mientras que la anestesia general fue la menos aceptada. Además, se encontró que el método de información oral generó la menor ansiedad en los padres, en comparación con la información transmitida a través de un video, que generó la mayor ansiedad. La conclusión del estudio sugiere la necesidad de enfatizar más la explicación a los padres sobre los procedimientos que se realizarán a sus hijos, ya que establecer comunicación puede influir significativamente en su nivel de ansiedad y aceptación del tratamiento (9).

El estudio realizado por Alammouri “*The Attitude of Parents toward Behavior Management Techniques in Pediatric Dentistry*” publicado en el 2006, evaluó la actitud de los padres hacia las técnicas de manejo de conducta en Odontología Pediátrica. Después de ver un video que presentaba diversas técnicas, los padres completaron un cuestionario. Las técnicas “decir-mostrar-hacer”, Refuerzo Positivo y Distracción obtuvieron una aprobación del 75% o más, mientras que las técnicas de Control de Voz, Separación de Padres y Comunicación No Verbal tuvieron una aprobación moderada, con más del 50%. En contraste, Mano sobre Boca,

Sedación con Óxido Nitroso, Sedación Consciente y Anestesia General tuvieron una aprobación menor al 50%. En general, la actitud de los padres fue positiva hacia las técnicas de manejo de conducta en la Odontología Pediátrica (7).

Mirmoeini, Sarlak, Normohammadi, Nakhostin y Salimi en el 2020 expusieron su disertación "*A comparative study on the effects of different informing methods on parental acceptance of pediatric behavior management techniques*" Este estudio comparó los efectos de diferentes métodos de información sobre la aceptación de los padres de las técnicas de manejo del comportamiento en Odontología Pediátrica. Los métodos de información incluyeron presentaciones escritas, verbales y visuales. La aceptación parental fue evaluada en relación con seis técnicas de manejo del comportamiento en un grupo de 162 padres de niños no cooperadores de 3 a 7 años. De modo general, los resultados demostraron que los métodos de información aumentaron significativamente la aceptación de los padres sobre las técnicas de manejo del comportamiento. La presentación visual resultó ser el método más efectivo para aumentar la aceptación de la técnica de restricción física, mientras que en la aceptación de la técnica de anestesia general, otros métodos de información fueron más efectivos. El estudio concluye que informar a los padres sobre las técnicas de manejo del comportamiento pediátrico aumenta su aceptación, lo cual es un factor crucial a considerar en la práctica odontológica pediátrica (10).

En el estudio que lleva como título "*Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico*" de Villar y colaboradores (2020), se examinan las técnicas convencionales empleadas por odontopediatras para gestionar el comportamiento de pacientes infantiles en entornos odontológicos. A través de cuestionarios aplicados a 115 profesionales, se evaluó la frecuencia de uso de diversas técnicas de manejo de conducta, como "decir-mostrar-hacer", refuerzo positivo, imitación, control de voz, restricción física y anestesia general. Los resultados resaltan la primacía de técnicas comunicativas, seguidas de las de modificación de comportamiento, mientras que las técnicas avanzadas se utilizan con menos frecuencia. El estudio enfatiza la importancia de las técnicas comunicativas en el manejo de pacientes pediátricos y su influencia en la experiencia y el éxito del tratamiento dental, considerando también la influencia de factores contextuales en la elección de técnicas (11).

Gizania, Seremidia, Katsoilia, Markoulia y Kloukos en 2022 realizaron una revisión sistemática y metanálisis que lleva como título *"Basic Behavioral Management Techniques in Pediatric Dentistry: A Systematic Review and Meta-Analysis"* El estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de las técnicas básicas de manejo conductual como decir-mostrar -hacer, en pacientes pediátricos en el ámbito de la Odontopediatría y su impacto en la ansiedad, el miedo y la conducta de los niños sometidos a tratamientos dentales. Mediante una exhaustiva búsqueda de ensayos controlados aleatorios, se incluyó un total de 62 estudios que analizaron la ansiedad y el comportamiento de niños de hasta 12 años durante el tratamiento dental. Los resultados obtenidos revelaron que todas las técnicas básicas de manejo conductual demostraron una eficacia aceptable en la reducción de la ansiedad, el miedo y los comportamientos negativos en estos pacientes. Además, el análisis combinado de los datos reveló una diferencia estadísticamente significativa a favor de la técnica de distracción en la reducción de la ansiedad subjetiva, medida mediante la Escala Facial y la Escala de Ansiedad Dental Infantil Modificada. Asimismo, se observó que la música también produjo una reducción significativa en la frecuencia cardíaca en comparación con el grupo de control. Aunque se identificó una evidencia limitada sobre la superioridad de una técnica sobre otra, estos hallazgos enfatizan la importancia de continuar investigando para mejorar el manejo de pacientes pediátricos en el entorno odontológico (12).

En el año 2019, Hurtado y Buitron llevaron a cabo una investigación sobre *"Preferencia de las técnicas de manejo de conducta en pacientes odontopediátricos, entre los padres y estudiantes de la clínica estomatológica de la UPHFR - Huancayo 2018"* cuyo objetivo principal fue determinar la preferencia de las técnicas de manejo de conducta, tanto farmacológicas como no farmacológicas, en el tratamiento de pacientes odontopediátricos. Utilizando un enfoque descriptivo comparativo, se recolectaron datos de 70 padres de pacientes odontopediátricos y 30 estudiantes del componente curricular de Estomatología Integral del Niño. Los resultados revelaron que las técnicas no farmacológicas preferidas por los padres incluían el modelado, decir-mostrar-hacer, así como la comunicación no verbal, mientras que la técnica de inmovilización parcial o total era la menos preferida. Por otro lado, los estudiantes mostraron una preferencia por el refuerzo positivo, decir- mostrar- hacer, y la técnica de modelado. En cuanto a las técnicas farmacológicas, tanto los padres como los estudiantes mostraron una mayor

preferencia por la sedación consciente. Como puede notarse, los hallazgos indican la existencia de diferencias significativas en las preferencias de las técnicas de manejo de conducta entre padres y estudiantes. Esta investigación ofrece información relevante para mejorar la atención odontopediátrica, al tener en cuenta las preferencias de los padres y estudiantes, y puede contribuir al diseño de estrategias más efectivas en la clínica estomatológica (13).

Según la revisión literaria hecha por Segarra Ortells, Ribelles, Borrell, Marqués y Menéndez en el 2022, *“Relaciones entre los estilos de crianza actuales, el empleo de las técnicas de orientación del comportamiento y su enseñanza en Odontopediatría”*, se ha observado una relación entre los estilos de crianza actuales y las técnicas de manejo utilizadas por los odontopediatras. Los padres tienden a adoptar un enfoque más permisivo en la crianza, lo que puede resultar en un comportamiento poco colaborativo por parte de los pacientes pediátricos. Las técnicas de comunicación, como el enfoque decir, mostrar, hacer y el uso del refuerzo positivo, son ampliamente enseñadas y aceptadas tanto por los odontopediatras como por los padres. Sin embargo, se ha observado una disminución en la aceptación de técnicas como el control de voz y la estabilización protectora, debido a la percepción de agresividad asociada a ellas. Por otro lado, las técnicas farmacológicas, como la sedación con óxido nítrico, han ganado popularidad entre los padres. En lo referente a técnicas avanzadas hay que considerar que requieren una capacitación específica. En conclusión, es importante considerar los estilos de crianza y las preferencias de los padres al seleccionar las técnicas de manejo en odontopediatría(14).

Nirmala y colaboradores, en el año 2021 llevaron a cabo el estudio titulado *"Preferences and their Correlation between Children and their Parents' Attitudes towards Non-Pharmacological Behaviour Guidance Techniques – A Cross-Sectional Study"*, que investigó la actitud de los niños y sus padres hacia diferentes técnicas de orientación del comportamiento utilizadas en Odontología Pediátrica. El estudio se centró en evaluar cómo perciben estas técnicas tanto los niños como los padres, mediante un medidor de actitud, y también buscó establecer una correlación entre las preferencias de ambos grupos. Se seleccionaron al azar 200 niños con edades entre 7 y 17 años, así como sus padres, para participar en la investigación. Cada niño y padre visualizó cuatro escenas de video en vivo que presentaban distintas técnicas de orientación

del comportamiento, como Decir- Mostrar- Hacer, Modelado, Refuerzo Positivo y Sostener la Mano. Los datos demográficos fueron recolectados y las actitudes expresivas se evaluaron utilizando la escala "Line of Favour" (Línea de Favor) y pruebas de Kruskal-Wallis. Los resultados indicaron que la técnica preferida por los niños del grupo de edad escolar primario fue el modelado, mientras que para los padres de niños de secundaria fue tanto el Modelado como Refuerzo Positivo. Se observaron diferencias de género en las preferencias. En conclusión, se estableció que el Modelado fue la técnica preferida para los niños en edad escolar primaria y para los padres de niños de secundaria, mientras que el Refuerzo Positivo fue la preferida para los niños en edad de secundaria. Además, se notó que no hubo una correlación significativa entre las preferencias de los niños y sus padres. Este estudio subraya la importancia de comprender las preferencias de ambos grupos en relación con estas técnicas para mejorar la comunicación y la cooperación en el contexto de tratamiento dental pediátrico (15).

Bustos, Rubio, Osore, Valle y Juscamayta en el 2015 llevaron a cabo un estudio que lleva como título *“Aceptación de padres sobre las técnicas de manejo de conducta en niños de 0 a 8 años en el distrito de Pinra, provincia Huacaybamba, Huánuco, Perú,* con el objetivo de evaluar la aceptación de los padres hacia las técnicas de manejo de conducta en niños de 0 a 8 años, utilizando técnicas avanzadas o de restricción. Se realizó un video informativo sobre las técnicas y se diseñó una encuesta basada en el contenido del video para medir la aceptación de los padres hacia las técnicas restrictivas. Los resultados revelaron que el 83.3% de los padres estuvieron totalmente de acuerdo con la restricción activa, el 46% estuvo de acuerdo con la sedación consciente y el 31.3% estuvo de acuerdo con la restricción pasiva. Se concluyó que la inmovilización activa fue la técnica más aceptada, independientemente del nivel de educación, edad y género, tanto de los padres como de los niños (16).

2.2 CONDUCTA

La conducta humana se refiere a la expresión observable de nuestras acciones y comportamientos. Es el resultado de nuestras interacciones con el entorno, nuestras decisiones y nuestras respuestas a estímulos internos y externos. Desde una perspectiva psicológica, la conducta humana puede ser estudiada y analizada para comprender los procesos mentales y emocionales subyacentes. Desde una reflexión ética, la conducta humana puede ser evaluada en términos de su moralidad y conformidad con principios éticos (17).

2.3 CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

La ansiedad, el temor, el pánico y el miedo son estados de angustia significativos que se observan comúnmente en pacientes pediátricos durante los tratamientos odontológicos. Estos estados emocionales son el resultado de la falta de familiaridad y seguridad en relación con los procedimientos dentales. Es especialmente frecuente en la primera visita al consultorio, donde el paciente pediátrico puede experimentar incertidumbre tanto en el entorno como en la interacción con el odontólogo y el personal auxiliar (1)

2.3.1 CLASIFICACIÓN DEL NIÑO SEGÚN SU CONDUCTA

En Odontopediatría solemos utilizar comúnmente la escala de clasificación de comportamiento de Frankl, es de fácil aprendizaje y uso. Permite una clasificación rápida del paciente infantil en una de cuatro categorías: definitivamente positivo, positivo, negativo y definitivamente negativo (18).

Tabla No.1 Clasificación del niño según su conducta

GRADO I	Definitivamente negativo	El paciente muestra una negativa absoluta hacia el tratamiento, expresando su rechazo a través de gritos, llanto y falta de cooperación.
GRADO II	Negativo	El paciente muestra una aceptación difícil del tratamiento, mostrando un comportamiento arisco, distante y ausente.
GRADO III	Positivo	El paciente acepta el tratamiento con precaución, demuestra obediencia pero también muestra ansiedad.
GRADO IV	Definitivamente positivo	El paciente muestra alegría, cooperación, disfrute e incluso demuestra interés en el tratamiento.

Fuente: Dentistry AA. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent.* 2011; 43:28–32 (18).

2.4 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

El manejo de conducta en Odontopediatría se considera un arte y una habilidad basada en diversas disciplinas científicas. Su objetivo principal es disminuir y aliviar tanto el miedo como la ansiedad, mejorar el comportamiento disruptivo y lograr la colaboración total del niño para llevar a cabo el tratamiento dental. Sin embargo, es importante destacar que el manejo de conducta no se limita a la aplicación de técnicas específicas para tratar con niños, sino que es un

enfoque continuamente desarrollado y adaptado para establecer una relación sólida de confianza entre el paciente y el profesional de la salud bucal. Este enfoque debe ser flexible y adaptable, ya que los niños presentan una amplia gama de desarrollo intelectual, emocional y social, además de que son influenciados por su entorno familiar y social, en cuanto a su temperamento y actitudes (12).

El enfoque conductual es fundamental en el tratamiento de pacientes pediátricos en la Odontopediatría. Esta perspectiva psicológica sostiene que el comportamiento de una persona puede ser modificado al alterar las circunstancias ambientales que la rodean. En el contexto de la Odontopediatría, el control de la conducta del niño es uno de los aspectos más importantes, ya que sin su cooperación activa, no es posible llevar a cabo de manera satisfactoria el tratamiento dental. El objetivo es lograr que el niño desarrolle un control emocional adecuado y se sienta cómodo durante su visita al odontopediatra, lo que facilitará el proceso de atención y permitirá obtener resultados óptimos en su salud bucal (19).

El manejo de conducta en Odontopediatría se considera un elemento esencial en la atención dental infantil, ya que su propósito principal es establecer una comunicación efectiva con el paciente y ganar su confianza. Para lograrlo, se emplean técnicas basadas en los principios de la Psicología del Aprendizaje, diseñadas específicamente con el objetivo de superar conductas desafiantes y llevar a cabo el tratamiento de manera eficiente. Estas técnicas buscan promover una actitud mental positiva en el niño, lo que contribuye a una experiencia exitosa y satisfactoria en el ámbito odontológico (20).

Se emplean técnicas de asertividad en el manejo de la conducta de pacientes pediátricos al comunicar información personal relevante para el tratamiento (por ejemplo, "Necesito que abras la boca para poder revisar tus dientes", "Necesito que te quedes quieto/a para poder tomar una radiografía"). Estas técnicas buscan indicar claramente al niño lo que se espera de él para que coopere de manera efectiva. Además, el odontólogo puede realizar preguntas que requieran respuestas de "sí" o "no", de modo que el niño responda con un gesto de pulgar hacia arriba o hacia abajo. Es fundamental observar el lenguaje corporal del niño para confirmar su comprensión del mensaje y evaluar su comodidad y nivel de dolor (21).

En la actualidad, se emplean diversos enfoques para abordar la conducta del paciente en el entorno odontológico, los cuales pueden ser tanto farmacológicos como no farmacológicos. Dentro de dicho contexto, en el campo de la Odontología Pediátrica, existen distintas estrategias y técnicas utilizadas para dicho fin.

2.4.1 TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS

Respecto a los enfoques no farmacológicos comúnmente utilizados por los odontopediatras, muchos de estos han evolucionado a lo largo de generaciones de profesionales de la Odontología. Aunque algunas referencias puedan parecer antiguas, siguen siendo válidas en la actualidad. Estas técnicas son de suma importancia, ya que constituyen la base del manejo de la conducta en el ámbito odontológico. Si no se logra controlar el comportamiento del niño, se vuelve difícil e incluso imposible, llevar a cabo cualquier tratamiento dental. Por lo tanto, el manejo de la conducta es uno de los pilares fundamentales de la Odontología Pediátrica (22).

2.4.2 TÉCNICAS COMUNICATIVAS

La comunicación verbal en Odontología Pediátrica es crucial para establecer una buena relación con el niño y lograr su cooperación durante el tratamiento. El odontólogo necesita dominar técnicas como dar instrucciones claras, hacer preguntas de sí o no y ajustar el tono de voz para guiar el comportamiento del niño. También es importante estar atento a las respuestas verbales y al lenguaje corporal del niño para adaptar el enfoque según sea necesario. La comunicación verbal efectiva es esencial para establecer confianza y lograr un tratamiento exitoso y una experiencia positiva para el paciente (21).

2.4.2.1 COMUNICACIÓN EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA

La comunicación efectiva desempeña un papel fundamental en la obtención de una respuesta positiva por parte del niño durante el tratamiento odontológico. A través de una comunicación adecuada, se logra establecer un ambiente donde el niño experimenta seguridad tanto física como emocionalmente. En este contexto, se identifican términos específicos que resultan apropiados al interactuar con niños de corta edad, en los cuales se destacan los siguientes:

Tabla No.2 Vocabulario usado para niños en la consulta

TÉRMINOS DENTALES	TÉRMINOS SUSTITUTIVOS
Explorador	Contador de dientes
Pasta profiláctica	Pasta de dientes
Equipo de rayos X	Cámara fotográfica para dientes
Materiales de impresión	Plastilina o masilla
Suctor	Aspiradora o chupi
Anestesia	Jugo para adormecer el diente o agua mágica
Turbina	Silbato
Banda matriz	Anillo para el diente
Corona de acero	Sombrero para el diente

Fuente: Ramírez, J. Manejo del paciente niño en el consultorio dental, Odontopediatría Clínica. Santo Domingo: Amigo del Hogar, 1991:15-28 (56).

2.4.2.2 DECIR-MOSTRAR-HACER

Esta técnica implica ofrecer explicaciones verbales de los procedimientos con frases adecuadas al nivel de desarrollo del paciente (decir); demostraciones visuales, auditivas, olfativas y táctiles de los aspectos del procedimiento en un entorno cuidadosamente definido y sin amenazas (mostrar). Luego, sin desviarse de la explicación y demostración, completar el procedimiento (hacer). La técnica de “decir- mostrar-hacer” se basa en habilidades de comunicación verbal y no verbal junto con refuerzo positivo (21).

Dicha técnica de “decir- mostrar-hacer” ha demostrado ser una estrategia efectiva en el manejo de conducta en Odontopediatría, basada en principios de comunicación, aprendizaje y psicología del desarrollo infantil. A continuación se presentan los principales aspectos teóricos relacionados con esta técnica:

Teoría del aprendizaje: La técnica de decir-mostrar- hacer se basa en la teoría del aprendizaje conductual, la cual sostiene que el comportamiento puede ser modificado a través de la asociación entre estímulos y respuestas, al proporcionar explicaciones verbales y demostraciones visuales de los procedimientos dentales (23).

Esta estrategia puede ser implementada mediante la utilización de un espacio separado del sillón dental, donde se muestre al niño el procedimiento utilizando objetos animados o inanimados que sean de su agrado, como muñecos didácticos o también la presencia de su madre. Alternativamente, se puede realizar un acondicionamiento directo en el propio paciente. Es importante que el área apartada del sillón sea adecuada y recreativa, de manera que el paciente pediátrico se sienta cómodo al incorporarse a dicho espacio. Esto ayudará al niño a separarse de sus padres al ingresar a la clínica dental y contribuirá a reducir la ansiedad durante la espera de la consulta (24).

Se recomienda evitar la aplicación de la técnica “decir-mostrar-hacer”, en casos donde se vaya a realizar un procedimiento de inyección anestésica, ya que la visión de una aguja puede generar un comportamiento negativo en los niños. Sin embargo, en ciertos casos específicos, como en niños en edad escolar con niveles moderados o bajos de ansiedad, se puede utilizar una variante de esta técnica para la aplicación de la anestesia. Lo que se hace es mostrar al niño el carpule sin la aguja insertada o rota, de manera que solo observe el goteo del líquido a través del tubo de anestesia. Además, se coloca un rodete de algodón para cubrir la aguja y se entrega el carpule a nivel del cuello del niño, quien estará acostado en el sillón dental con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás (1).

2.4.2.3 DECIR-JUGAR-HACER

Shah y Bhatia en el 2018 realizaron una comparación entre la distracción audiovisual y la técnica decir-jugar-hacer, encontrando que ambas técnicas fueron igualmente efectivas. Los autores destacaron que el uso de juguetes que simulan la experiencia dental ayuda a que los niños comprendan la perspectiva del odontólogo, generando así un sentimiento de confianza (25).

Radhakrishna, Srinivasan, Setty, Murali Krishna, Melwani, y Hegde, en el 2019 llevaron a cabo un estudio comparando la técnica decir-jugar-hacer, un juego de odontólogo en el teléfono

inteligente y la técnica “decir-mostrar-hacer”, en niños de 4 a 8 años de edad. Encontraron que tanto la técnica decir-jugar-hacer como la técnica de distracción activa fueron igualmente efectivas. En otro estudio, Vishwakarma, Bondarde, Pati, Dodamani, Vishwakarma, y Mujawar, en el 2017 compararon la técnica decir-jugar-hacer con el modelado en vivo y concluyeron que la técnica decir-jugar-hacer fue más efectiva en la reducción de la ansiedad (26, 27).

2.4.2.4 DECIR-MOSTRAR-JUGAR CON MASILLA DE MODELAR

La técnica "Decir-mostrar-jugar con Masilla de Modelar" en Odontopediatría implica tres pasos cruciales: primero, el profesional explica de manera simple los procedimientos dentales al niño; segundo, se utilizan modelos visuales para mostrar los instrumentos y desmitificar el proceso; tercero, se brinda al niño la oportunidad de jugar con masilla de modelar, fomentando una interacción lúdica con conceptos dentales. Esta técnica tiene como objetivo principal reducir la ansiedad y crear confianza en el niño, proporcionando una experiencia dental positiva y educativa.

El método más comúnmente utilizado en Odontopediatría, el “decir-mostrar-hacer”, fue adaptado por Radhakrishna, Srinivasan, Setty, Murali Krishna, Melwani, y Hegde, en 2019 para convertirse en la técnica decir-mostrar-jugar con masilla de modelar (26).

Introdujeron el set de juguete "Play-Doh Doctor Drill 'n Fill" que funciona con pilas, el cual permite a los niños jugar y familiarizarse con el entorno dental, incluyendo una succión, un suctor de aire y una jeringa de aire-agua. Esta idea de modificación, que involucra el aprendizaje a través de un juguete de imitación dental y el uso de términos suavizados, ayudó a los niños a reducir la ansiedad, al tiempo de establecer un vínculo para futuras comunicaciones y mejorar la calidad del tratamiento dental (28).

2.4.3 TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

2.4.3.1 REFUERZO POSITIVO

El refuerzo positivo recompensa los comportamientos deseados, fortaleciendo así la probabilidad de que esos comportamientos se repitan. Los reforzadores sociales incluyen la modulación de voz positiva, expresiones faciales, elogios verbales y demostraciones físicas de afecto apropiadas por parte de todos los miembros del equipo dental (21).

Esta técnica es ampliamente aceptada por los padres y genera un sentimiento de logro en el niño al completar el procedimiento dental. Es importante tener en cuenta que este tipo de manejo de conducta tiene mejores resultados cuando se aplica a niños que han mostrado un comportamiento cooperativo previo. Los premios, como pegatinas o globos, proporcionan refuerzo positivo, al igual que los elogios y expresar el orgullo por los logros positivos del niño. Una combinación de estos elementos contribuye a fortalecer la confianza del niño y a fomentar comportamientos cooperativos en futuras visitas dentales (23).

Es beneficioso saber cómo recompensar al niño en el momento adecuado, resaltando su buen comportamiento. Ahora bien, las reacciones de los niños al recibir una recompensa pueden variar, desde la alegría hasta la irritación y la negativa a aceptarla. En el caso de que el niño se niegue, es importante que el profesional actúe de manera natural y no insista en que la acepte, pero al mismo tiempo le informe que la recompensa será guardada hasta el día en que regrese al consultorio y decida recibirla. En el transcurso de las consultas, este comportamiento de rechazo va desapareciendo hasta que, finalmente, el niño elige su regalo con satisfacción (29).

La presencia de los padres durante el procedimiento es un buen refuerzo positivo que se utiliza para captar la atención del paciente y aumentar la cooperación, disminuir los comportamientos negativos, establecer roles adecuados durante el tratamiento, facilitar la comunicación efectiva entre el odontólogo y el paciente, y proporcionar una experiencia dental positiva (30). Esto ocurre siempre y cuando los padres aporten tranquilidad.

Se recomienda utilizar varios pequeños obsequios guardados en un baúl de juguetes como gestos de cariño hacia los niños, evitando su uso como sobornos. Esta práctica de regalar puede tener efectos sorprendentes. Muchos niños que muestran tensión durante los procedimientos operativos repentinamente se animan cuando estos concluyen y se apresuran a obtener un regalo, que servirá como un recordatorio agradable de la cita (31).

2.4.3.2 TÉCNICA DE MODELADO

El modelado es una técnica que implica imitar el comportamiento de una persona considerada como modelo. Esta estrategia se produce de manera habitual y puede ser utilizada como una herramienta terapéutica para facilitar el aprendizaje y la modificación de conductas, especialmente en situaciones donde se espera que el niño se comporte de manera adecuada en lugares públicos o cuando se necesita su colaboración (32).

El modelado desempeña diversas funciones, siendo su principal objetivo la adquisición de nuevos comportamientos, por ejemplo, habilidades manuales. Sin embargo, puede tener efectos tanto inhibidores como desinhibidores en determinadas conductas, entre ellas el comportamiento en la consulta odontológica. Sus efectos están condicionados por las expectativas que tenga la persona en relación con las consecuencias de dichas conductas (32).

2.4.3.3 DESENSIBILIZACIÓN

La desensibilización implica exponer de manera progresiva a estímulos que generan miedo, comenzando por los menos perturbadores. Los pacientes identifican sus propios temores, aprenden técnicas de relajación y se exponen gradualmente a las situaciones que han identificado. Estudios con muestras pequeñas en pacientes adultos han demostrado la eficacia a largo plazo de esta técnica para reducir el miedo dental. También se han descrito casos de éxito en la desensibilización de adolescentes con miedo dental y pacientes con necesidades especiales de atención médica (23).

Se requieren técnicas de desensibilización basadas en la teoría del condicionamiento clásico para reducir la aprehensión en pacientes dentro del espectro autista, que suele ser muy intensa. Estas técnicas son cronofágicas, es decir, requieren mucho tiempo. Kopel propuso familiarizar al niño con los procedimientos dentales básicos en el hogar. Esta técnica consiste en dividir los procedimientos en pasos más pequeños. Cada paso debe ser completado de manera exitosa, siguiendo un enfoque gradual y lento, y alcanzando un comportamiento específico antes de pasar al siguiente paso (30).

La desensibilización implica debilitar gradualmente el vínculo entre el estímulo y la ansiedad mediante la relajación. La ansiedad y la relajación profunda de los músculos son incompatibles y no se producen al mismo tiempo. (33).

2.5 CONTROL DE VOZ

El control de voz implica modificar intencionalmente el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en el comportamiento del paciente. Mientras que algunos cambios en el ritmo de la voz pueden ser aceptados sin problema, el uso de una voz firme puede resultar incómodo para algunos padres que no están familiarizados con esta técnica. Por tanto, es importante explicar su uso antes de aplicarlo para evitar una interpretación errónea. Los objetivos del control de voz son captar la atención y obtener la colaboración del paciente, evitar comportamientos negativos o de evitación y establecer roles apropiados entre el adulto y el niño (21).

Aunque el control de voz se considera una técnica elemental para el manejo del comportamiento, es de suma importancia recibir la formación adecuada y aplicarla de manera precisa para lograr resultados positivos y no causar incomodidad innecesaria tanto al paciente como a los padres. Según Wells, McTigue, y Fields en el 2014, los odontopediatras con mayor experiencia tienden a utilizar más el control de voz en su práctica diaria, ya que recibieron formación en un momento en que esta técnica era menos cuestionada. Sin embargo, el aumento del tono de voz puede ser considerado aversivo o incluso maltratante por algunos padres, especialmente aquellos que nunca han elevado la voz a sus hijos. Eaton, McTigue y Fields en el 2005; y Patel, McTigue, Thikkurissy y Fields en el 2016 encontraron en sus estudios que esta técnica era percibida como agresiva por los padres, quienes preferían opciones como la sedación o la anestesia general. (34, 35,36).

Aunque la técnica aún está respaldada por las guías de la AAPD y continúa siendo utilizada en el tratamiento de pacientes pediátricos, se sugiere que los profesionales de la salud dental brinden una explicación detallada a los padres antes de llevar a cabo el procedimiento. Esto es especialmente importante para evitar posibles malos entendidos o confusiones. Al proporcionar una descripción comprensiva de en qué consiste el tratamiento, se establece una comunicación clara y se fomenta la confianza entre el equipo dental, los padres y el paciente. Esta medida

ayuda a garantizar una experiencia satisfactoria y exitosa para todos los involucrados en el cuidado dental de los niños (14).

2.6 PRESENCIA O AUSENCIA DE LOS PADRES

En el entorno del consultorio dental, existe una técnica conocida como "técnica de retirada temporal de los padres" que se utiliza cuando el paciente presenta un comportamiento desfavorable. Esta técnica implica solicitar a los padres que salgan brevemente del consultorio una vez el niño presente una conducta no cooperativa y se les permite regresar cuando el niño comienza a colaborar positivamente con el odontólogo (14).

La presencia de los padres puede ser importante para manejar el comportamiento del niño. Si el niño se comporta mal, el odontopediatra puede pedirle a los padres que salgan hasta que el niño tenga una mejor conducta. Esto fomenta la comunicación con los niños que no desean interactuar con el odontopediatra. Es necesario que los padres estén dispuestos a salir cuando se les pida y que acepten de antemano la posibilidad de hacerlo. Los padres pueden sentirse más cómodos si se les informa que no es necesario que salgan completamente del consultorio, sino que pueden moverse fuera de la vista del niño. Cuando el niño coopera, el odontólogo lo debe elogiar y los padres entonces regresan rápidamente (32).

Tradicionalmente, se ha seguido la práctica de mantener a los padres fuera del consultorio durante el tratamiento dental de sus hijos. Esta medida ha demostrado ser beneficiosa al eliminar varios problemas de comportamiento en los pacientes. Al mantener a los padres fuera, el odontopediatra puede establecer una relación más cercana con los niños y reducir la ansiedad que pueda surgir, especialmente si los padres también experimentan miedo dental (37).

En determinados casos y contextos, la separación de los padres durante el tratamiento odontológico es una de las técnicas menos aceptadas por los progenitores. Aun así, un estudio realizado por Boka, Arapostathis, Vretos, y Kotsanos en 2014, en Grecia, señala que esta técnica fue considerada la segunda más aceptada por los padres, con un porcentaje del 78% (38).

2.7 MANO SOBRE BOCA

El objetivo principal de la técnica de "mano sobre boca" es controlar el comportamiento del niño después de haber probado otras estrategias no farmacológicas. Se utiliza como último recurso

para establecer una comunicación efectiva y enseñar al niño respuestas y expectativas adecuadas. La técnica es más efectiva en niños de tres a seis años que tienen un nivel de inteligencia normal y pueden seguir instrucciones. No se aplica en niños menores de tres años, ya que no tienen la capacidad de comprender su situación. Además, no se combina con la sedación y se requiere que los niños estén plenamente conscientes de su entorno durante la modificación de su comportamiento mediante esta técnica (39).

El uso de restricciones físicas o la técnica de "mano sobre la boca" (HOM) en niños puede estar relacionado con aspectos éticos o legales en ciertas partes del mundo. Estos procedimientos pueden generar una percepción negativa de los odontólogos como un mal necesario y asociarse con sensaciones de estrés y ansiedad en los niños. Además, dichas técnicas no siempre son efectivas y en algunos casos se requiere recurrir a la anestesia general para manejar a los niños. Esto destaca la importancia de contar con habilidades y conocimientos adecuados para realizar tales técnicas, ya que pueden influir en la experiencia de los niños. Además, es relevante tener en cuenta que la aceptación de estas técnicas por parte de los padres es limitada. Estudios han mostrado que las restricciones pasivas, la anestesia general, la sedación oral y la técnica de mano sobre la boca (HOM por sus siglas en inglés, (hand-over-mouth) son las menos aceptadas por los padres (39).

En los Estados Unidos, Patel, McTigue, Thikkurissy, y Fields en el 2016 concluyeron que la restricción física y la técnica de mano sobre la boca eran las técnicas menos aceptadas, mientras que la anestesia general se ubicaba en el tercer lugar de las técnicas más aceptadas (36).

Según Elango, Baweja, y Shivaprakash en el 2012, la técnica de la mano sobre la boca (HOM) fue una de las menos aceptadas por los padres en su estudio, con un total del 25.49%. Además, fue considerada inaceptable por el Grupo 3, que incluye a padres de niños con trastornos neuropatológicos (40).

El objetivo principal de la técnica mano sobre boca es controlar el comportamiento del niño y mantener la calma emocional por parte del odontólogo. Sus pasos claves son los siguientes:

1. Colocar la mano sobre la boca del niño para reducir el ruido.
2. Acercar el rostro al niño y hablar directamente en su oído.

3. Pedirle al niño en voz baja que deje de gritar y escuche, prometiendo retirar la mano después.
4. Explicar que solo se desea hablar y examinar sus dientes.
5. Repetir las instrucciones después de unos segundos, preguntándole si está listo para retirar la mano.
6. Advertir al niño que debe mantenerse en silencio cuando se retire la mano.

Estos pasos permiten establecer un control sobre el comportamiento del niño y mantener una actitud tranquila por parte del odontólogo durante el procedimiento (39).

2.8 REESTRUCTURACIÓN DE LA MEMORIA

La información que un niño recibe después de un evento puede influir en su memoria de dicho evento. Si un padre recuerda al niño una experiencia desagradable en el odontólogo, los recuerdos de la visita pueden volverse más negativos. La reestructuración de la memoria se ha propuesto como una herramienta para evitar el miedo dental después de una experiencia desagradable (41).

Esta técnica se compone de cuatro elementos específicos. En primer lugar, se muestra al niño una imagen alegre de sí mismo durante una visita al odontólogo como un recordatorio visual. En segundo lugar, se le pregunta al niño si le dijo al padre lo valiente que fue durante la visita. El niño participa en un juego de roles para comunicar al odontólogo lo que se le informó al padre. Esto implica la verbalización, donde el niño relata su buen comportamiento. Luego, el odontólogo elogia al niño de manera específica y con ejemplos concretos de su comportamiento colaborativo, como mantenerse muy quieto (23).

Una forma visual de recordatorio podría ser una fotografía del niño sonriendo en la visita inicial (es decir, antes de la difícil experiencia). El refuerzo positivo a través de la verbalización consistiría en preguntarle al niño si les había dicho a sus padres lo bien que lo había hecho en la última cita. Se le pide al niño que represente un papel y le cuente al odontólogo lo que les había contado a sus padres (21).

2.9 COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación no verbal es el uso de contacto físico, postura, expresión facial y lenguaje corporal para reforzar y guiar el comportamiento del paciente. Sus objetivos son mejorar la efectividad de otras técnicas comunicativas y captar o mantener la atención y el cumplimiento del paciente. Puede ser utilizada con cualquier paciente y no tiene contraindicaciones específicas(21).

2.9.1 MEJORAR EL CONTROL

Mejorar el control es una técnica utilizada para permitir que el paciente, especialmente uno ansioso/miedoso, asuma un papel activo en la experiencia dental. El odontólogo proporciona al paciente una señal (por ejemplo, levantar la mano) para que la utilice si se siente incómodo o necesita interrumpir brevemente el tratamiento. El paciente debe practicar este gesto antes de iniciar el tratamiento para enfatizar que es un movimiento limitado fuera del área de trabajo (21).

Cuando el paciente utiliza la señal durante los procedimientos dentales, el odontólogo debe responder rápidamente con una pausa en el tratamiento y reconocer la preocupación del paciente. Se ha demostrado que mejorar el control es eficaz para reducir el dolor intraoperatorio.

2.9.2 ESCAPE

El escape brinda a los niños la oportunidad de descansar durante la visita dental, al permitirles detener la actividad en la boca sin tener que levantarse de la silla. Existen dos tipos de escape que se han debatido: el escape contingente (En este enfoque, el escape se otorga al niño como respuesta directa a su comportamiento durante el procedimiento. Por ejemplo, si el niño muestra signos de malestar o ansiedad, el odontopediatra podría permitir una breve pausa antes de continuar) y el no contingente (En este caso, se otorga al niño la oportunidad de tomar un descanso en momentos predeterminados, independientemente de su comportamiento durante el procedimiento). La escapatoria de eventos desagradables o no deseados es una de las principales fuentes de motivación y desempeña un papel significativo en los problemas de manejo del comportamiento, como los arrebatos de temperamento (23).

2.9.3 TRATAMIENTO DIFERIDO

Una opción a considerar es postergar el tratamiento. Cuando el comportamiento del paciente representa un obstáculo para brindar una atención segura y de calidad, si las necesidades de tratamiento no son urgentes, es posible aplazar el procedimiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no se debe posponer el tratamiento de pacientes que sufren dolor, infecciones o lesiones cariosas avanzadas (21).

En cambio, se pueden retrasar procedimientos como el tratamiento de pequeñas lesiones cariosas, la aplicación de sellantes y el mantenimiento de espacios hasta que el paciente muestre una mayor cooperación. Los padres deben ser informados de que se está difiriendo el tratamiento ideal debido al comportamiento del paciente y deben entender las posibles consecuencias. Además, se debe establecer un plan de observación activa para evaluar cualquier empeoramiento de la condición y tomar medidas adecuadas en ese caso (23).

2.10 TÉCNICA DE DISTRACCIÓN

2.10.1 DISTRACCIÓN

Las técnicas de distracción se basan en utilizar estrategias que sobrecargan la capacidad de atención limitada del paciente, desviando su atención del tratamiento dental desagradable. Estas técnicas incluyen una variedad de distracciones, como el uso de gafas 3D, *biofeedback*, cuentos y juguetes infantiles, microscopio dental, canciones infantiles, modelado en vivo, gafas de realidad virtual, jeringas camufladas y agujas telescópicas. Se ha determinado que estas técnicas son efectivas para el manejo de la ansiedad y el miedo en niños, sin presentar ninguna contraindicación (26).

Utilizar técnicas de distracción, como permitir al paciente ver su programa de dibujos animados favorito, escuchar música o sostener juguetes especiales, puede ayudar a distraerlos durante los procedimientos. Además, estrategias como sostener un globo lleno de agua o un tubo de acordeón pueden mantener su atención y compromiso durante el tratamiento (30).

2.10.1.1 DISTRACCIÓN CON AUDIO

Según investigaciones realizadas por Navit et al., Singh et al. y Tshiswaka y Pinheiro en el 2020, se encontró que la distracción de audio tiene un efecto significativo en la reducción de la ansiedad. Estos estudios compararon la distracción de audio con un grupo de control en el que no se aplicó ninguna otra técnica (42).

Investigaciones realizadas por Khandelwal, Kalra, Tyagi, Khatri, y Gupta en el 2018, Naithani y Viswanath, Nuvvula et al. y Kaur et al., también demostraron que la distracción de audio es más efectiva en comparación con el grupo de control. Los autores sugirieron que esto puede atribuirse al hecho de que la música ayuda a reducir el ruido desagradable de los instrumentos dentales u otros estímulos que generan ansiedad. Además, escuchar canciones familiares brinda a los pacientes una sensación de familiaridad con el entorno. Sin embargo, al compararla con la distracción audiovisual en estos estudios, se encontró que la distracción audiovisual era más efectiva (43).

La elección del tipo de música parece ser importante para obtener efectos positivos. Un estudio realizado con 150 niños mostró que las historias auditivas tuvieron un mayor impacto que la música infantil y de películas. Se han encontrado pruebas de su eficacia, tanto en forma activa como pasiva. Una revisión sistemática realizada por Moola, Pearson y Hagger en el 2011 recomienda su uso, con un grado B de evidencia, tanto en niños como en adultos, y sugiere que es preferible a los tratamientos farmacológicos (44).

2.10.1.2 DISTRACCIÓN AUDIOVISUAL

Diversas investigaciones como, por ejemplo, la realizada por Niharika, Reddy, Srujana, Srikanth, Daneswari, Geetha en el 2018, han demostrado la efectividad de la distracción audiovisual utilizando realidad virtual para reducir la ansiedad. La realidad virtual combina estímulos sensoriales de audio, visual y cinestésico, lo que la convierte en una técnica de distracción sumamente inmersiva. Esto permite que la atención del niño se desvíe en gran medida del entorno temeroso circundante. Además, se ha observado que la realidad virtual también reduce la actividad cerebral relacionada con el dolor (45).

En un estudio realizado por Nuvvula, Alahari, Kamatham y Challa en el 2019, se observó que el 83.3% de los niños presentaron un comportamiento positivo en el grupo de distracción audiovisual, en comparación con el 60% en el grupo de distracción de audio durante la administración de anestesia local. Sin embargo, se encontraron limitaciones en el uso de gafas, como su disponibilidad limitada en tamaños pequeños, costos elevados, necesidad de esterilización y dificultades en la comunicación. Diferentes estudios han comprobado su eficacia al mejorar el nivel de ansiedad; si bien otros no han observado diferencias significativas aunque admiten una mejora en el comportamiento (46).

2.10.2 APLICACIONES DENTALES

En un estudio realizado por Shah y Bhatia en el 2018, se utilizó una aplicación sobre trabajos dentales que mostraba de manera interactiva el uso de equipos dentales comunes. Se observó que esta intervención resultó en una reducción del doble en los niveles de ansiedad en comparación con las técnicas convencionales. Estudios similares realizados por Elicherla, Bandi, Nuvvula, Challa, Saikiran, y Priyanka en el 2019 también reportaron resultados positivos al utilizar aplicaciones que muestran los trabajos dentales para reducir la ansiedad en los niños. Sin embargo, se señaló que estas aplicaciones están mayormente disponibles en inglés, lo que limita su accesibilidad para una parte significativa de la población (25,47).

2.11 TÉCNICAS ALTERNATIVAS

2.11.1 AROMATERAPIA

La utilización de ciertos aromas puede tener efectos positivos tanto a nivel físico como emocional, ya que pueden desencadenar la liberación de neurotransmisores que inducen la relajación. Se ha observado que esto puede generar cambios en el nivel de ansiedad, así como en la frecuencia cardíaca y respiratoria (48).

2.11.2 HIPNOSIS

La hipnosis se emplea en Odontología para inducir un estado de relajación al desviar la atención del paciente de los estímulos externos. Aunque se ha demostrado su eficacia, su uso es limitado debido a que requiere un entrenamiento específico por parte del profesional (49).

2.11.3 RELAJACIÓN

El uso de técnicas de relajación, especialmente a través de ejercicios respiratorios, se ha empleado para disminuir la ansiedad con resultados favorables. Aunque se reconoce que la relajación respiratoria puede ser efectiva en reducir la percepción del dolor, la evidencia es menos concluyente en cuanto a su capacidad para reducir la ansiedad (49).

2.11.4 LUDOTERAPIA

Se trata de una técnica de modificación de conducta sencilla, económica y no invasiva que puede ser utilizada en cualquier momento durante la atención dental. Esta técnica puede involucrar diversas modalidades, como juegos con materiales físicos, preguntas sobre experiencias agradables o el uso de la imaginación a través de historias (49).

2.12 TÉCNICAS AVANZADAS DE MANEJO DE CONDUCTA

2.12.1 ESTABILIZACIÓN PROTECTORA

La estabilización protectora consiste en utilizar cualquier método manual, dispositivo o equipo para inmovilizar o reducir el movimiento del paciente durante el tratamiento. Puede ser activa, con la ayuda del padre, odontólogo o asistente, o pasiva, utilizando dispositivos o materiales. Se utiliza para prevenir lesiones y se aplica brevemente en momentos de comportamiento inesperado o no cooperativo. La estabilización pasiva es más efectiva y segura que la activa, especialmente en pacientes adultos con discapacidad intelectual (23).

La estabilización protectora es una de las técnicas de orientación del comportamiento más controversiales. Los padres suelen considerar tanto la inmovilización activa como la pasiva como inaceptables, e incluso muchos odontopediatras consideran que su uso es raramente aceptable para el tratamiento dental de rutina (34).

2.12.2 SEDACIÓN Y ANESTESIA GENERAL

La administración de sedación en niños es un proceso delicado que requiere un enfoque cuidadoso para garantizar la seguridad y comodidad del paciente. Los niños a menudo pueden sentir ansiedad o miedo ante procedimientos odontológicos, lo que puede dificultar su cooperación. La sedación les permite relajarse y reducir el estrés, lo que facilita la realización de los procedimientos necesarios. Sin embargo, es fundamental que la sedación no sea tan profunda que impida la capacidad del niño para responder a estímulos externos y participar en la comunicación. Los niños deben poder ser despertados y participar en interacciones con el personal odontológico y asistentes durante el procedimiento. Esto no solo ayuda a mantener un ambiente más controlado y seguro, sino que también permite que el niño se sienta más cómodo y menos vulnerable. En el caso de niños que no tienen las habilidades de afrontamiento necesarias debido a su edad temprana o a discapacidades médicas o del desarrollo, la anestesia general puede ser una opción beneficiosa pues sumerge al paciente en un estado de inconsciencia controlada, lo que evita cualquier posible angustia durante el procedimiento. Además, esto permite que los médicos realicen los procedimientos de manera más efectiva y segura (23).

2.12.3 SOPORTES BUCALES EN ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS

Los dispositivos de soporte bucal (abrebocas) se emplean de manera habitual en la Odontología para mejorar la calidad del cuidado dental y brindar comodidad y seguridad al paciente. Estos dispositivos ayudan a prevenir la fatiga ocasionada por mantener la boca abierta durante visitas prolongadas, así como el cierre accidental de la boca por parte del paciente, con lo cual se evitan posibles lesiones o contaminación por humedad en el área que se está tratando (23).

Según las directrices de la AAPD sobre Orientación del Comportamiento, el uso de un soporte bucal en un niño que coopera no se considera estabilización, mientras que en un niño no cooperativo se interpreta como una estabilización protectora que requiere consentimiento informado (50).

2.12.4 ÓXIDO NITROSO

Nelson, Griffith, y Lane en el 2017 descubrieron que los niños con un alto control voluntario (la capacidad de inhibir reacciones negativas y enfocarse en una tarea y persistir incluso si es difícil)

fueron sedados con éxito utilizando óxido nitroso. En general, el N2O/O2 es aceptado fácilmente por los padres (51).

Se ha demostrado que el uso de N2O/O2 tiene un efecto significativo en reducir el comportamiento ansioso y poco cooperativo de los niños. Al contribuir a una mejor experiencia, también facilita la adaptación en visitas posteriores, incluso si no se utiliza en esas visitas. Es importante tener en cuenta que el N2O/O2 es eficaz cuando se combina con técnicas de manejo comunicativo del comportamiento. Ayuda a mejorar la capacidad del niño para adaptarse y ser receptivo a técnicas como decir mostrar y hacer, refuerzo positivo y distracción. Además, el N2O/O2 es generalmente bien aceptado por los padres (51).

2.13 CAMBIOS EN LA SOCIEDAD Y LA PARENTALIDAD

En las últimas dos décadas, se han producido numerosos cambios en la sociedad que han influido en la forma de crianza en Estados Unidos. El clima económico y social en constante evolución ha dado lugar a diferentes tipos de familias. Se ha observado una tendencia hacia una mayor desconexión y aislamiento en las familias, ya que los jóvenes se alejan cada vez más de los miembros de la familia extendida. Además, se ha registrado un aumento en el número de familias monoparentales y limitaciones de tiempo libre debido a los horarios de trabajo de las familias con ingresos dobles o padres solteros (23). Ese proceso de cambios está sucediendo en otros países también.

En la actualidad, la institución familiar está experimentando una transformación significativa estrechamente vinculada tanto a las nuevas responsabilidades y roles sociales y laborales de los padres, como a un contexto de diversos estilos de vida emergentes. (52).

El componente económico ha llevado a cambios en los estilos de crianza, con padres estresados implementando una crianza inconsistente, comunicaciones negativas, supervisión reducida, reglas y límites poco claros, disciplina severa y comportamiento reactivo. Estos factores han contribuido a una disminución en la calidad de la relación entre padres e hijos. Además, la creciente violencia en los medios de comunicación ha influenciado negativamente en el control del comportamiento y ha normalizado la agresión, lo que se traduce en un comportamiento más

desafiante en los niños. Estudios muestran que estos cambios en los estilos de crianza han tenido un impacto negativo en el comportamiento de los pacientes (53).

La exposición a la violencia en los medios de comunicación ha contribuido a la aceptación de comportamientos inadecuados y ha aumentado la tendencia a comportamientos desafiantes en los niños. Estos cambios en los estilos de crianza han tenido un impacto en el comportamiento de los pacientes y han llevado a una mayor necesidad de técnicas de manejo del comportamiento (4).

En un estudio realizado por Abbas, Qureshi, Waseem, y Talaat en el 2023, se investigó en la consulta dental el efecto del nivel de ansiedad de los padres en la aceptación de las estrategias no farmacológicas de manejo del comportamiento, utilizadas en Odontopediatría. La investigación encontró que los padres que acompañan a sus hijos al odontólogo presentan un nivel moderado de ansiedad, sin importar la edad de los niños. Los padres demostraron interés en las estrategias no farmacológicas de manejo del comportamiento cuando se les brindó una explicación y demostración previa. No obstante, se observó una notable resistencia hacia el uso de sedación y anestesia, especialmente por parte de los padres de niños más jóvenes (3,54).

Los progenitores ejercen una influencia significativa en el comportamiento de sus hijos durante las visitas al odontólogo. El desarrollo de actitudes positivas hacia el cuidado bucodental puede propiciar la creación temprana de un entorno favorable para la salud dental. La implementación de cuidados preventivos en etapas tempranas contribuye a reducir la incidencia de enfermedades dentales, disminuir la necesidad de tratamientos y minimizar las posibilidades de vivir experiencias desagradables. Asimismo, aquellos padres que han experimentado situaciones dentales adversas pueden transmitir su ansiedad o temor dental a sus hijos, generando un impacto negativo en la actitud y respuesta de los pequeños hacia el cuidado dental (21).

En un estudio realizado por Genish y Law en el 2021, se examinaron los efectos de los estilos de crianza contemporáneos en las técnicas de orientación del comportamiento utilizadas en Odontopediatría. El objetivo principal fue analizar las diferencias generacionales, el impacto de la crianza en el desarrollo infantil y los cambios en la aceptación de las técnicas de orientación del comportamiento, con el propósito de proponer nuevas estrategias para el manejo del comportamiento infantil en el ámbito dental. Se abordaron conceptos como las variaciones

generacionales, la neurobiología interpersonal y la neurociencia afectiva. Los autores resaltaron la importancia de comprender los contextos sociales y parentales que influyen en el desarrollo y comportamiento de los niños, con el fin de ofrecer un enfoque más centrado en la persona durante la atención odontológica (53).

Segara Ortells, Ribelles Llop, Borrell García, Marqués Martínez, y Menéndez en una revisión literaria publicada en el año 2022, destaca en su artículo que en las últimas dos décadas se han producido transformaciones significativas en los estilos de crianza, lo que ha generado la desaprobación de algunas técnicas tradicionales de orientación del comportamiento en Odontopediatría debido a que los padres las consideran inadecuadas para sus hijos. Estos cambios en los enfoques de crianza han motivado ajustes en los programas de formación en dicha profesión (14).

El estudio llevado a cabo por Martínez Mier, Walsh, Farah, Vinson, Soto-Rojas, Jones en el 2019 pone de relieve que la aceptación de las técnicas de orientación del comportamiento en Odontopediatría varía en función del trasfondo étnico y racial de los padres. **Los resultados revelaron que los padres de origen hispano mostraron una mayor receptividad hacia las técnicas de control de voz y restricción pasiva**, pero una menor aceptación de la anestesia general y la sedación con óxido nitroso. **Por otro lado, los padres de origen no hispano blanco y negro mostraron una preferencia por las técnicas de “decir-mostrar-hacer”, y la sedación con óxido nitroso (55).**

Entender las posturas de los progenitores hacia las técnicas de manejo de conducta puede fortalecer la comunicación entre el odontólogo y los padres, al mismo tiempo que promueve una mayor adhesión al cuidado bucodental en los niños (55).

La nueva generación de padres, tal como lo señalan McDonald, Avery y Dean en el 2011, desempeña un papel fundamental en la gestión del comportamiento de sus hijos. Con los cambios sociales y demográficos que se han producido en los últimos años, como la presencia de **familias monoparentales, familias ensambladas y hogares multigeneracionales**, se han generado dinámicas que afectan indirectamente el comportamiento de los niños en los entornos dentales(31).

Es esencial comprender y adaptarse a las actitudes y expectativas de estos padres en relación con las técnicas de orientación del comportamiento en Odontología Pediátrica. Para lograr una mejor comunicación y fomentar una mayor cooperación y adhesión al cuidado dental de los niños, los odontólogos deben establecer un enfoque respetuoso que tome en cuenta valores, creencias y comportamientos de la familia, además de desarrollar una relación de confianza que promueva la colaboración efectiva (31).

En el artículo publicado en el 2022 por Segarra Ortells, Ribelles Llop, Borrell García, Marqués Martínez y Menéndez se examina la correlación existente entre los estilos de crianza y el comportamiento infantil en el ámbito de la Odontopediatria. El estudio identifica diversos estilos parentales y sus implicaciones en el desarrollo de los niños en este contexto. Dichos estilos incluyen (14):

- **Padres autoritarios:**

- Se caracterizan por la valoración del control y la obediencia incuestionable.
- Aplican castigos enérgicos ante infracciones.
- Exhiben menor calidez emocional y mayor distanciamiento afectivo.
- Los niños suelen mostrar signos de descontento, retraimiento y desconfianza.

- **Padres permisivos o sobre indulgentes:**

- Dan prioridad a la autoexpresión y autorregulación de sus hijos.
- Son menos exigentes y permiten que los niños tomen decisiones respecto a sus actividades.

- Muestran un enfoque cálido y poco controlador.

- Los niños pueden presentar inmadurez y dificultades en el establecimiento de vínculos.

- **Padres autoritativos:**

- Valoran la individualidad de sus hijos y establecen límites claros.
- Brindan un apoyo emocional cálido.
- Combinan un nivel moderado de control con la aceptación de la autonomía.
- Los niños tienden a ser curiosos, confiados, con iniciativa y buen rendimiento académico.

- **Padres ansiosos:**

- Provenientes de familias con experiencias traumáticas o padres jóvenes e inexpertos.

- Muestran una sobreprotección y sobre-afectividad debido a temores y ansiedades.
- Los niños pueden desarrollar una excesiva dependencia y exhibir timidez y cobardía.
- **Padres que rechazan:**
- Mantienen una actitud negativa caracterizada por críticas y disciplina excesiva.
- Se distancian emocionalmente de sus hijos.
- Los niños pueden ser desobedientes y propensos a conductas problemáticas.
- **Padres sobre-afectivos:**
- Involucran a los hijos en una etapa tardía de sus vidas, son hijos únicos, adoptados o el menor de la familia.
- Pueden encontrar dificultades en la preparación adecuada de los niños para integrarse en la sociedad, la escuela o el hogar.
- La sobre-afectividad y la falta de establecimiento de límites adecuados pueden ser factores influyentes (14).

2.14 RELACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS EN LA PARENTALIDAD Y EL MANEJO DE CONDUCTA.

En la evolución de los enfoques de crianza en las sociedades occidentales, resalta lo que se llama "familias negociadoras", en las cuales las dinámicas parentales se vuelven más flexibles y equitativas. Este cambio ha resultado en la crianza de niños más exigentes y menos respetuosos a la autoridad de sus padres. Dentro del ámbito de la Odontopediatría, la relación entre profesionales y niños se torna un factor crucial para el éxito de los tratamientos. Los transformados estilos parentales han impactado en las preferencias de los padres hacia ciertas técnicas de orientación del comportamiento durante las citas en el odontopediatra de sus hijos.

Los expertos en Odontología reconocen que estos cambios en la crianza repercuten en la colaboración y conducta infantil durante las visitas médicas. Además, el autor investiga cómo la formación universitaria se ha adaptado para instruir en las técnicas básicas de orientación del comportamiento y cómo las preferencias parentales afectan la selección de dichas técnicas. Como resultado, se ha observado una preferencia por las técnicas que se alinean con los nuevos enfoques de crianza. Por ejemplo, se ha notado que los padres tienden a favorecer las técnicas de

manejo de conducta que promueven la comunicación positiva, el fomento de la autonomía y la participación activa del niño en el proceso de atención odontológica. Estas técnicas pueden incluir explicaciones claras y amigables antes de la visita al odontólogo, la utilización de imágenes positivas para reducir la ansiedad y el control de voz para brindar instrucciones de manera no autoritaria(14).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se clasifica como análisis diferenciado, descriptivo y de corte transversal. Los estudios descriptivos según Dankhe en el 1986 tienen como objetivo principal proporcionar una descripción detallada de las propiedades relevantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se esté analizando. En este caso, el estudio se enfocó en describir las variables que influyen en la aceptación de las técnicas de manejo de conducta por parte de los padres cuando llevan a sus hijos a la consulta dental. La metodología utilizada permitió obtener información sobre estas variables en un momento específico, sin establecer relaciones causales ni realizar seguimiento a lo largo del tiempo (57).

3.2 MÉTODO

El método utilizado en esta investigación fue el método deductivo, el cual consiste en partir de enunciados generales y universales para llegar a conclusiones particulares. Se utilizaron instrumentos científicos para indagar sobre las razones detrás de la aceptación de las estrategias de manejo de comportamiento en Odontopediatría. El objetivo fue evaluar cómo las variables seleccionadas se relacionaban entre sí con la aprobación o no de las técnicas de manejo de conducta específicas.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Padre-madres-tutores de pacientes en la unidad de Postgrado de Odontopediatría Unibe.

Muestra: En esta investigación, se empleó un enfoque de muestreo no probabilístico conocido como muestreo por conveniencia. Tal estrategia se eligió debido a la conveniencia y accesibilidad de los padres que asistían a la Unidad de Postgrado de Unibe, en el área de Odontopediatría, durante un período de tiempo determinado. Dado que la disponibilidad de esta población no se podía predecir ni calcular con precisión, se estableció un listado de 100 participantes como una muestra representativa dentro del alcance del estudio.

Es importante destacar que el muestreo por conveniencia puede tener ciertas limitaciones, ya que la muestra puede no ser completamente representativa de la población general. Sin embargo, en este caso, se consideró una opción viable debido a la naturaleza específica del contexto de la investigación y la necesidad de recopilar datos de los padres que estaban presentes en la Unidad de Postgrado de Unibe en el área de Odontopediatría en el momento del estudio.

A pesar de las limitaciones inherentes al muestreo por conveniencia, se tomaron medidas para garantizar la calidad y validez de los datos recopilados. Se implementaron criterios de inclusión claros y se siguieron protocolos estandarizados para la recolección de datos.

Además, se realizó un análisis riguroso de los resultados obtenidos para proporcionar una interpretación precisa y fundamentada.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Padres o tutores de pacientes que asistieron a la Unidad de Postgrado de Unibe en el área de Odontopediatría en el período julio-agosto 2023.
- Padres o tutores que de forma voluntaria asintieron participar en este estudio.
- Padres o tutores que firmaron el consentimiento informado.
- Padres o tutores que cumplieran con la mayoría de edad legal de 18 años
- Padres o tutores de pacientes con rango de edad entre 0-17 años

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padres o tutores de pacientes con necesidades especiales.
- Padres o tutores de pacientes que no pertenecían a la Unidad de Postgrado de Unibe en el área de Odontopediatría.

3.6 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en la Unidad de Postgrado de Unibe en el área de Odontopediatría. Se creó una lista de padres que acudían a esta unidad, con el propósito de invitarlos a participar en el estudio. La recolección de datos finalizó una vez que se alcanzó el número deseado de 100 participantes en la lista.

3.7 PROCEDIMIENTO

Se informó a todos los padres que asistieron a la Unidad de Postgrado de Unibe en el área de Odontopediatría sobre el estudio en curso. Aquellos padres que expresaron su deseo de participar fueron registrados en una lista para asegurar que no participaran más de una vez. A los padres que aceptaron participar de manera voluntaria se les proporcionó un consentimiento informado. La presentación del video educativo se realizó utilizando dos dispositivos electrónicos portátiles (tabletas iPad Pro). Se organizó una habitación donde los padres ingresaban de dos en dos para garantizar que cada uno tuviera acceso a un dispositivo para visualizar el video (ANEXO 4). Una vez que los padres vieron el contenido, se les solicitó que completaran un cuestionario que incluía preguntas específicas sobre cada una de las técnicas de manejo de conducta presentadas en el video. Al finalizar el cuestionario guiado, los datos fueron recolectados y almacenados bajo llave, garantizando así la confidencialidad y el anonimato de la información, tal como se estableció en el consentimiento informado (ANEXO 1).

La investigación fue certificada en el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana Unibe con el número de certificado ACECEI2023-06, una vez aprobada por dicho comité (ANEXO 2).

En el estudio de investigación realizado por Aguiló en 2014, se examinaron las actitudes de los padres hacia diferentes técnicas de manejo de conducta. El estudio concluyó que las técnicas menos restrictivas fueron las más aceptadas por los padres, mientras que las técnicas más estrictas, como el control de voz, fueron menos aceptadas. Como recomendación, se sugirió realizar estudios similares en el futuro para considerar las variaciones en la población a lo largo del tiempo (5). Con este propósito se decidió hacer la presente investigación, partiendo de plantear que la manifestación de ansiedad y falta de colaboración en niños puede afectar negativamente la calidad de los procedimientos odontológicos realizados. Por otro lado, cuando se establece una relación de confianza entre el profesional y el niño, se produce una respuesta más favorable al tratamiento dental recomendado. En la actualidad, se observa un creciente nivel de conciencia por parte de los padres en cuanto a sus hijos como pacientes, lo que ha generado un aumento en la demanda de consentimiento informado y protección infantil.

Esta situación nos enfrenta a una sociedad más permisiva pero también más exigente, lo cual implica que los odontólogos deben abandonar ciertas técnicas restrictivas de manejo del comportamiento y explorar otras opciones que sean más aceptables tanto para los padres como para los pacientes pediátricos a nivel físico y psicológico (24).

3.8 TÉCNICA

Se empleó un cuestionario de selección múltiple compuesto por cuatro preguntas sobre las técnicas de manejo de conducta y una pregunta abierta. Este cuestionario fue adaptado del utilizado por Aguiló en su estudio del 2014. El instrumento de recolección de datos fue diseñado para obtener información a través de una serie de preguntas específicamente diseñadas para explorar el tema en cuestión y generar puntuaciones globales.

3.8.1 TÉCNICA DOCUMENTAL

Se llevó a cabo una investigación de tipo documental utilizando métodos lógicos y mentales propios de la investigación, como el análisis, la síntesis y la deducción, con el objetivo de recopilar y analizar información relevante. Esta recopilación de datos permitió describir los hechos, identificar posibles problemas y proporcionar orientación hacia otras fuentes de investigación relacionadas con la aceptación de las técnicas seleccionadas por parte de los padres.

3.8.2 ELEMENTO VIDEO

Se produjo un video de duración de 6 minutos en la Unidad de Postgrado de UNIBE en el área de Odontopediatría, el cual incluyó escenas ensayadas y diálogos simulados para representar la atención odontológica en el área de Odontopediatría. El video fue realizado con una cámara Sony A7SIII y editado utilizando el software Adobe Premiere 2023 acompañado de un programa de audio Rode go II. El video brinda una explicación didáctica de 4 técnicas de manejo de conducta: “decir-mostrar-hacer”, refuerzo positivo, mano sobre boca y control de voz.

El video es de naturaleza educativa y tiene un enfoque documental para presentar información sobre las ventajas, desventajas y objetivos de su aplicación. La información escrita en el vídeo proporciona una guía para su comprensión (ANEXO 6). Al principio del video se presenta una breve información escrita y auditiva en la cual explica a todos los padres que el contenido del video es de forma actuada y con consentimiento de los padres del participante. (ANEXO 5).

Para cada técnica presentada en el video, se utilizó un mismo operador y un mismo paciente. Los actores fueron seleccionados siguiendo los criterios establecidos por la investigadora principal. Antes de la participación del paciente pediátrico en el video, se obtuvo el consentimiento firmado por su representante legal, utilizando un formulario diseñado específicamente para ese propósito (ANEXO 3). Se proporcionó una copia del consentimiento al representante legal y también se obtuvo el consentimiento verbal o asentimiento del paciente pediátrico. El video fue aprobado por el comité de ética correspondiente antes de su realización (ANEXO 1).

Se proyectó un video a los padres que asistieron al centro. El video mostraba cuatro tipos de técnicas de manejo de conducta: dos de naturaleza comunicativa y básica, y dos más drásticas que simulaban situaciones en las que el paciente presentaba un comportamiento no cooperador. Después de la proyección, se les entregó un cuestionario de selección múltiple a los padres que incluía 4 preguntas cerradas sobre las cuatro técnicas de manejo de conducta y una pregunta abierta.

3.9 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El cuestionario utilizado en esta investigación se basó en un estudio previo realizado por Aguiló en el año 2014, como parte de su investigación en la Unidad de Postgrado de Unibe en el área de Odontopediatría. Dicho cuestionario fue adaptado y modificado para ajustarse a los objetivos específicos de este estudio. Se realizaron cambios en el cuestionario original, incluyendo una pregunta abierta que permitió a los participantes expresar su opinión sobre las técnicas de manejo de conducta específicas, como mano sobre boca y control de voz. Antes de su implementación, se obtuvo el consentimiento de Aguiló para utilizar y adaptar el cuestionario (5).

El cuestionario utilizado para los padres fue diseñado de manera que los encuestados pudieran comprender de manera rápida y sencilla todas las preguntas planteadas. El objetivo principal fue obtener información precisa sobre las percepciones y preferencias de los padres referentes a las técnicas de manejo de conducta empleadas en Odontopediatría. Se buscó incluir preguntas claras y concisas que abordaran diferentes aspectos relevantes, como la aceptación, el consentimiento y las preocupaciones de los padres en relación con dichas técnicas. Se consideró fundamental que el cuestionario fuera de fácil comprensión para garantizar una participación activa y una recolección de datos precisa y confiable.

Antes de la aplicación de cada instrumento de investigación, se proporcionó a cada participante un consentimiento informado que debieron leer y firmar. Este consentimiento hacía constar que los padres estaban de acuerdo con participar en el estudio y comprendían que toda la información proporcionada en el cuestionario se manejaría de manera confidencial. Se enfatizó la importancia de la privacidad y la confidencialidad de los datos recopilados, asegurando a los padres que sus respuestas y cualquier información personal serían tratadas con la máxima discreción y solo se utilizarían con fines de investigación.

El cuestionario consistió en una serie de preguntas que abarcaban información general sobre los participantes, seguidas de dos preguntas cerradas relacionadas con el conocimiento de las técnicas de manejo de conducta presentadas. Además, se incluyeron cuatro preguntas individuales para cada una de las técnicas de manejo de conducta, correspondientes a las partes específicas del video didáctico documental. Para finalizar, se agregó una pregunta abierta que permitía a los padres expresar su opinión sobre las técnicas de mano sobre boca y control de voz. Se optó por incluir una pregunta abierta para brindar a los padres la oportunidad de compartir sus pensamientos y comentarios sobre estas técnicas en particular.

El instrumento utilizado en esta investigación fue sometido a un proceso riguroso de revisión y aprobación por parte de una barra de expertos constituida por un comité de odontopediatras afiliados a la Universidad Unibe. Este comité, integrado por profesionales con una destacada trayectoria académica y clínica en el campo de la Odontopediatría, evaluó minuciosamente el contenido del cuestionario, así como su estructura y su relevancia para los objetivos de la investigación. Se realizaron ajustes y modificaciones en el cuestionario basados en las recomendaciones y sugerencias de este comité de expertos, con el fin de garantizar su calidad y validez científica.

3.10 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1- Edad del participante ____ años		
edad-padre	edad-padre-menor-25	25 o menos
	edad-padre-25-30	25 a 30 años
	edad-padre-31-45	31 a 45 años
	edad-padre-46-65	46 a 65 años
	edad-padre-66-más	66 o más
	edad-padre-n/a	Sin respuesta

2- Edad del niño que está siendo atendido actualmente en el área de Odontopediatría UNIBE. ____ años		
edad-paciente	edad-paciente-menor-5	5 o menos
	edad-paciente-5-10	5 a 10 años
	edad-paciente-11-15	11 a 15 años
	edad-paciente-16-más	16 o más
	edad-paciente-n/a	Sin respuesta

3- Seleccione el nivel educativo que usted ha alcanzado		
educación	educación-básica	Nivel básico hasta 8vo curso
	educación-bachillerato	Bachillerato
	educación-técnico	Nivel técnico
	educación-universitario	Nivel universitario
	educación-n/a	Sin respuesta

4- ¿Es la primera vez que su hijo visita el odontopediatra?		
primera-visita	primera-visita-sí	Sí
	primera-visita-no	No
	primera-visita-n/a	Sin respuesta

5- Seleccione el promedio de ingreso mensual en su hogar		
ingresos	ingresos-5mil-10mil	RD \$5mil-10 mil pesos
	ingresos-11 mil-20 mil	RD \$11 mil-20 mil pesos
	ingresos-21 mil-50 mil	RD \$21 mil - 50 mil pesos
	ingresos-51 mil-80 mil	RD \$51 mil - 80 mil pesos
	ingresos-n/a	Sin respuesta

6- ¿Ha escuchado alguna vez hablar sobre técnicas de manejo de conducta que se utilizan en el área de Odontopediatría?		
escuchado-técnica	escuchado-técnica-sí	Sí
	escuchado-técnica-no	No

7- ¿Cuál de las siguientes técnicas de manejo de conducta conoce? (señale con una x)		
técnica	técnica-decir-mostrar-hacer	Decir Mostrar Hacer
	técnica-mano-sobre-boca	Mano Sobre Boca
	técnica-refuerzo-positivo	Refuerzo Positivo
	técnica-control-de-voz	Control de voz
	técnica-ninguna	Ninguna

Video 1 - Decir Mostrar Hacer**1.1 Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo en cualquier situación odontológica**

video 1.1	video 1.1-sí	Sí
	video 1.1-no	no

1.2 Considero que esta técnica mejora el comportamiento de mi hijo

video 1.2	video 1.2-sí	Sí
	video 1.2-no	no

1.3 La utilización de esta técnica podría provocar en mi hijo miedo en el futuro

video 1.3	video 1.3-sí	Sí
	video 1.3-no	no

Video 2 - Control de Voz**2.1 Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo en cualquier situación odontológica**

video2.1	video2.1-sí	sí
	video2.1-no	no

2.2 Considero que esta técnica mejora el comportamiento de mi hijo

video2.2	video2.2-sí	sí
	video2.2-no	no

2.3 La utilización de esta técnica podría provocar en mi hijo miedo en el futuro

video2.3	video2.3-sí	sí
	video2.3-no	no

Video 3 - Mano sobre boca**3.1 Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo en cualquier situación odontológica**

video 3.1	video 3.1-sí	sí
	video 3.1-no	no

3.2 Considero que esta técnica mejora el comportamiento de mi hijo

video 3.2	video 3.2-sí	sí
	video3.2-no	no

3.3 La utilización de esta técnica podría provocar en mi hijo miedo en el futuro

video 3.3	video 3.3-sí	sí
	video3.3-no	no

Video 4 - Refuerzo positivo**4.1 Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo en cualquier situación odontológica**

video 4.1	video 4.1-sí	sí
	video 4.1-no	no

4.2 Considero que esta técnica mejora el comportamiento de mi hijo

video 4.2	video 4.2-sí	sí
	video 4.2-no	no

4.3 La utilización de esta técnica podría provocar en mi hijo miedo en el futuro

video 4.3	video 4.3-sí	sí
	video 4.3-no	no

CAPÍTULO IV

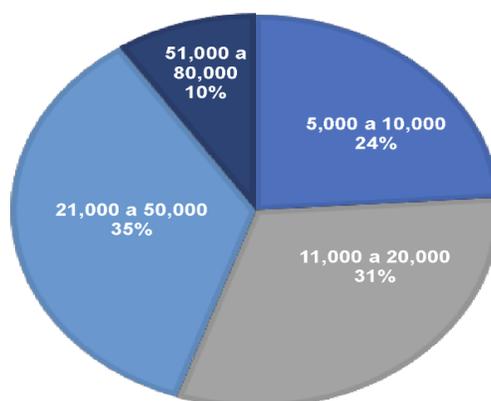
RESULTADOS

- **Pregunta abierta**

Después de ver los videos ¿Cuál es su opinión acerca de las técnicas de manejo de conducta mano sobre la boca y cambio del tono de voz?

Figura 1

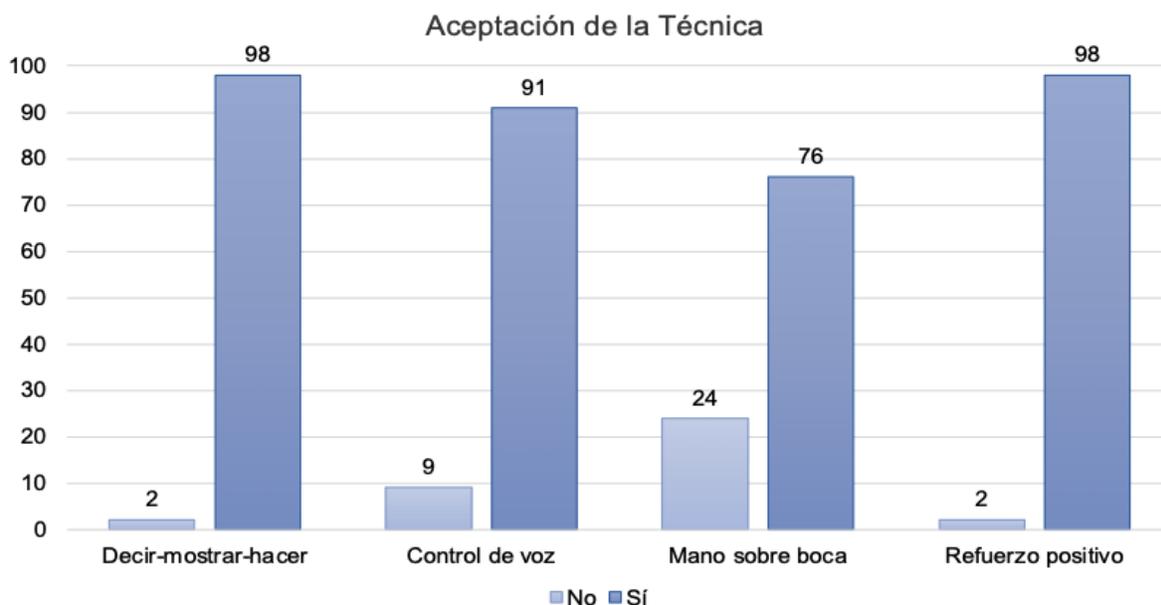
En la Figura 1 se muestra la distribución de ingresos de los padres participantes.



En cuanto a la distribución de ingresos de los participantes, obtuvimos que cuatro personas no proporcionaron información al respecto. Para el grupo restante, el 35.4% reportó tener ingresos entre los 21,000 y 50,000 pesos, el 31.3% entre los 11,000 y 20,000 pesos, el 24.0% entre los 5,000 y 10,000 pesos, y el 9.4% entre los 51,000 y 80,000 pesos.

Figura 2

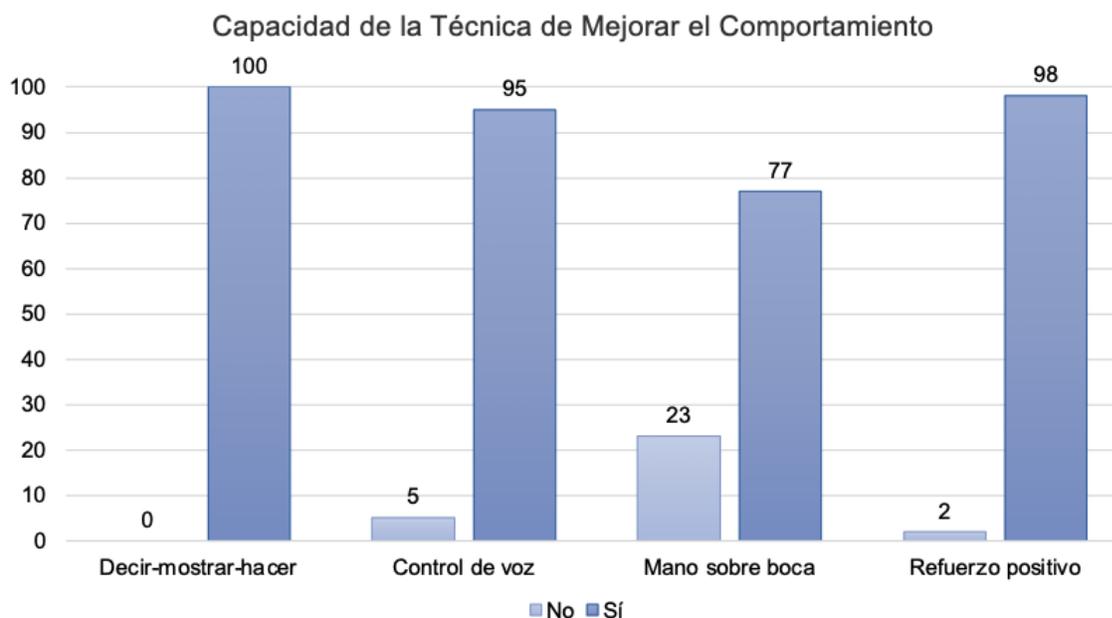
Aceptación de las Técnicas de Manejo del Comportamiento



Respecto a los niveles de aceptación de las cuatro técnicas de manejo de la conducta, el 98% de los participantes reportó aceptar la técnica de “decir-mostrar-hacer”, el 91.0% aceptó el control de voz, el 76.0% aceptó la mano sobre boca, y el 98.0% aceptó el refuerzo positivo (Figura 2). Los resultados de la prueba Q de Cochran indicaron que existían diferencias significativas entre estos niveles de aceptación ($Q [3] = 43.517, p < .001$). Según las pruebas *post hoc* Dunn-Bonferroni, el nivel de aceptación de la técnica mano sobre boca fue significativamente inferior que las demás tres técnicas. Específicamente, la aceptación de la técnica mano sobre boca fue inferior a las técnicas “decir-mostrar-hacer”, ($z = 5.712, p < .001$), refuerzo positivo ($z = 5.712, p < .001$) y control de voz ($z = 3.895, p = .001$). El resto de las comparaciones entre técnicas arrojó resultados no significativos ($.415 p 1.000$).

Figura 3

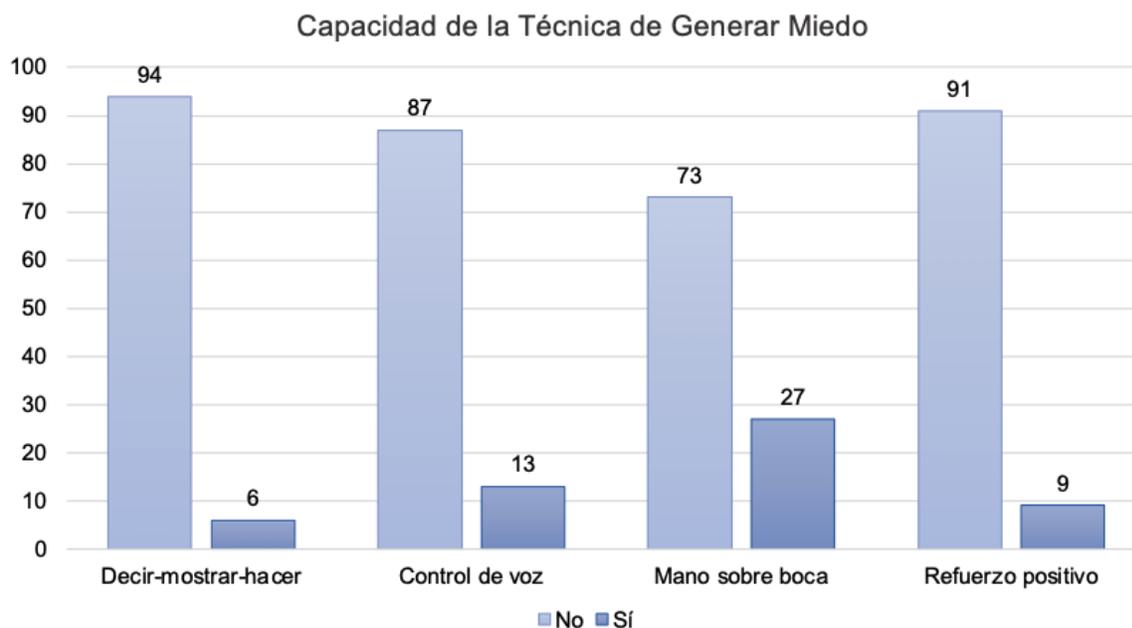
Capacidad de las Técnicas de Manejo de Mejorar el Comportamiento



En cuanto a la capacidad de las técnicas de manejo de conducta en los pacientes para mejorar el comportamiento de los mismos, el 100.0% consideró que la técnica “decir-mostrar-hacer”, mejoraba el comportamiento, el 95.0% la técnica de control de voz, el 77.0% la técnica de mano sobre boca y el 98.0% la técnica de refuerzo positivo (Figura 3). Los resultados de la prueba Q de Cochran indicaron que existían diferencias significativas entre estas tasas ($Q [3] = 51.231, p < .001$). Según las pruebas *post hoc* Dunn-Bonferroni, la técnica mano sobre boca resultó significativamente inferior que las demás tres técnicas en cuanto a su capacidad para mejorar el comportamiento de los pacientes. Específicamente, la capacidad de mejorar el comportamiento con la técnica mano sobre boca fue inferior a las técnicas “decir-mostrar-hacer”, ($z = 6.379, p < .001$), refuerzo positivo ($z = 5.824, p < .001$) y control de voz ($z = 4.992, p < .001$). El resto de las comparaciones entre técnicas arrojó resultados no significativos ($.993 p 1.000$).

Figura 4

Capacidad de las Técnicas de Manejo para Generar Miedo en el Futuro en el Paciente.



Respecto al último aspecto evaluado, es decir, la posibilidad de que la técnica de manejo del comportamiento generara miedo futuro en el paciente, el 6.0% consideró que la técnica “decir-mostrar-hacer”, podía generar miedo, el 13.0% para la técnica control de voz, el 27.0% para la técnica mano sobre boca, y el 9.0% para la técnica refuerzo positivo (Figura 4). Los resultados de la prueba Q de Cochran indicaron que existían diferencias significativas entre estas tasas ($Q[3] = 29.019, p < .001$). Según las pruebas *post hoc* Dunn-Bonferroni, la técnica mano sobre boca resultó significativamente superior que las demás tres técnicas en cuanto a su capacidad para generar miedo en los pacientes. Específicamente, la capacidad de generar miedo en los pacientes de la técnica mano sobre boca fue superior a las técnicas “decir-mostrar-hacer”, ($z = 4.973, p < .001$), refuerzo positivo ($z = 4.262, p < .001$) y control de voz ($z = 3.315, p = .005$). El resto de las comparaciones entre técnicas arrojó resultados no significativos ($.584 p < 1.000$).

Tabla 3*Comparación de la Aceptación de las Técnicas de Manejo entre el Estudio Actual y la Literatura*

Técnica	Actual		Literatura			
	N	%	Cita	N	%	<i>p</i>
Decir-mostrar-hacer	100	98.0	Seangpadsa et al. (2020)	200	87.2	.001
			Pramod et al. (2019)	300	54.9	.000
			Acharya (2017)	50	86.0	.007
			Venkataraman et al. (2016)	51	80.4	.000
			Jafarzadeh et al. (2015)	54	94.0	<u>.344</u>
			Boka et al. (2014)	229	97.6	<u>1.000</u>
			Peretz et al. (2013)	90	76.7	.000
			Muhammad et al. (2011)	100	99.2	<u>1.000</u>
			León et al. (2010)	50	60.0	.000
			García Islas et al. (2007)	120	10.6	.000
			Alammouri (2006)	138	92.8	<u>.078</u>
Control de voz	100	91.0	Seangpadsa et al. (2020)	200	62.7	.000
			Mirmoeini et al. (2020)	162	4.8	.000
			Pramod et al. (2019)	300	42.1	.000
			Acharya (2017)	50	28.0	.000
			Venkataraman et al. (2016)	51	19.6	.000
			Jafarzadeh et al. (2015)	54	53.4	.000
			Boka et al. (2014)	229	59.9	.000
			Peretz et al. (2013)	90	7.8	.000
			Muhammad et al. (2011)	100	30.5	.000
			León et al. (2010)	50	30.0	.000
			García Islas et al. (2007)	120	7.0	.000
Alammouri (2006)	138	56.5	.000			
Mano sobre boca	100	76.0	Mirmoeini et al. (2020)	162	25.9	.000
			Pramod et al. (2019)	300	26.3	.000
			Acharya (2017)	50	24.0	.000
			Venkataraman et al. (2016)	51	7.8	.000
			Jafarzadeh et al. (2015)	54	30.5	.000
			Boka et al. (2014)	229	67.9	<u>.150</u>
			Muhammad et al. (2011)	100	5.1	.000
			León et al. (2010)	50	10.0	.000
			García Islas et al. (2007)	120	5.5	.000
			Alammouri (2006)	138	9.4	.000
			Refuerzo positivo	100	98.0	Pramod et al. (2019)
Acharya (2017)	50	76.0				.000
Venkataraman et al. (2016)	51	84.3				.003
Peretz et al. (2013)	90	81.1				.000
Muhammad et al. (2011)	100	100.0				<u>.497</u>
Alammouri (2006)	138	91.3				<u>.047</u>

Nota. N = tamaño muestral; % = porcentaje de aceptación de la técnica. Los valores *p* no significativos ($\geq .05$) se muestran subrayados.

En la Tabla 1 se presentan los resultados de las comparaciones mediante la prueba exacta de Fisher entre los niveles de aceptación de las técnicas de manejo obtenidos en el presente estudio y los reportados en la literatura. Para las cuatro técnicas, las tasas de aceptación promedio

reportadas en la literatura fueron: 76.3% para “decir-mostrar-hacer”, 33.5% para control de voz, 21.3% para mano sobre boca, y 80.9% para el refuerzo positivo. A nivel descriptivo, las diferencias más grandes entre el presente estudio y la literatura se obtuvieron para control de voz (57.5%) y mano sobre boca (54.8%).

Como se puede observar en la referida Tabla 1, la mayoría de las comparaciones arrojaron diferencias significativas, por lo que se consideró que en todos estos casos los niveles de aceptación eran mayores para la población del presente estudio. En general, los tamaños de las diferencias fueron grandes o muy grandes. Por ejemplo, en el caso de la técnica de control de voz se observan en la literatura muchas tasas por debajo del 50%, mientras que para el presente estudio se obtuvo una tasa de 91% de aceptación. La técnica “decir-mostrar-hacer”, fue la que arrojó los resultados más parecidos a la literatura y no se encontraron diferencias significativas para cuatro de las comparaciones

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las valoraciones de los participantes sobre las cuatro técnicas de manejo de la conducta estudiadas (“decir-mostrar-hacer”, control de voz, mano sobre boca y refuerzo positivo) fueron recogidas mediante variables dicotómicas (0 = no, 1 = sí). Estas preguntas indagaban sobre tres aspectos: (a) aceptación de la técnica, (b) mejoría del comportamiento debido a la técnica, y (c) potencial de que la técnica provocara miedo en el futuro. Para determinar si existían diferencias significativas entre las valoraciones de las cuatro técnicas de manejo de la conducta en cada uno de los aspectos antes señalados se utilizó la prueba Q de Cochran con valores p exactos (Cochran en el 1950; y Patil, en el 1975). Esta prueba no paramétrica, ya que no asume distribuciones específicas (p.ej., distribución normal) para las variables analizadas, es una extensión de la prueba de McNemar que permite comparar las proporciones obtenidas a partir de más de dos variables dicotómicas relacionadas. En el estudio actual, las variables correspondientes a las valoraciones de las cuatro técnicas de manejo estaban relacionadas, ya que cada participante opinó sobre cada técnica. La prueba Q de Cochran contrasta la hipótesis nula de que en la población las proporciones de todas las variables analizadas son iguales (58, 59).

Un resultado estadísticamente significativo en esta prueba ($p < .05$) implicaría que por lo menos dos variables difieren en sus proporciones. Para los casos donde la prueba Q de Cochran arroja un resultado estadísticamente significativo se llevaron a cabo análisis *post hoc* mediante la prueba de Dunn-Bonferroni para el control de la tasa de error Tipo I en comparaciones múltiples (Ebeid, Sabet y Della Bona en el 2020). El estadístico Q de Cochran sigue una distribución chi-cuadrado con $k - 1$ grados de libertad, siendo k el número de proporciones que se están comparando. En el caso de la prueba *post hoc* Dunn-Bonferroni, el estadístico (z) sigue una distribución normal. Para comparar el nivel de aceptación de los participantes del presente estudio respecto a cada una de las cuatro técnicas de manejo de la conducta estudiadas con los niveles reportados en la literatura, se utilizó la prueba exacta de Fisher para proporciones independientes (Fisher en el 1922; y Kim en el 2017). La prueba exacta de Fisher contrasta la hipótesis nula de que en la población las proporciones de las dos variables analizadas son iguales. Un resultado estadísticamente significativo en esta prueba ($p < .05$) implicaría que las proporciones (niveles de aceptación de la técnica) difieren para la población del presente estudio y determinadas poblaciones de la literatura. Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico IBM SPSS (versión 25). (60, 61, 62).

ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

Para el presente estudio se recolectó una muestra de 100 padres, los cuales tenían edades comprendidas entre los 22 y 67 años ($M = 37.30$, $DT = 9.03$, y 11 valores perdidos). Estos padres que participaron en el estudio llevaron a consulta hijos con edades comprendidas entre los 1 y 17 años ($M = 8.21$, $DT = 3.57$, y 2 valores perdidos). En cuanto a su nivel de escolaridad, la mayoría de los padres tenían un nivel de educación universitario (45.0%), seguido por el nivel de bachillerato (26.0%), educación básica (21.0%) y titulación técnica (8.0%).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Anteriormente se había estudiado la preferencia de los padres en cuanto las técnicas de manejo de conducta y su aceptación hacia ellas y el tema toma vigencia de nuevo debido a los cambios en la sociedad, los cuales han obligado a los profesionales en la Odontopediatría a optar por nuevas técnicas de manejo de conducta para evitar disgustos o problemas legales (14).

Actualmente las técnicas de manejo de conducta se deben elegir no solamente en cuanto la actitud del paciente sino contando también con la participación activa de los padres y obteniendo con antelación un consentimiento informado, además de las habilidades del odontopediatra en cuanto a reconocer los estilos de crianza de dichos padres para aplicar las técnicas elegidas según el criterio de ellos. Estudios realizados en la actualidad revelan que los padres presentan mayor grado de aceptación hacia técnicas verbales y farmacológicas y menos aceptación por técnicas restrictivas de manejo conductual (12).

Comprender los estilos de crianza es esencial, pues muchos niños esperan los estilos conocidos por ellos se apliquen en diversos contextos, como la escuela y las visitas al odontólogo. Es común que los profesionales utilicen un enfoque de "control" diferente al que se emplea en el hogar, lo cual podría desconcertar al niño y potencialmente dar lugar a desafíos tanto para él como para sus padres. Mostrar de manera ejemplar interacciones autoritativas podría servir como una estrategia para ayudar a los padres a establecer una comunicación efectiva con su hijo, asegurándose de transmitir información crucial y reglas de manera eficaz (22).

La comunicación efectiva con padres más exigentes brinda la oportunidad al odontopediatra de revisar cuidadosamente las opciones de comportamiento y tratamiento, y juntos decidir lo que es mejor para el niño. Los profesionales coinciden en que la buena comunicación es importante entre el odontólogo, el paciente y el padre para construir confianza y seguridad. También están de acuerdo en que la comunicación efectiva entre el odontólogo y el niño es fundamental y requiere la atención de ambas partes. Cada profesional tiene la responsabilidad de determinar los métodos de comunicación y apoyo que optimicen mejor el entorno de tratamiento, reconociendo sus propias habilidades, las capacidades del niño en particular y los deseos del padre involucrado(3).

La percepción de los padres desempeña un papel esencial en la prestación de servicios de salud a nivel global. Evaluar el grado de satisfacción de los padres constituye una herramienta esencial para juzgar la eficacia y la excelencia de la atención odontológica otorgada. Dicha satisfacción se ve influenciada por una variedad de factores, que abarcan desde las características personales de los progenitores y sus vivencias previas, hasta sus conocimientos y expectativas, además de las aptitudes y enfoques empleados por los profesionales de la salud en la atención brindada(62)

En este apartado, procederemos a analizar los resultados mediante el contraste, la comparación y/o la relación, considerándolos como criterios para examinar tanto las variables de estudio como el contenido teórico. Además, la estructura de esta sección se basa en los objetivos establecidos, que se presentan de la siguiente manera:

Comprobar la percepción y aceptación de los padres o tutores hacia las diversas técnicas de manejo de comportamiento utilizadas en Odontopediatría en la Unidad de Postgrado en Unibe. Para el logro de este acápite se realizó un cuestionario a todos los padres que asistieran al área de Odontopediatría Postgrado Unibe , sobre cuatro diferentes técnicas de manejo de conducta (“decir-mostrar-hacer”, refuerzo positivo, mano sobre boca y control de voz) y sobre su opinión con respecto a la aceptación de cada una de las técnicas, la capacidad de mejorar el comportamiento, si ha escuchado hablar sobre alguna de las técnicas de manejo de conducta planteadas y la capacidad de generar miedo en el futuro. Además, se interrogó a los mismos sobre sus características socioeconómicas, educativas, edad, con la finalidad de identificar su percepción y aceptación de las técnicas de manejo de conducta.

Los resultados arrojan que la técnica de manejo de conducta de mayor grado de aceptación por los padres o tutores en términos generales es “decir-mostrar-hacer”, con un 98% de aceptación, estos datos corresponden con investigaciones anteriormente realizadas: Boka en el 2014 trabajó con tamaño de muestra de 229 padres/tutores, quienes mostraron un rango de aceptación a dicha técnica de un 97.60%, superando técnicas que también se usaron como variables en esta investigación, como mano sobre boca y control de voz (38).

En las características socioeconómicas y demográficas de los padres o tutores relacionadas con su percepción y preferencia hacia estas técnicas de manejo de conducta, el nivel de escolaridad más alto fue el universitario con un 35% y un 45% para un nivel de ingresos de 21,000 a 50,000 pesos. Estos datos reflejan que el nivel educativo y socioeconómico influye en que los padres o tutores presentan mejor actitud hacia las técnicas de manejo de conducta verbales como “decir-mostrar-hacer”, y refuerzo positivo. Segarra, en el 2022, en su artículo “*Relaciones entre los estilos de crianza actuales, el empleo de las técnicas de orientación del comportamiento y su enseñanza en Odontopediatría*” nos habla de cómo los padres con niveles educativos universitarios tienen mejor conocimiento y más exigencias en cuanto las técnicas de manejo de conducta(14).

En lo que concierne a la perspectiva de los padres o tutores sobre el impacto a largo plazo de las cuatro técnicas de manejo de conducta en la predisposición futura de sus hijos al miedo, es importante señalar que la técnica mano sobre boca arrojó un resultado significativo en nuestro estudio, registrando un 27%. Esto es congruente con lo planteado por García en el 2007, quien reportó un 5,52%. No obstante, es crucial destacar que los datos de nuestra investigación muestran una tasa notablemente superior a la de otros estudios analizados. Esta disparidad se origina en las diferencias en la población estudiada. En nuestro trabajo, previo al llenado de la encuesta por parte de los padres, se presentó un video educativo que explicaba el fundamento de cada una de las técnicas, brindando así una información más completa a los padres y permitiéndoles formar una opinión informada con base en sus conocimientos previos. La elaboración de este apartado se llevó a cabo con el propósito fundamental de resaltar la relevancia de proporcionar información a los padres o tutores antes de que sus hijos sean atendidos en la consulta odontológica. Dicha medida tiene como objetivo principal lograr una comprensión más completa acerca de los diversos enfoques de manejo de conducta, lo que a su vez facilita ofrecer el soporte adecuado al paciente. Esta iniciativa no solo contribuye a establecer una relación más sólida entre los padres, los pacientes y los odontopediatras, sino que también promueve un vínculo más sólido y constructivo entre todas las partes involucradas. A partir de lo estudiado se apoya la H1. “Los padres o tutores no están de acuerdo con el uso de las técnicas de manejo de conducta mano sobre boca y control de voz”(9).

CONCLUSIONES

- El estudio analizó la aceptación y percepción de cuatro técnicas de manejo de la conducta en Odontopediatría: “decir-mostrar-hacer”, control de voz, mano sobre boca y refuerzo positivo.
- Se utilizaron variables dicotómicas (0 = no, 1 = sí) para recoger las valoraciones de los participantes sobre las técnicas en tres aspectos: aceptación, mejora del comportamiento y potencial de generar miedo en el futuro.
- Los resultados de la prueba Q de Cochran indicaron diferencias significativas en la aceptación, mejora del comportamiento y capacidad de generar miedo en el futuro entre las técnicas.
- El nivel de aceptación más alto fue para “decir-mostrar-hacer”, (98%), seguido por refuerzo positivo (98%), control de voz (91%) y mano sobre boca (76%).
- La técnica mano sobre boca obtuvo el menor nivel de aceptación, mejora del comportamiento y mayor capacidad percibida para generar miedo en el futuro en los pacientes.
- Se llevaron a cabo comparaciones con tasas de aceptación reportadas en la literatura. En general, los niveles de aceptación en este estudio fueron mayores para todas las técnicas que en la literatura.
- Las diferencias entre los niveles de aceptación en el estudio y la literatura fueron particularmente notables para el control de voz y mano sobre boca.
- Los resultados sugieren que la técnica “decir-mostrar-hacer”, y el refuerzo positivo son altamente aceptadas y percibidas como efectivas, en comparación con las técnicas de control de voz y mano sobre boca.
- La percepción de los padres en cuanto el temor futuro a técnicas de manejo de conducta es alta en aquellas de carácter más drástico.
- Es esencial obtener un consentimiento informado aquellos casos que se apliquen técnicas más restrictivas en pacientes que lo ameriten.

- Es importante destacar la importancia de personalizar las técnicas de manejo de la conducta para cada paciente y considerar sus necesidades individuales, así como el papel crucial de la creatividad y flexibilidad del odontólogo y su equipo en la atención óptima a los pacientes.

- Se debe proporcionar información valiosa para mejorar la práctica odontopediátrica y adaptar las técnicas de manejo de la conducta de acuerdo con las percepciones y preferencias de los padres y pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Personalización de las técnicas: Dado que se observaron diferencias significativas en la aceptación y efectividad de las técnicas de manejo de la conducta, se recomienda que los profesionales de la Odontopediatría consideren la personalización de las técnicas según las necesidades individuales de cada niño. Esto podría incluir la evaluación cuidadosa de la ansiedad y las preferencias del niño antes de seleccionar la técnica más adecuada.
2. Enfoque en Técnicas Aceptadas: ya que las técnicas de “decir-mostrar-hacer”, y refuerzo positivo obtuvieron mayor tasa de aceptación, se sugiere que los odontopediatras prioricen la incorporación de estas técnicas en su práctica clínica. Estas técnicas pueden contribuir a crear un ambiente más cómodo y positivo.
3. Capacitación en Técnicas de Manejo: Se recomienda que los profesionales de la Odontopediatría reciban capacitación continua en una variedad de técnicas de manejo de la conducta. Esto les permitirá adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y utilizar diferentes enfoques según la situación clínica.
4. Comunicación con los Padres: Dado que los padres desempeñan un papel crucial en el éxito del manejo de la conducta de sus hijos, se sugiere que los profesionales de la salud dental brinden información detallada y educación a los padres sobre las técnicas que se utilizarán. Esto ayudará a que los padres puedan comprender mejor el proceso y a colaborar de manera efectiva con el equipo odontológico.
5. Exploración de Estrategias Complementarias: Considerando que se observaron tasas de aceptación variables para las diferentes técnicas, se recomienda explorar la posibilidad de combinar técnicas complementarias para abordar las necesidades específicas de cada paciente. Por ejemplo, combinar la técnica “decir-mostrar-hacer”, con el refuerzo positivo podría ser beneficioso para algunos niños.

6. Investigación Adicional en Pacientes Especiales: Dado que las técnicas de manejo de la conducta pueden tener un impacto diferente en pacientes con necesidades especiales, se recomienda realizar estudios específicos en poblaciones como niños con trastornos del espectro autista u otras condiciones médicas. Esto ayudaría a identificar enfoques más efectivos y personalizados para estos grupos.

7. Seguimiento a largo plazo: Se sugiere llevar a cabo estudios longitudinales que evalúen cómo el uso continuo de técnicas de manejo de la conducta afecta la percepción de los pacientes pediátricos sobre la odontología y su salud oral en el futuro. Esto proporcionará información valiosa sobre la sostenibilidad de los enfoques utilizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pineda Mesías LI, Pariona Minaya MC. Manejo de la conducta del paciente pediátrico mediante el método decir-mostrar-hacer. *Revisión Bibliográfica. Odontología*. 2022;24(1):e3406.
2. Desai SP, Shah PP, Jajoo SS, y Smita PS. Assessment of parental attitude toward different behavior management techniques used in pediatric dentistry. *J. Indian Soc, Pedod Prev. Dent*. 2019;37:350-9.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. originating committee: clinical affairs committee – behavior management subcommittee. review council: council on clinical affairs. Adopted 1990. Revised 1991, 1996, 2000, 2005, 2006, 2008, 2011.
4. Acharya S. Parental acceptance of various behaviour management techniques used in pediatric dentistry: A pilot study in Odisha, India. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2017;17(1):1-6.
5. Aguiló Álvarez, PM. Aceptación de los padres a tres técnicas de manejo de comportamiento en la unidad de postgrado odontopediatria UNIBE mayo-agosto 2014". Santo Domingo: UNIBE.
6. Mafla AC, Villalobos FH, Pinchao RW, y Lucero YD. Propiedades psicométricas de la versión española de la abeer children dental anxiety scale (ACDAS) para la medición de ansiedad dental en niños. *Scielo*. 2017.
7. Alammouri M. The Attitude of Parents toward Behavior Management Techniques in Pediatric Dentistry. *J Clin Pediatr Dent*. 2006;30(4):310-313.

8. Desai SP, Shah PP, Jajoo SS, Smita PS. Assessment of parental attitude toward different behavior management techniques used in pediatric dentistry. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2019;37:350-9.
9. García Islas A, Parés Vidrio GE, Hinojosa Aguirre A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Rev Odontol Mex.* 2007;11(3):135-139.
10. Mirmoeini Y, Sarlak H, Normohammadi Sh, Nakhostin A, Salimi Z. [A comparative study on the effects of different informing methods on parental acceptance of pediatric behavior management techniques (Persian)]. *J Arak Univ Med Sci (JAMS)*. 2020; 23(2):210-221.
11. Bartolomé Villar, B. Vilar Rodríguez, C. Cañizares, V. Torres Moreta, L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *Cient. Dent.* 2020; 17; 1; 27-34.
12. Gizania S, Seremidia K, Katsoulia K, Markoulia A, y Kloukos D. Basic behavior management techniques in pediatric dentistry: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2022;101. doi:10.1177/0022034522112345.
13. Hurtado Herrera AV, y Buitron Cáceres YL. Preferencia de las técnicas de manejo de conducta en pacientes odontopediátricos, entre los padres y estudiantes de la clínica estomatológica de la UPHFR - Huancayo 2018 [Tesis]. Huancayo: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2019
14. Segarra Ortells, C., Ribelles Llop, M., Borrell García, C., Marqués Martínez, L., y Menéndez AML. Relaciones entre los estilos de crianza actuales, el empleo de las técnicas de orientación del comportamiento y su enseñanza en Odontopediatría. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana.* 2022; 12(1), e-320301.

15. Nirmala SVSG, Inthihas SK, Aerpogu D, Rama SC, Nuvvula S. Preferences and their correlation between children and their parents' attitudes towards non-pharmacological behaviour guidance techniques – A cross-sectional study. *Indian Journal of Dental Research*. 2021;32(2):199-205. DOI: 10.4103/ijdr.IJDR_817_18.
16. Bustos Vargas G, Rubio Muñoz A, Osoros Velásquez D, Valle Quispe D, y Juscamayta Rubiños H. Aceptación de padres sobre las técnicas de manejo de conducta en niños de 0 a 8 años en el distrito de Pinra, provincia Huacaybamba, Huánuco, Perú. *Rev Fac Med Hum*. 2015;15(4):392-397.
17. Definición de Conducta [Internet]. Definición ABC. 2017 [citado 29 julio 2023]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/conducta.php>.
18. Dentistry AA. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2011;43:28–32.
19. Teixeira CT, Thomaz EB, Alves CMC, Ribeiro CCC, Ribeiro MRC. Factors associated with children's behavior during their first dental care visit. *Odontol Clín Cient*. 2012.
20. Ramírez-Ramírez L, Palma-Lara I, Salmerón-Castro J, y Alanís-Tavira J. Role of pediatric dentistry in the early detection of autism spectrum disorder: literature review. *Revista Odontológica Latinoamericana*. 2021.
21. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2018-2020;42(6):281-288
22. Wright GZ, y Kupietzky A. *Behavior management in dentistry for children*. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc. 2014.
23. Nowak AJ, Christensen JR, Mabry TR, Townsend JA, y Wells MH. *Pediatric dentistry: infancy through adolescence*. 6th ed. Elsevier; 2018.

24. Alarco-Cadillo L, Casas Apayco L, Reyes Bossio M, Ramírez Torres 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 Odontopediatr Latinoam.* 2017;7(1)
25. Shah U, y Bhatia R. Effectiveness of audio-visual distraction eyeglass method compared to tell-play-do technique among 4-7-year-old children: A randomized controlled trial. *Int J Oral Care Res.* 2018;6:1–7.
26. Radhakrishna S, Srinivasan I, Setty JV, Murali Krishna DR, Melwani A, y Hegde KM. Comparison of three behavior modification techniques for management of anxious children aged 4-8 years. *J Dent Anesth Pain Med.* 2019;19:29–36.
27. Vishwakarma AP, Bondarde PA, Patil SB, Dodamani AS, Vishwakarma PY, y Mujawar SA. Effectiveness of two different behavioral modification techniques among 5-7-year-old children: A randomized controlled trial. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2017;35:143–9.
28. Gupta Saraf B, Sheoran N, Kalra G, y Kapil D. Contemporary behavior guidance techniques to outsmart child's anxious mind. *J South Asian Assoc Pediatr Dent.* 2021;5(2):57-63. DOI: 10.5005/jp-journals-10077-3070.
29. Guedes-Pinto Antonio C, Bonecker M, y Delgado Rodrigues Celia RM. *Odontopediatría.* Santos; 2010.
30. Chandrashekhar S, y Bommangoudar JS. Management of autistic patients in dental office: A clinical update. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018;11(3):219-227.
31. McDonald RE, Avery DR, y Dean JA. *Dentistry for the child and adolescent.* 9th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2011.

32. Barros L, y Buchanan H. Correspondence between dentist and child ratings of dental anxiety in Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2011.
33. Nazzal H, El Shahawy OI, Al-Jundi S, Hussein I, y Tahmassebi JF. The use of behaviour management techniques amongst paediatric dentists working in the Arabian region: a cross-sectional survey study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021;22(3):341-348.
34. Wells M, McTigue D, y Casamassimo P. Gender shifts and effects on behavior guidance. *Pediatr Dent*. 2014;36(2):102–108.
35. Eaton JJ, McTigue DJ, y Fields HW. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2005;27(2):107–113.
36. Patel M, McTigue DJ, Thikkurissy S, y Fields HW. Parental Attitudes toward advanced behavior guidance techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*; 38(1):30-36. 2016.
37. Abushal M, y Adenubi JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Dent Child* 2003;70:104-10.
38. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, y Kotsanos N. Parental acceptance of behavior-management techniques used in pediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014;15:333-9.
39. Thomas P, Dave B, Bargale S, Poonacha KS, Joshi P, y Tailor B. Perception among dentists of Gujarat state regarding the use of conscious sedation in pediatric dental practice. KM Shah Dental College and Hospital, India. 2018.
40. Elango I, Baweja DK, y Shivaprakash PK. Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: A comparative study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2012;30:195-200.

41. Von Baeyer CL, Marche TA, Rocha EM, et al. Children's memory for pain: overview and implications for practice. *J Pain*. 2004;5(5):241–249.
42. Tshiswaka SK, y Pinheiro SL. Effect of music on reducing anxiety in children during dental treatment. *Rev Gauch Odontol*. 2020;68:1–8.
43. Khandelwal D, Kalra N, Tyagi R, Khatri A, y Gupta K. Control of anxiety in pediatric patients using “Tell Show Do” method and audiovisual distraction. *J Contemp Dent Pract*. 2018;19:1058–64.
44. Moola S, Pearson A, y Hagger C. Effectiveness of music interventions on dental anxiety in paediatric and adult patients: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews* 2011; 9 (18): 588-630.
45. Niharika P, Reddy NV, Srujana P, Srikanth K, Daneswari V, y Geetha KS. Effects of distraction using virtual reality technology on pain perception and anxiety levels in children during pulp therapy of primary molars. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2018;36:364–9.
46. Nuvvula S, Alahari S, Kamatham R, y Challa RR. Effect of audiovisual distraction with 3D video glasses on dental anxiety of children experiencing administration of local analgesia: A randomised clinical trial. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2015;16:43–50.
47. Elicherla SR, Bandi S, Nuvvula S, Challa RS, Saikiran KV, y Priyanka VJ. Comparative evaluation of the effectiveness of a mobile app (Little Lovely Dentist) and the tell-show-do technique in the management of dental anxiety and fear: A randomized controlled trial. *J Dent Anesth Pain Med*. 2019;19:369–78.
48. Rashidi F, Jalali M, Karami E, y Ebrahimi AR. The effect of music and lavender's aroma on patients anxiety during periodontal surgery. *J Dent Mater Tech* 2018; 7 (3): 117-122.

49. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J* 2013; 58: 390–407.
50. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2016;38 (special issue):185–198.
51. Nelson TM, Griffith TM, y Lane KJ. Temperament as a predictor of nitrous oxide inhalation sedation success. *Anesth Prog*. 2017;64(1):17–21.
52. Long N. The changing nature of parenting in America. *Pediatr Dent*. 2004;26:111-3.
53. Genish AA, y Law C. The Millennial Family: Adapting Behavior Guidance to Contemporary Parenting. *CDA Journal*. 2021;49(10):615-617.
54. Abbas, B., Qureshi, A. I., Waseem, M., y Talaat, A. Effect of parental dental anxiety level on acceptance of non-pharmacological behavior management strategies used in pediatric dentistry. *European Journal of Dental and Oral Health*. 2023;4(1), 231. DOI: 10.24018/ejdent.2023.4.1.231.
55. Martínez Mier EA, Walsh CR, Farah CC, Vinson LA, Soto-Rojas AE, Jones JE. Acceptance of behavior guidance techniques used in pediatric dentistry by parents from diverse backgrounds. *Clin Pediatr*. 2019;58(9):977-984. doi: 10.1177/0009922819845897.
56. Ramírez, J. Manejo del paciente niño en el consultorio dental. Santo Domingo: Amigo del Hogar, 1991. p. 15-28
57. Dankhe L. Investigación y comunicación. McGraw Hill; 1986.
58. Cochran, W. G. The comparison of percentages in matched samples. *Biometrika*, 1950. 37(3/4), 256-266. <https://doi.org/10.2307/2332378>

59. Patil, K. D. Cochran's Q test: Exact distribution. *Journal of the American Statistical Association*, 1975, 70(349), 186-189. <https://doi.org/10.1080/01621459.1975.10480285>
60. Ebeid, K., Sabet, A., & Della Bona, A. Accuracy and repeatability of different intraoral scanners on shade determination. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 2021, 33(6), 844-848. <https://doi.org/10.1111/jerd.12687>
61. Fisher, R. A. On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of P. *Journal of the royal statistical society*, 1922, 85(1), 87-94. <https://doi.org/10.2307/2340521>
62. Kim, H. Y. Statistical notes for clinical researchers: Chi-squared test and Fisher's exact test. *Restorative dentistry & endodontics*, 2017, 42(2), 152-155. <https://doi.org/10.5395/rde.2017.42.2.152>
63. Lee DW, Kim JG, Yang YM. The Influence of Parenting Style on Child Behavior and Dental Anxiety. *Pediatr Dent*. 2018; 40(5):327-333.
64. de León JL, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ. Acceptance by Spanish parents of behaviour-management techniques used in Paediatric Dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010; 11(4):175.

ANEXO 1. INSTRUMENTO UTILIZADO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.



Santo Domingo, República Dominicana.

“Percepción de los padres a diferentes técnicas de manejo de conducta en odontopediatría”

Participante # _____

Nombre : _____

1. Edad del participante ____ años

2. Edad del niño que está siendo atendido actualmente en el área de odontopediatría UNIBE. ____ años

3. Seleccione el nivel educativo que usted ha alcanzado

- a) Nivel básico hasta 8vo curso ____
- b) bachillerato _
- c) Nivel técnico _
- d) Nivel universitario _

4) ¿Es la primera vez que su hijo visita el odontopediatra?

- a) si _
- b) no _

5) Seleccione el promedio de ingreso mensual en su hogar:

- a) RD\$ 5mil-10mil pesos ____
- b) RD\$11 mil-20 mil pesos ____
- c) RD\$21 mil - 50 mil pesos ____
- d) RD\$51 mil - 80 mil pesos _

6) ¿Ha escuchado alguna vez hablar sobre técnicas de manejo de conducta que se utilizan en el área de odontopediatría?

- a) si _
- b) no __

7)¿Cuál de las siguientes técnicas de manejo de conducta conoce? (señale con una x)

- a) decir -mostrar- hacer ___
- b) mano sobre boca ___
- c) refuerzo positivo ___
- d) control de voz ___
- e) ninguna _

Al terminar de contestar las preguntas , favor espere para el próximo paso.

Luego de ver cada video favor responder las siguientes preguntas marcando con una (x)

VIDEO 1. DECIR MOSTRAR HACER

1) Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo en cualquier situación odontológica

- a) si_
- b) no__

2) Considero que esta técnica mejora el comportamiento de mi hijo

- a) si_
- b) no__

3) la utilización de esta técnica podría provocar en mi hijo miedo en el futuro

- a) si_
- b) no__

VIDEO 2. CONTROL DE VOZ

1) Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo en cualquier situación odontológica

- a) si_
- b) no__

2) Considero que esta técnica mejora el comportamiento de mi hijo

- a) si_
- b) no__

3) La utilización de esta técnica podría provocar en mi hijo miedo en el futuro

- a) si_
- b) no__

VIDEO 3. MANO SOBRE BOCA

1) Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo en cualquier situación odontológica

- a) si_
- b) no__

2) Considero que esta técnica mejora el comportamiento de mi hijo

- a) si_
- b) no__

3) La utilización de esta técnica podría provocar en mi hijo miedo en el futuro

- a) si_
- b) no__

VIDEO 4. REFUERZO POSITIVO

1) Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo en cualquier situación odontológica

- a) si_
- b) no__

2) Considero que esta técnica mejora el comportamiento de mi hijo

- a) si_
- b) no__

3) La utilización de esta técnica podría provocar en mi hijo miedo en el futuro

- a) si_
- b) no__

- **Pregunta abierta**

Después de ver el video, ¿Cuál es su opinión acerca de las técnicas de manejo de conducta mano sobre la boca y cambio del tono de voz?

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TEMA DE ESTUDIO: "Percepción de los padres a diferentes técnicas de manejo de conducta en la unidad de postgrado de Odontopediatria UNIBE".

Si acepta participar en este estudio, se le solicitará que complete una encuesta y vea un video sobre cuatro técnicas de manejo de comportamiento en odontopediatria. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

Nuestro objetivo es evaluar su percepción como padre/tutor sobre diferentes técnicas utilizadas en odontopediatria para el manejo de la conducta, con el fin de obtener conocimientos y mejorar la calidad del servicio brindado.

La participación en este estudio es completamente voluntaria y tiene el derecho de finalizar su participación en cualquier momento sin ninguna penalización.

La información recolectada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en el cuestionario serán codificadas con números y, por lo tanto, serán anónimas.

Los resultados de la investigación podrán ser utilizados para publicaciones en revistas, libros, artículos, seminarios de investigación, congresos, entre otros. No habrá ningún beneficio económico para los participantes de este estudio.

Para obtener información o si tiene alguna inquietud, puede comunicarse con la Dra. Randy Almonte Duran, investigadora principal, a través del correo electrónico: **Randyad@gmail.com**.

Por favor, firme a continuación para indicar que ha leído y comprendido la información proporcionada y que acepta participar en el estudio.

Yo _____ portador/ de la cedula de identidad y electoral no. _____ con domicilio en _____ certifico que se me ha explicado y he entendido todo lo aquí escrito y confirmo mi participación en esta investigación.

Firma del participante

No. de Cédula

ANEXO 2 APLICACIÓN COMPLETA PARA ESTUDIANTES

Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación ACECEI2023-06

Nombre del Estudiante #1 Irandy Almonte Duran

Matrícula del Estudiante #1 220899

Nombre del Proyecto de Investigación

"Percepción de los padres a diferentes técnicas de manejo de conducta en odontopediatría"

CAMBIOS APROBADOS DÍA Wednesday, June 7, 2023

ESTADO DE LA APLICACIÓN APROBADO

ANEXO 3 CARTA A LOS PADRES DE FAMILIA

Santiago Republica Dominicana, 3/2/2023

Señores
PADRES DE FAMILIA
Universidad Iberoamericana UNIBE
Santo Domingo Republica Dominicana

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito solicitar su autorización y consentimiento para la participación de su hijo en el proyecto de investigación **“Percepción de los padres a diferentes técnicas de manejo de conducta en unidad de postgrado odontopediatría UNIBE”**, a cargo de la Dra. Irandy Almonte y de la línea de Investigación en Universidad Iberoamericana UNIBE.

Dicho proyecto cuenta con las siguientes características:

Objetivo: Realizar un video explicativo e interactivo de cómo es una consulta en el en el dentista mostrando diferentes tipos de comportamiento en el niño a la hora de llegar a consulta, y las diferentes formas de cómo manejarlo por medio de actuaciones.

Responsable: Dra.Irandy Almonte que es alumna en el area de post grado de la universidad Iberoamericana UNIBE.

Procedimiento: Previa autorización y consentimiento informado por parte de los padres de la niña, debidamente firmado, para la realización de este proyecto se requiere la participación de la infante con el uso de cámaras fotográficas y videos que serán mostradas con fines educativos en la Universidad Iberoamericana UNIBE.

Cordialmente,

Dra. Irandy Almonte D.

Teléfono :849-265-7402

Correo electrónico: irandyad@gmail.com

Se adjunta: Formato de consentimiento informado.

ANEXO 4 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: Mary Idalio Cordero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 00117798207 en calidad de progenitor(a) tutor(a) legal del niño Deymar Merced deseamos manifestar a través de este documento, que fuimos informados suficientemente y comprendemos la justificación, los objetivos y los procedimientos en la participación de nuestro hijo(a), en el proyecto de investigación.

Confidencialidad

La información suministrada por nuestro hijo(a) **será confidencial**. Los resultados podrán ser publicados o presentados en reuniones o eventos con fines académicos sin revelar su nombre o datos de identificación.

Así mismo, declaramos que fuimos informados suficientemente y comprendemos que tenemos derecho a recibir respuesta sobre cualquier inquietud que mi hijo(a) o nosotros tengamos sobre dicha investigación, antes, durante y después de su ejecución.

Este consentimiento no inhibe el derecho que tiene mi hijo(a) de ser informado(a) suficientemente y comprender los puntos mencionados previamente y a ofrecer su asentimiento informado para participar en el estudio de manera libre y espontánea, por lo que entiendo que mi firma en este formato no obliga su participación.

En constancia de lo anterior, firmamos el presente documento, en la ciudad de Santo Domingo RD el día 16 del mes marzo del año 2023

Firma Mary Idalio Cordero
 Nombre Mary Idalio Cordero
 C. C. No. 00117798207



Investigador principal de la investigación
 Teléfono: 849 2654402
 Correo electrónico: lrandyad@gmail.com

ANEXO 5 AVISO

AVISO

En el presente video, es importante destacar que todas las escenas y situaciones representadas son completamente actuadas. Ningún niño fue maltratado o coaccionado de ninguna manera para participar en la realización de este video. Se ha obtenido el consentimiento explícito y documentado de los padres o tutores legales del niño involucrado, quienes han dado u aprobación para que su hijo participe en estas representaciones.

Es fundamental destacar que el objetivo de este video es brindar información educativa y promover una mejor comprensión de las técnicas de manejo de conducta en odontopediatría. Se han tomado todas las precauciones necesarias para asegurar el bienestar y la seguridad del niño participante durante el proceso de filmación, incluyendo la supervisión de profesionales capacitados en el cuidado y trato de pacientes pediátricos.

Reiteramos que todas las interacciones y procedimientos mostrados en este video son simulados y se realizan con fines puramente educativos. Se hace hincapié en que la atención dental pediátrica debe llevarse a cabo en un entorno seguro y respetuoso, donde se priorice el bienestar del niño y se sigan las pautas éticas y legales correspondientes.

Agradecemos la colaboración de los padres y el niño participante en la creación de este video, cuyo objetivo principal es proporcionar información valiosa y promover una atención odontológica pediátrica de calidad basada en el respeto y la confianza mutua.

ANEXO 6 EVIDENCIAS



