

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**FACTORES EN LA ACEPTACIÓN DE LOS PADRES A LOS DIFERENTES  
MÉTODOS DE CONDUCTA UTILIZADOS EN ODONTOPEDIATRÍA**

**POR**

**MARCO ANTONIO GOVEA GARZA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE  
ODONTOPEDIATRÍA**

**JUNIO, 2023**

MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA

FACTORES EN LA ACEPTACIÓN DE LOS PADRES A LOS DIFERENTES  
MÉTODOS DE CONDUCTA UTILIZADOS EN ODONTOPEDIATRÍA

MARCO ANTONIO GOVEA GARZA

Comité de Tesis

---

Presidente

---

Secretario

---

Vocal

MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA

FACTORES EN LA ACEPTACIÓN DE LOS PADRES A LOS DIFERENTES  
MÉTODOS DE CONDUCTA UTILIZADOS EN ODONTOPEDIATRÍA

---

TESISTA  
MARCO ANTONIO GOVEA GARZA

Comité de Tesis

---

DIRECTOR DE TESIS  
JUAN MANUEL SOLIS SOTO

---

CODIRECTOR DE TESIS  
ROSA ISELA SANCHEZ NAJERA

ASESOR METODOLÓGICO  
SERGIO EDUARDO NAKAGOSHI CEPEDA

ASESOR METODOLÓGICO  
MARIA ARGELIA AKEMI NAKAGOSHI CEPEDA

ASESOR METODOLÓGICO  
JAIME ADRIAN MENDOZA TIJERINA

ASESOR METODOLÓGICO  
MARIA DEL CARMEN THERIOT GIRON

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Juan Manuel Solís Soto Director de mi tesis. Así como a mis asesores de tesis por sus valiosas sugerencias e interés, en la revisión del presente trabajo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico para la realización de mis estudios.

Al Centro de Investigaciones de la Facultad de Arquitectura (CIFA) y la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE) por permitirme el uso de su equipo y su invaluable ayuda en el desarrollo de este estudio.

A mi familia por el apoyo moral que siempre me ha brindado y por siempre estar pendiente de este proyecto, también un especial agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo.

## TABLA DE CONTENIDO

Sección	Página
AGRADECIMIENTOS .....	4
LISTA DE TABLAS .....	7
LISTA DE FIGURAS .....	8
LISTA DE NOMENCLATURA .....	9
RESUMEN .....	10
ABSTRACT .....	11
1. INTRODUCCIÓN .....	12
2. HIPÓTESIS .....	13
3. OBJETIVOS .....	14
3.1 Objetivo general .....	14
3.2 Objetivos específicos .....	14
4. ANTECEDENTES .....	15
4.1 Manejo de Conducta .....	16
4.2 Técnicas de manejo de conducta .....	16
4.2.1 Desensibilización .....	16
4.2.2 Decir-Mostrar-Hacer .....	16
4.2.3 Modelado de conducta .....	16
4.2.4 Refuerzo positivo .....	16
4.2.5 Control de voz .....	16
4.2.6 Distracción .....	16
4.2.7 Restricción Física de cuerpo .....	16
4.2.8 Mano sobre boca .....	17
4.2.9 Inhalación de óxido nitroso .....	17
4.2.10 Anestesia General .....	17
4.3 Ansiedad dental .....	17
4.4 Estilo de crianza .....	18
4.5 Estatus sociodemográfico .....	18
4.6 Aceptación de los padres hacia las técnicas .....	19
4.7 Estilo de crianza y cómo influye en la percepción de las técnicas .....	20
4.8 Factores sociodemográficos que influyen en el grado de aceptación .....	20
5. METODOLOGÍA .....	22
5.1 Proceso de la selección y la recabación de datos .....	22
5.2 Escala de Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) .....	22
5.3 Parenting Style and Dimension Questionnaire (PSDQ) versión corta .....	23
5.4 Escala de medición de la aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta .....	23

5.5 Instrumento para recopilación de la información.....	24
5.6 Análisis Estadístico.....	27
6. RESULTADOS .....	28
6.1 Calificación global sobre el grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta .....	28
6.2 Rasgos sociodemográficos de los participantes.....	30
6.2.1 Edad del participante .....	30
6.2.2 Género del participante.....	30
6.2.3 Edad del familiar que recibe la atención.....	31
6.2.4 Hijo que recibe la atención dental.....	31
6.2.5 Ingreso mensual del participantes.....	32
6.2.6 Experiencias previas en el dentista por parte del participante.....	33
6.3 Relación entre las variables y el grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta .....	34
6.3.1 Relación entre el sexo del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.....	34
6.3.2 Relación entre el tipo de educación que brinda el participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta .....	35
6.3.3 Relación de la edad del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.....	36
6.3.4 Relación entre la edad del familiar que recibe la atención dental con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta .....	37
6.3.5 Relación del hijo que recibe la atención con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.....	38
6.3.6 Relación del ingreso del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.....	39
6.3.7 Relación entre la escolaridad máxima del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.. .....	40
6.3.8 Relación de las experiencias previas del participante en el dentista con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.....	41
6.3.9 Relación del grado de ansiedad del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.....	42
7. DISCUSIÓN.....	44
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
9. LITERATURA CITADA .....	47
RESUMEN BIOGRÁFICO .....	51
APÉNDICES .....	52

## LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I. Evaluación global de los diferentes métodos de manejo de conducta .....	29
II. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y género de los padres de los pacientes .....	36
III. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y tipo de educación de los padres de los pacientes .....	37
IV. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y edad de los padres de los pacientes .....	38
V. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y edad del familiar atendido .....	39
VI. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta según el hijo que recibe la atención .....	40
VII. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta e ingreso (miles de pesos) .....	41
VIII. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y escolaridad de los padres .....	42
IX. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y experiencias previas con el dentista .....	43
X. Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y ansiedad dental ..	44

## LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Gráfico de grado de aceptación de los participantes hacia las técnicas de manejo de conducta .....	28
2. Gráfico del rango de edad del participante .....	30
3. Gráfico de género de los participantes .....	31
4. Gráfico de edad del hijo que recibe la atención dental .....	31
5. Gráfico de hijo que recibe la atención .....	32
6. Gráfico los ingresos mensuales por parte del participante .....	32
7. Gráfico de nivel de estudios máximos por parte de los participantes .....	33
8. Gráfico de Experiencias previas en el dentista .....	33



## NOMENCLATURA

MDAS: Modified Dental Anxiety Scale

TSD: Tell show do

HOM: Hand Over Mouth

NO2: Óxido Nitroso

TESISTA: MARCO ANTONIO GOVEA GARZA  
DIRECTOR DE TESIS: JUAN MANUEL SOLIS SOTO  
CODIRECTOR DE TESIS: ROSA ISELA SANCHEZ NAJERA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACTORES EN LA ACEPTACIÓN DE LOS PADRES A LOS DIFERENTES  
MÉTODOS DE CONDUCTA UTILIZADOS EN ODONTOPEDIATRÍA

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El manejo de conducta consiste en una serie de técnicas que se utilizan en la odontología pediátrica, sin embargo, una serie de factores asociados influyen en su grado de aceptación. **OBJETIVO:** Se evaluó los factores asociados al grado de aceptación de los padres hacia los distintos métodos que se utilizan comúnmente para el manejo de conducta de los pacientes pediátricos. **METODOLOGÍA:** Se proyectó un video y se proporcionó un tríptico acerca de 10 técnicas de manejo de conducta utilizadas en odontopediatría, se aplicó un instrumento a los padres de los pacientes, para medir el grado de aceptación que tienen hacia 10 técnicas y se analizaron factores asociados. **RESULTADOS:** La técnica con mayor aceptación fue la técnica de Decir-Mostrar-Hacer, mientras que la que obtuvo menor aceptación por parte de los padres fue la técnica de Anestesia General. El grado de aceptación que reciben estas técnicas se ve influida por múltiples factores, principalmente el ingreso familiar, la escolaridad de los padres y la ansiedad. El tipo de educación al infante, la edad de los padres y la edad de los menores no influyen en el grado de aceptación. **CONCLUSIONES:** Este estudio muestra el grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta, y no pone en duda la efectividad de las técnicas más invasivas, pero hace una invitación a los odontólogos y especialistas a no utilizar estas técnicas como primera opción al momento de ejercer odontología pediátrica.

TESISTA: MARCO ANTONIO GOVEA GARZA  
DIRECTOR DE TESIS: JUAN MANUEL SOLIS SOTO  
CODIRECTOR DE TESIS: ROSA ISELA SANCHEZ NAJERA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACTORS IN PARENTAL ACCEPTANCE OF THE DIFFERENT BEHAVIORAL  
METHODS USED IN PEDIATRIC DENTISTRY

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Behavior management consists of a series of techniques used in pediatric dentistry; however, a series of associated factors influence their degree of acceptance. **OBJECTIVE:** The factors associated with the degree of parental acceptance of the different methods commonly used for the behavior management of pediatric patients were evaluated. **METHODOLOGY:** A video was shown, and a triptych was provided on 10 behavior management techniques used in pediatric dentistry, an instrument was applied to the parents of the patients to measure their degree of acceptance of the 10 techniques and associated factors were analyzed. **RESULTS:** The technique with the greatest acceptance was the Tell-Show-Do technique, while the technique with the least acceptance by the parents was the General Anesthesia technique. The degree of acceptance of these techniques is influenced by multiple factors, mainly family income, parental education, and anxiety. The type of education to the infant, the age of the parents and the age of the minors do not influence the degree of acceptance. **CONCLUSIONS:** This study shows the degree of acceptance of behavior management techniques and does not question the effectiveness of the more invasive techniques but makes an invitation to dentists and specialists not to use these techniques as the first option when practicing pediatric dentistry.

## 1.- Introducción

En la época actual, y más recientemente en los últimos años, ha habido un cambio general en la manera de pensar y percibir ciertas situaciones en la población mundial. En la odontología pediátrica se han utilizado y se siguen utilizando técnicas para el manejo de conducta las cuales fueron desarrolladas hace muchos años atrás, cuando el pensamiento y la aceptación de los padres hacia estas técnicas eran diferentes a la de los padres de las nuevas generaciones.

Se define como manejo de conducta cuando el equipo odontológico realiza en el paciente pediátrico un tratamiento eficaz y a su vez hace aparente en él una actitud positiva. Actualmente el manejo de conducta es ampliamente aceptado y reconocido por el profesional de la odontología como una pieza clave para el tratamiento de pacientes pediátricos en la odontología. Se ha observado que las malas conductas de los pacientes pediátricos continúan a pesar de que se han desarrollado técnicas menos dolorosas e invasivas, y esto se atribuye en gran medida a que la educación que brindan los padres de hoy en día es diferente y más permisiva a comparación de generaciones de padres atrás. Hoy en día los padres tienen diferentes filosofías sobre como educar a sus hijos y esto ha tenido repercusiones en las técnicas de manejo de conducta que pueden ser aplicadas durante la consulta dental.

Actualmente el pensamiento de la sociedad hacia muchas de las cosas que se han utilizado tradicionalmente durante años ha cambiado. Por lo que el odontopediatra tiene que estar actualizado sobre los constantes cambios de pensamiento que tienen los padres de sus pacientes hacia las diferentes técnicas que utiliza de manera rutinaria en su consulta dental. Por lo que nos hace preguntarnos: ¿Cuál es el grado de aceptación y la percepción de los padres hacia las diferentes técnicas de manejo de conducta que se utilizan hoy en día?

El odontólogo utiliza de manera rutinaria varias técnicas de manejo de conducta, las cuales se desarrollaron y fueron bien aceptadas por generaciones de padres atrás, sin pensar cuales son las técnicas que el padre de la actualidad prefiere o acepta. Hoy en día no existe un estudio reciente sobre la aceptación y percepción de los padres hacia las diferentes técnicas de manejo de conducta que le sirva de referencia al odontopediatra para conocer cuáles son las técnicas de preferencia de los padres de sus pacientes, por lo que esta investigación nos permitió evaluar cual es el grado de aceptación de los padres hacia las distintas técnicas de manejo de conducta que se utilizan comúnmente para la atención de los pacientes pediátricos en el consultorio dental, asimismo, los factores que influyen en la aceptación de estas técnicas.

Para la realización de este estudio se seleccionaron 87 padres de pacientes aleatorios los cuales acudieron a consulta dental en el posgrado de infantil de la facultad de odontología de la UANL. Se dividieron en dos grupos: Al grupo 1 se le mostró un video demostrativo sobre 10 técnicas que se utilizan para el manejo de conducta en la consulta dental, las cuales fueron previamente seleccionadas. Al grupo 2 se le entregó un folleto con imágenes y texto explicativo sobre cada una de las técnicas. A ambos grupos se les entregaron dos cuestionarios donde en el primero se recababan datos sociodemográficos y se evaluó la ansiedad dental del padre/madre. Y en el segundo cuestionario se midió el grado de aceptación y como perciben las técnicas mostradas. Posteriormente esta información fue vaciada a una base de datos y se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, así como análisis de t de Student y prueba F de Snedecor para analizar los datos y recabar las conclusiones.

Los resultados mostraron que la técnica de Decir-Mostrar-Hacer es la técnica más aceptada, y la menos aceptada es la de Anestesia General.

## 2.- Hipótesis

La técnica de “Decir-Mostrar-Hacer” tendrá la mayor aceptación y será de mayor agrado hacia los padres debido a que es una técnica no invasiva y no requiere de contacto con el paciente.

### 3.-Objetivos

Evaluar el grado de aceptación de los padres hacia los distintos métodos que se utilizan comúnmente para el manejo de conducta de los pacientes pediátricos, así como los factores que influyen.

#### 3.1- Objetivos Específicos

3.1.1.- Utilizar instrumentos para analizar la percepción y el grado de aceptación de los padres hacia las distintas técnicas de manejo de conducta.

3.1.2.- Crear un video y un folleto demostrativo de las técnicas de conducta para analizar la percepción y el grado de aceptación sobre estas técnicas.

3.1.3- Comparar si el género de los padres influye en la en la percepción y grado aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.4- Comparar como influye la ansiedad dental en la percepción y grado de aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.5- Comparar si el hijo que recibe la atención es un factor en la percepción y grado de aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.6- Comparar como influyen las experiencias previas en el dentista con la percepción y el grado de aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.7- Analizar si el nivel de escolaridad de los padres es un factor que influye en la percepción y grado aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.8- Determinar si el nivel de ingresos familiar influye en la percepción y grado aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.9- Comparar si la edad del familiar atendido influye en la percepción y grado aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.10- Analizar si la edad de los padres influye en la percepción y grado aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.11- Determinar si el tipo de educación que brindan los padres influye en su percepción y grado de aceptación de los diferentes métodos de manejo de conducta.

3.1.12 Comparar el grado de aceptación de los padres entre las técnicas analizadas.

## 4. Antecedentes

### 4.1 Manejo de conducta

La odontología pediátrica se ha vuelto durante el último siglo más eficiente, menos dolorosa y más orientada hacia la prevención. Esto ha provocado que las historias sobre lo dolorosa que era la visita al dentista hayan ido desapareciendo y en su lugar hay historias sobre lo placentera que puede llegar a ser la consulta dental. Esto nos haría pensar que ya no hay necesidad de los profesionales de realizar manejo de conducta durante las visitas dentales. Sin embargo, se ha encontrado que el mal comportamiento en los pacientes pediátricos sigue y esto es en gran medida a que los padres de hoy en día ya no crían a sus hijos con las mismas reglas con las que se educaban con anterioridad. (Pinkman, 1997).

El manejo de conducta es ampliamente aceptado por el profesional de la odontología como un factor clave para el tratamiento de pacientes pediátricos en la odontología. (Roberts, 2010).

Se definen como manejo de conducta cuando el equipo odontológico realiza en su paciente pediátrico un tratamiento efectivo y eficaz, y a su vez hace aparente una actitud positiva en él. (McDonald et al., 1998)

### 4.2 Técnicas de manejo de conducta

Estas técnicas están basadas en los resultados de investigaciones y en los principios de la odontología conductista, así como en la psicología conductista, del desarrollo, infantil y pediátrica. Es muy importante que las sesiones terapéuticas con el odontólogo de niños y adolescentes sean positivas, ya que las investigaciones demuestran que estas experiencias precoces, tendrán un efecto positivo en etapas posteriores de la vida. (Cameron y Widmer, 1998).

#### 4.2.1 Desensibilización:

Esta técnica es utilizada para pacientes que sufren de ansiedad al dentista. La técnica consiste en introducir poco a poco al paciente a situaciones dentales, las cuales son situaciones sencillas al inicio y progresivamente se irá avanzando a situaciones más complejas (Machen y Johnson, 1974).

En la clínica dental estas situaciones podrían ir desde un chequeo general con espejo y explorador, posteriormente una toma de radiografía y esto llevará eventualmente a situaciones más complejas como lo es la anestesia local y el aislamiento absoluto.

#### 4.2.2 Decir-Mostrar-Hacer:

De acuerdo a Farhat, la técnica consiste en 3 partes:

- Decir: Explicar con términos que el paciente comprenda lo que se le va a realizar.
- Mostrar: Se le mostrará al paciente los instrumentos o materiales que se utilizarán y cómo funcionan.
- Hacer: Se procede a realizar el tratamiento en el paciente (Farhat-McHayleh et al., 2009).

Es una de las técnicas que con mayor uso rutinario por parte de los dentistas en su consulta diaria pediátrica (Nazzal et al., 2021).

#### 4.2.3 Modelado de conducta:

De acuerdo a las teorías de aprendizaje social, una gran parte del desarrollo y aprendizaje del niño está basado en la observación e imitación de otra persona.

Bandura describió esta técnica como el proceso de adquirir e imitar una conducta a través de observar a una persona la cual modela la conducta que deseamos que el niño imite (Bandura y Walters, 1963).

Se ha demostrado éxito de la técnica sin importar si el paciente observa la conducta a través de un video filmado con anterioridad (Machen y Johnson, 1974) o de un modelo en tiempo real (Gordon et al., 1974).

#### 4.2.4 Refuerzo positivo:

Consiste en actuar o elogiar de forma positiva cuando se tiene alguna respuesta motora deseada por parte del paciente esto con el fin de que esta respuesta se repita (Roberts, 2010).

#### 4.2.5 Control de voz:

Consiste en elevar y cambiar el tono de la voz, con el fin de suprimir una conducta negativa por parte del paciente.

La literatura la describe como un castigo terapéutico en el cual, si se usa de manera adecuada, puede detener el mal comportamiento de un niño de manera eficaz y rápida. (Greenbaum, 1990). Se ha reportado una baja tasa de aceptación por parte de los padres hacia esta técnica (Desai et al., 2019).

#### 4.2.6 Distracción:

Consiste en un tratamiento no invasivo en el cual se lleva la atención del paciente hacia otro objeto o acción lejos de la tarea principal para así proporcionar un tratamiento exitoso y de calidad. (Pinkham, 2000).

Estudios previos demuestran que esta técnica durante el tratamiento dental resulta benéfica para el paciente reduciendo su percepción del dolor, especialmente al momento de anestesiarse (Al-Namankany et al., 2014).

Se ha identificado que el distractor ideal debería poseer de 3 elementos para poder lograr tener toda la atención del niño en cuestión: Visual, Auditivo, Kinésico (Slifer et al., 2002)

#### 4.2.7 Restricción física de cuerpo:

Consiste en el acto de limitar el movimiento de alguna parte del cuerpo del niño, para poder continuar con el tratamiento dental y de disminuir la posibilidad de que el paciente pueda sufrir algún accidente.

Abarca desde sostener la cabeza para poder colocar la anestesia local, hasta envolver completamente el cuerpo del niño en dispositivos especiales.

De acuerdo a la AAPD (AAPD Clinical Affairs Committee, 2015) Esta técnica solo está indicada bajo ciertas condiciones:

- El paciente requiere de atención dental inmediata y no puede cooperar debido a falta de madurez mental o de alguna discapacidad mental.

- La seguridad del paciente, del dentista o del equipo de trabajo se encuentra comprometida



-En casos donde el paciente se encuentra sedado, para minimizar los movimientos no deseados.

#### 4.2.8 Mano sobre Boca:

El propósito de la técnica consiste en obtener la atención del niño para permitir la comunicación (Craig, 1971).

La técnica consiste en que cuando el niño esta histérico o haciendo berrinche, el dentista coloca su mano sobre la boca del niño y la cubre por completo, posteriormente se acerca a su oreja y de manera calmada le dice: “Escúchame, deja de gritar, pon tus manos a bajo, extiende los pies y quitaré mi mano”.

Esta técnica puede que sea necesario repetirla unas pocas veces más, si la actitud del niño comienza a empeorar, el dentista deberá abandonar la técnica.

Esta es una de las técnicas que actualmente va a la baja en su uso, ya que cada vez es menos socialmente aceptable (Segarra et al., 2021) (Desai et al., 2019).

#### 4.2.9 Inhalación de óxido nitroso

Es una técnica segura y efectiva para reducir la ansiedad y mejorar la comunicación con el paciente. Consiste en la inhalación del gas por medio de una mascarilla nasal, el cual tendrá un efecto rápido en el paciente y le provocará un efecto leve de analgesia, amnesia y una reducción en sus reflejos motrices. Estos efectos serán fácilmente revertidos una vez sea retirada la inhalación del gas.

#### 4.2.10 Anestesia General

La anestesia general es un estado de inconciencia controlado por un profesional. Este estado de inconciencia va a estar acompañado de la pérdida de los reflejos protectores, incluida la habilidad de mantener las vías abiertas de manera independiente y la habilidad de poder responder a estímulos físicos o verbales. Este procedimiento puede ser realizado en una unidad hospitalaria o en un consultorio dental dependiendo del entrenamiento y del equipo del operador.

Es comúnmente usado para la rehabilitación dental en pacientes pediátricos con poca o nula cooperación los cuales requieren de un tratamiento dental extenso (Campbell et al., 2018) o para la atención de pacientes con alguna discapacidad mental (Hung et al., 2003). Esta alternativa de igual manera ayuda a que los pacientes mejoren en su comportamiento post-rehabilitación en la consulta dental (Guney et al., 2018).

### 4.3 Ansiedad Dental

La ansiedad dental aparece típicamente durante la infancia (Seligman et al., 2017) y esta está influida directamente con la edad, sexo, ansiedad maternal, experiencias dentales previas y el número de familiares que padecen ansiedad dental (Murad et al., 2020). Estos problemas podrían afectar de manera negativa la salud oral de estas personas en un futuro y dificultar el manejo clínico al operador. Se ha reportado una prevalencia de ansiedad dental en niños desde un 6% hasta un 25% a nivel global (Grisolia et al., 2021) (Gao et al., 2021) (Klingberg, 1995).

Uno de los instrumentos validados para medir la ansiedad dental a nivel global es la Escala de Ansiedad Dental Modificada (Lin et al., 2021) (Ogawa et al., 2020).

El tratamiento dental causa una experiencia de estrés en el padre. La introducción del padre a una técnica de manejo de conducta farmacológica incrementó el estrés sentido por los padres (Alohtani y Pani, 2019).

La técnica de Ausencia/Presencia del padre en el operatorio dental mostró menos aceptación en padres que mostraron niveles altos de ansiedad al dentista (Seangpadsa et al., 2020).

Se mostró una frecuencia más alta en el comportamiento negativo en aquellos pacientes cuyas madres mostraban niveles de ansiedad de moderados a altos (Kramer et al., 2020).

No se encontró relación entre la ansiedad dental de los padres y su aceptación hacia las diferentes técnicas de conducta (Boka et al., 2014).

Los padres que consideran la visita al dentista como algo doloroso tienen menor tendencia (67%) a llevar a sus hijos al dentista (Amin, 2017).

#### 4.4 Estilo de Crianza

La crianza de los niños es un factor social crítico en el desarrollo infantil que abarca muchos conceptos psicológicos, normas culturales y consideraciones prácticas (Treyvaud et al., 2016).

El estilo de crianza es una construcción multidimensional de al menos 8 ejes principales descritos en la literatura psicológica. Estos ejes incluyen calidez, rechazo, estructura, caos, apoyo a la autonomía, coerción, exigencia y capacidad de respuesta (Skinner et al., 2005).

El estilo de crianza de los padres está relacionado con los niveles de ansiedad del padre hacia el dentista, y esto tiene una influencia directa en el comportamiento que tendrá el niño en la consulta dental (Alagla M et al., 2020).

Los hijos de padres que son permisivos mostraron mayor número de caries dentales y peor comportamiento en la consulta dental en comparación con los padres que tienen un estilo de crianza autoritario (Viswanath et al., 2020).

Un estilo de crianza autoritario y poseer de un seguro dental privado está asociado a pacientes con un comportamiento positivo durante su primera consulta dental, así como también está relacionado a un menor número de caries (Howenstein et al., 2015).

#### 4.5 Estatus sociodemográfico

Ingreso. El ingreso es la cantidad de recursos monetarios, dinero, que se asigna a cada factor por su contribución al proceso productivo. El ingreso puede tomar la forma de sueldos y salarios, renta, dividendos, regalías, utilidades, honorarios, dependiendo el factor de producción que lo reciba: trabajo, capital, tierra, etcétera (Ricossa, 1990).

Se ha demostrado que el nivel socioeconómico es un factor para la presencia de caries en niños. Los padres con bajo nivel de ingresos y bajo nivel de estudios estuvieron relacionados en la presencia de caries (Cianetti et al., 2017).

Los comportamientos de las personas son un reflejo de la cultura, expectativas y oportunidades los cuales están influidos por el factor socioeconómico [Baelum, 2011]

El nivel de estudios de los padres, la cercanía de los padres a los hijos y la comunicación familiar juegan un papel importante en la conducta del niño durante su cita con el dentista (de Jong-Lenters et al., 2018).

Algunos dentistas han reportado que han tenido problemas con padres de bajo nivel de ingresos, debido a que no acuden a sus citas y no se comprometen con el tratamiento dental. En algunas ocasiones los dentistas optan por excluir a estos pacientes (Pegon-Machat et al., 2009).

#### 4.6 Aceptación de los padres hacia las técnicas

Estudios demuestran una mejor aceptación hacia las BTM por parte de los padres a los cuales se les hizo una explicación previa sobre las técnicas en comparación a los padres a los cuales no se les hizo ninguna explicación (Lawrence et al., 1991).

La aceptación de los padres hacia las técnicas avanzadas de manejo de conducta está cambiando, mostrando ahora mayor aceptación hacia las técnicas farmacológicas, sobre las técnicas que involucran el manejo físico. Este grado de aceptación hacia las técnicas avanzadas a su vez se ve afectado por factores como: urgencia, conveniencia, experiencias previas y costo (Patel et al., 2016).

En tratamientos de urgencia, las técnicas avanzadas de manejo de conducta, como lo son la sedación con óxido nitroso y la restricción física, poseen de mayor aceptación por parte de los padres. Siendo el óxido nitroso el de mayor preferencia (Al Zoub et al., 2019).

Los padres tienen buena aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta y están conformes con los resultados del tratamiento dental. Se encontró que muchos padres rechazaban la separación con su hijo en la consulta dental, principalmente por motivos de seguridad y protección hacia su hijo (Sabbagh y Sijini, 2020).

La técnica más aceptada al realizar una encuesta a padres fue decir mostrar hacer, mientras que la técnica con menor aceptación fue la de Hand over mouth. Se encontró una correlación entre la aceptación hacia diferentes técnicas de manejo de conducta y el nivel socioeconómico y el género de los padres (Luis de León et al., 2010).

TSD fue la técnica favorita en pacientes de entre 6 y 17 años de edad y HOME la menos favorita. Todos los niños prefirieron el uso de la tabla de papoose y tomarles la mano sobre la técnica de control de voz (Kantaputra et al., 2007).

Los padres muestran niveles de aceptación positivos hacia las técnicas de manejo de conducta a excepción de la técnica de Hand over mouth. La anestesia general se encuentra entre las técnicas con mayor índice de aprobación por lo que nos indica que la aceptación a esta técnica está incrementando (Eaton et al., 2005)

TSD técnica con más aceptación, seguido de la presencia/ausencia del padre, las menos aceptadas fueron restricción pasiva y anestesia general (Boka et al., 2014).

Algunos estudios reportan la técnica de restricción y control de voz como las técnicas con menor aceptación por parte de los padres. La sedación sigue teniendo bajos niveles de aceptación, especialmente por parte de padres con altos niveles de ansiedad dental (Peretz et al., 2013).

TSD y refuerzo positivo técnicas con mayor aprobación. Las técnicas con menor aceptación fueron Mano sobre boca y Control de Voz (Desai et al., 2019) (Segarra et al., 2021).

Existe una mayor aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta no farmacológicas. Las técnicas de implican el uso de alguna droga o método de restricción muestran menor aceptación (Muhammad et al., 2011).

Niños entre 9 y 11 años tienen una buena aceptación y percepción de las técnicas de manejo de conducta, sin embargo, algunos de estos pacientes manifiestan un desagrado hacia ciertas técnicas como la de control de voz. Los pacientes a esta edad ya comprenden y pueden dar sus propios puntos de vista sobre las técnicas de manejo de conducta, por lo que el dentista podría platicar estas preferencias con ellos para atenderlos de manera personalizada (Davies y Buchanan., 2013).

#### 4.7 Estilo de crianza y cómo influye en la percepción de las técnicas

En estudios previos se ha observado que las actitudes de los padres modernos han influenciado en el uso de las técnicas de conducta, teniendo mayor favoritismo hacia técnicas más comunicativas y hasta técnicas farmacológicas sobre técnicas más restrictivas (Oliver y Manton, 2015).

Los niños con un estilo de crianza autoritario por parte de los padres mostraron un comportamiento positivo y menos cantidad de caries comparados con los hijos de padres más permisivos (Howenstein et al., 2015).

Las reacciones del niño hacia o durante la consulta dental son influidas directamente por el tipo o estilo de crianza de los padres (Aminabadi y Farahani, 2008).

En el 2015 Naser et al, concluyeron que en base al estilo de crianza que tengan los pacientes, se debería determinar cuáles técnicas de manejo de conducta serán más efectivas (Naser et al., 2015).

Los padres de estilo de crianza autoritario se mostraron más convencidos que el comportamiento de su hijo podría ser manejado adecuadamente por el dentista en comparación a los padres más permisivos (Krikken y Veerkamp, 2008).

Los estilos de crianza no influyen en el comportamiento actual del paciente (Tsoi et al., 2018).

#### 4.8 Factores sociodemográficos que influyen en el grado de aceptación

Los padres de diferentes grupos étnicos tienen diferentes grados de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta. Este estudio continúa demostrando que existe mayor aceptación por las técnicas no invasivas sobre las técnicas farmacológicas y las técnicas avanzadas, a excepción de la técnica de control de voz (Theriot et al., 2019).

Los diferentes grados de aceptación de los padres en base a su raza y cultura/etnia, debe ser utilizado como un instrumento por el dentista para poder ofrecerles un tratamiento de calidad hacia sus hijos (Chang et al., 2018).

El grado de aceptación sobre las técnicas de manejo de conducta es diferente dependiendo de la raza y la etnia/cultura de los padres. Por ejemplo, los padres hispanos consideran el control de voz como la técnica que más aceptan seguida de TSD, mientras que los padres de raza blanca y afroamericana tienden a aceptar más las técnicas de TSD y sedación con N2O (Martinez et al., 2019).

Factores como tener un hijo con alguna discapacidad, menores ingresos y menor educación tienen una influencia directa en la aceptación de los padres sobre las técnicas de manejo de conducta. Los padres con menores ingresos y menor educación tienen mejor aceptación hacia las distintas técnicas. Control de voz y mano sobre boca, las técnicas con mayor desaprobación. 25% no aprobaron HOM (Elango et al., 2012).

## 5. Metodología

### 5.1 Proceso de selección y recabación de la información

Se seleccionaron 87 padres de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión los cuales acudieron a la facultad de odontología para llevar a sus hijos a atención a la clínica de Odontopediatría.

Se les invito a formar parte del estudio y a los padres que aceptaron se les pidió firmar la hoja de consentimiento informado para participación en el estudio.

Se dividieron a los padres en dos grupos: A y B. Ambos grupos llenaron un instrumento el cual recababa información sociodemográfica y se les aplicó el instrumento de “Escala de Ansiedad Dental Modificada” (MDAS) para medir sus niveles de ansiedad hacia la atención dental.

Posteriormente, al grupo A se le invitó a pasar a un salón en el cual se le proyectó un video, mostrando 10 técnicas utilizadas para el manejo de conducta y una explicación breve de en qué consistía cada una. Al grupo B se le entregó un folleto en el cual se explican las mismas 10 técnicas de manera escrita y se colocó una imagen representativa de cada técnica. Se les aplicó el instrumento utilizado en la investigación del Dr. Jorge Luis de León en su investigación publicada en el 2010, la cual nos ayuda a medir el grado de aceptación de cada una de las técnicas y como la perciben los padres.

A todos los cuestionarios llenados se les enumeró de acuerdo al sujeto que lo llenó para evitar confusiones de datos. Posteriormente se vaciaron todos los datos recabados a una tabla de concentración de resultados para posteriormente analizar la información y sacar conclusiones sobre como perciben y cuál es el grado de aceptación de los padres hacia estas 10 técnicas de manejo de conducta y si influyen otros factores como la ansiedad dental, grupo étnico, nivel socioeconómico, entre otros.

### 5.2 Escala de MDAS

El cuestionario que se les aplicó a los padres para medir sus niveles de ansiedad al dentista fue la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS); este cuestionario consiste en 5 preguntas con 5 posibles respuestas. Este es un cuestionario ya validado en diferentes países el cual puede ser aplicado de manera rápida y sencilla. Las 5 preguntas buscan medir el nivel de ansiedad de los padres en 5 diferentes situaciones

1. Tener cita para tratamiento dental al día siguiente
2. Estar sentado en la sala de espera del consultorio dental
3. Que el dentista talle una cavidad en su diente
4. Hacerse una profilaxis y un pulido dental
5. Recibir una inyección de anestesia local.

Estas 5 situaciones cuentan con 5 posibles respuestas las cuales cada una tiene un valor del 1 al 5:

1. No se siente ansioso para nada
2. Ligeramente ansioso
3. Medianamente ansioso
4. Bastante ansioso
5. Extremadamente ansioso

Los resultados obtenidos de cada una de las preguntas son sumados entre sí y se obtiene un resultado, teniendo como máximo un resultado de 25. Un resultado mayor a 19 es un indicativo de que el sujeto en cuestión tiene niveles altos de ansiedad al dentista. La MDAS fue elegida para medir los niveles de ansiedad de los padres debido a que es un cuestionario rápido y efectivo para determinar si los padres sufren de ansiedad dental.

(Caltabiano, 2018) (Bahammam, 2014)

### 5.3 Parenting Style and Dimension Questionnaire (PSDQ) versión corta

El PSDQ versión corta consiste en un instrumento el cual consta de 32 afirmaciones donde el padre actúa de cierta manera ante el comportamiento del niño. Esta versión corta y validada fue usada en este estudio por motivos de conveniencia y por consideraciones en cuanto a tiempo que le tomaría llenar el instrumento a los padres.

Este cuestionario determina el estilo de crianza de los padres de acuerdo a los diferentes estilos de crianza descritos por Baumrind: Autoritativo, Autoritario y Permisivo. Por ejemplo: “Yo mimo a mi hijo” corresponde a un estilo de crianza permisivo, mientras que “Le damos explicaciones a nuestro hijo de porque se deben obedecer las reglas” corresponde a un estilo de crianza autoritativo. Se le pidió a cada uno de sus padres de evaluar cada afirmación de acuerdo a la escala de Likert según la frecuencia con la que presentaban cada comportamiento. (1 en situaciones donde nunca las hacían, 2 en situaciones que realizaban muy ocasionalmente, 3 en situaciones que realizan la mitad del tiempo, 4 en situaciones que realizan con mucha frecuencia, 5 en situaciones que siempre hacen.

De acuerdo a los resultados obtenidos se posiciono a cada uno de los padres dentro de un grupo de estilo de crianza de los 3 disponibles. Para el estilo autoritativo existían 15 afirmaciones, para el estilo autoritario existían 12 afirmaciones y para el estilo permisivo existían 5 afirmaciones. Se sumaron los resultados y se dividieron entre en número de afirmaciones de cada grupo de estilo de crianza y el promedio era la calificación. Se posicionó al padre en el grupo donde obtuvo un promedio más alto como resultado a las afirmaciones.

### 5.4 Escala de medición de la aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta

Consiste en evaluar el grado de aceptación por parte de los padres hacia cada una de las técnicas de manejo de conducta. Se les da una breve explicación de cada técnica evaluada por medio de un folleto o un video explicativo para que posteriormente se evalué el grado de aceptación en una escala del 0 al 10.

0 = Técnica la cual no es aceptada bajo ninguna circunstancia por parte del padre aun y cuando se llegará a requerir su utilización.

10 = Técnica la cual cuenta con la aceptación por parte del padre para ser utilizada bajo cualquier circunstancia donde se requiera.

(Luis de Leon, 2010)





**MDAS**

Coloque el número de la respuesta en la línea dependiendo como se siente frente a cada una de las siguientes 5 situaciones:

**Posibles respuestas:**

1. No se siente ansioso para nada
2. Ligeramente ansioso
3. Medianamente ansioso
4. Bastante ansioso
5. Extremadamente ansioso

- \_\_ 1. Tener cita para tratamiento dental al día siguiente
- \_\_ 2.-Estar sentado en la sala de espera de un consultorio dental
- \_\_ 3.-Que el dentista talle una cavidad en su diente
- \_\_ 4.-Hacerse una profilaxis y un pulido dental
- \_\_ 5.- Recibir una inyección de anestesia local dental

**PSDO Corto**

Coloque en la línea la respuesta de acuerdo a la frecuencia con la que realiza las siguientes acciones.

**Respuestas:**

1: Nunca// 2: De vez en cuando// 3: Casi la mitad del tiempo// 4: Muy seguido// 5: Siempre

- 1.-Respondo a los sentimientos y las necesidades de mi hijo.
- 2.-Utilizo el castigo físico como una manera de otorgar disciplina.
- 3.-Tomo en cuenta los deseos de mi hijo antes de pedirle que haga alguna tarea.
- 4.-Cuando mi hijo me pregunta que, porque tiene que realizar una tarea, yo le digo: “Porque yo digo” o “porque soy tu padre/madre”.
- 5.-Le explico a mi hijo como me siento cuando se porta bien o mal.
- 6.-Le pego en las nalgas a mi hijo cuando es desobediente.
- 7.-Animo a mi hijo a hablar sobre sus problemas
- 8.-Considero que es difícil disciplinar a mi hijo.
- 9.-Motivo a mi hijo a que se exprese libremente, incluso cuando no esté de acuerdo conmigo.
- 10.-Castigo a mi hijo quitándole privilegios sin darle explicaciones.
- 11.-Insisto en las razones o motivos de las reglas.
- 12.-Soy cariñoso cuando mi hijo se encuentra enojado/ frustrado.
- 13.-Grito cuando mi hijo desobedece
- 14.-Felicito a mi hijo cuando se porta bien
- 15.-Cedo cuando mi hijo hace un escándalo por algo.
- 16.-Me enojo con mi hijo.
- 17.-Amenazo con castigar a mi hijo frecuentemente en vez de hacerlo en realidad.
- 18.-Considero las preferencias de mi hijo cuando hacemos planes en familia.
- 19.-Aprieto con fuerza a mis hijos cuando está siendo desobediente.
- 20.-Doy castigos a mis hijos y después no los llevo a cabo.
- 21.-Soy respetuoso con las opiniones de mi hijo motivándolo para que las exprese.
- 22.-Permito que mi hijo de su opinión con respecto a las reglas familiares.
- 23.-Regaño y critico a mi hijo para lograr que mejore.
- 24.-Consiento a mi hijo.
- 25.-Explico a mi hijo las razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas.
- 26.-Amenazo a mi hijo con castigarlo sin justificación alguna.
- 27.-Comparto momentos agradables y cariñosos con mi hijo.
- 28.-Castigo a mi hijo dejándolo solo en alguna parte sin darle antes una explicación.
- 29.-Ayudo a mi hijo a entender el efecto de su comportamiento, animándolo a hablar de las consecuencias de sus acciones.
- 30.-Reto o critico a mi hijo cuando su comportamiento no cumple con lo que espero de él.
- 31.-Le explico a mi hijo las consecuencias de su comportamiento.
- 32.-Le pego una cachetada a mi hijo cuando se porta mal.

### Grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta

Coloca una X en el recuadro dependiendo el grado de aceptación (Calificación que le da) que tiene USTED hacia cada una de las técnicas que se mostraron.

0 = Sería una técnica que **NO** aceptaría bajo ninguna circunstancia que se usara en la consulta dental.

10 = Sería una técnica la cual estaría **DE ACUERDO** se usará en cualquier momento de la consulta dental.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Decir- Mostrar- Hacer											
Desensibilización											
Modelado de conducta											
Refuerzo positivo											
Control de voz											
Distracción											
Restricción Física de cuerpo											
Mano sobre boca											
Inhalación de óxido nitroso											
Anestesia General											

#### 5.6 Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, mediana, moda, desviación estándar, proporciones o porcentajes.

Por tener dos o más muestras, se utilizó estadística inferencial. Se utilizó La prueba F de Snedecor y la prueba t de Student para analizar los resultados.

La t de Student, inicialmente se diseñó para examinar las diferencias entre dos muestras independientes y pequeñas que tengan distribución normal y homogeneidad en sus varianzas.

## 6. Resultados

### 6.1 Calificación global sobre el grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta.

Las técnicas Decir-Mostrar-Hacer, Refuerzo positivo, modelado de conducta son las técnicas más aceptadas por parte de los padres que no presentaron niveles de ansiedad altos donde se les brindo una calificación de 10/10, mientras que la técnica de anestesia general es la que tuvo menor calificación de aceptación (7.1) en general de todo nuestro estudio.

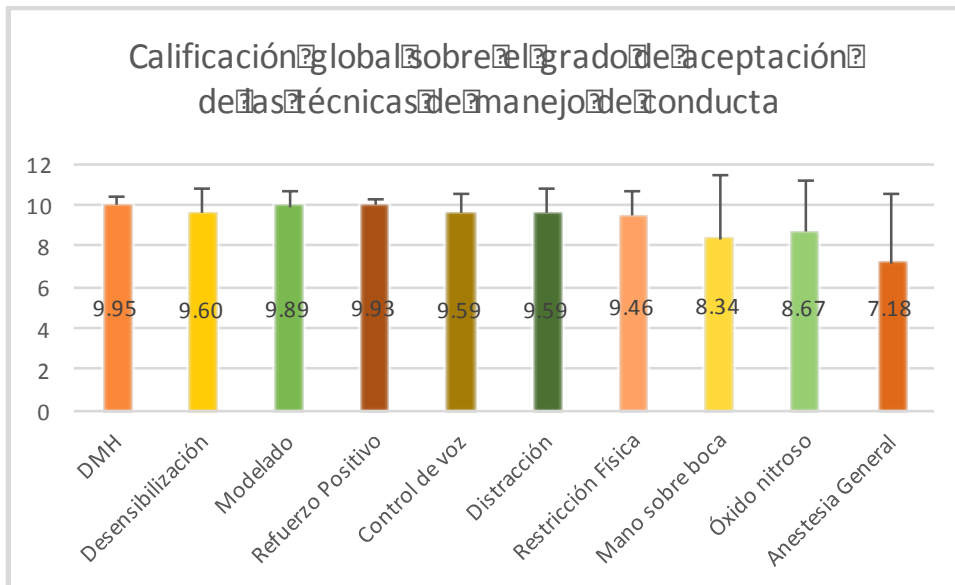


Tabla 1.

*Evaluación global de los diferentes métodos de manejo de conducta.*

	Media	DE
Decir-Mostrar-Hacer	9.95	0.43
Refuerzo Positivo	9.93	0.37
Modelado	9.89	0.77
Desensibilización	9.60	1.21
Control de voz	9.59	0.87
Restricción Física	9.46	1.20
Distracción	9.36	1.89
Óxido nitroso	8.67	2.47
Mano sobre boca	8.34	3.08
Anestesia General	7.18	3.30

Al comparar las técnicas de manejo de conducta se observa una diferencia significativa entre todas las técnicas cuando se comparan con la técnica de Anestesia General ( $p \leq .05$ ).

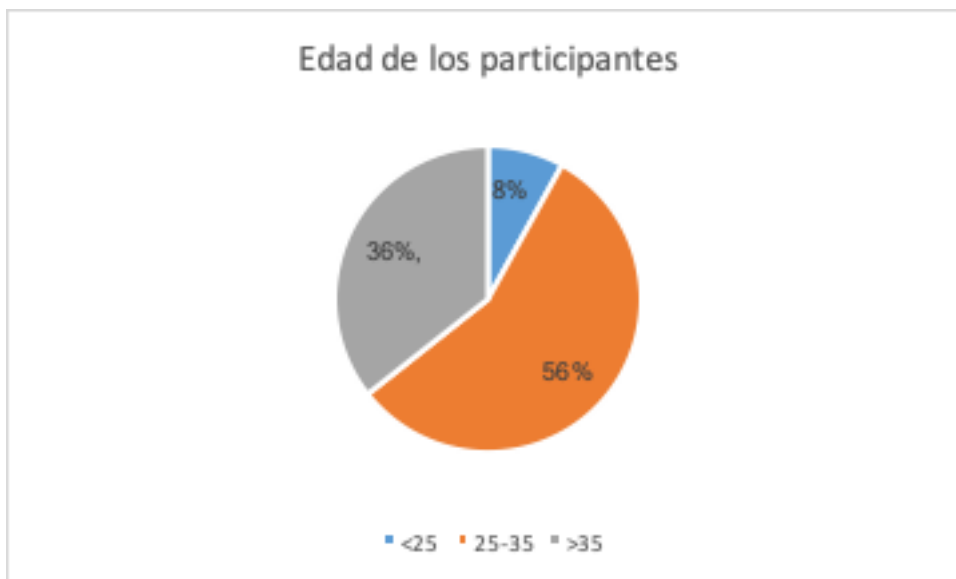
No existe diferencia significativa cuando se comparan entre sí las técnicas Decir-Mostrar-Hacer, Refuerzo Positivo y Modelado de Conducta. Sin embargo, existe diferencia significativa cuando se compara las técnicas de Decir- Mostrar-Hacer y Refuerzo positivo con el resto de las técnicas evaluadas exceptuando la técnica de modelado de conducta ( $p \leq .05$ ).

Existe diferencia significativa cuando se comparan las técnicas de Mano sobre boca, Óxido nitroso y Anestesia General con el resto de las técnicas evaluadas ( $p \leq .05$ ).

También existen diferencias significativas cuando son comparadas las técnicas mano sobre boca y óxido nitroso con el resto de las técnicas ( $p \leq .05$ ).

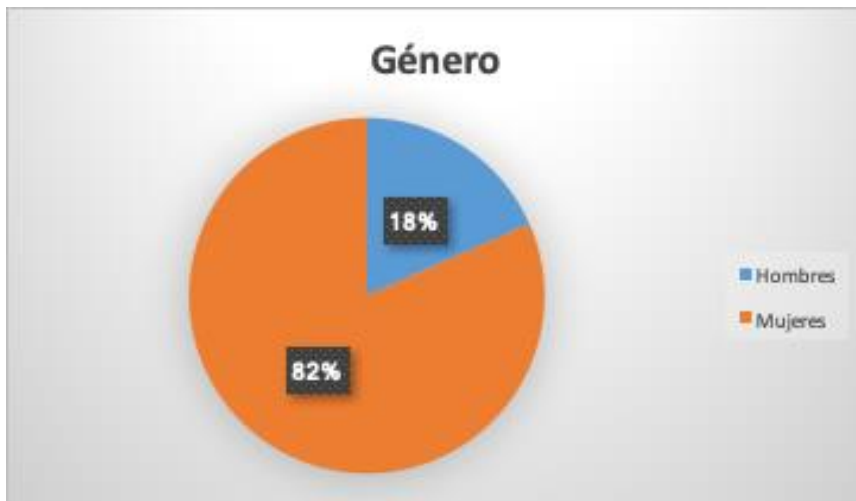
## 6.2 Rasgos sociodemográficos de los participantes.

### 6.2.1 Edad de los participantes.



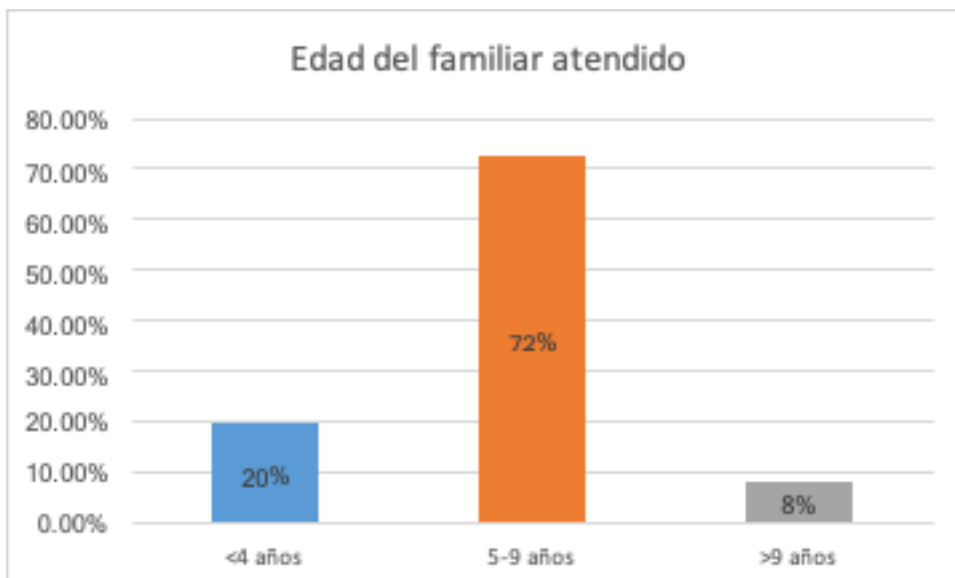
La mayoría de los padres encuestados (56%) se encontraban en un rango de edad de entre los 25 y 35 años.

### 6.2.2 Género de los participantes.



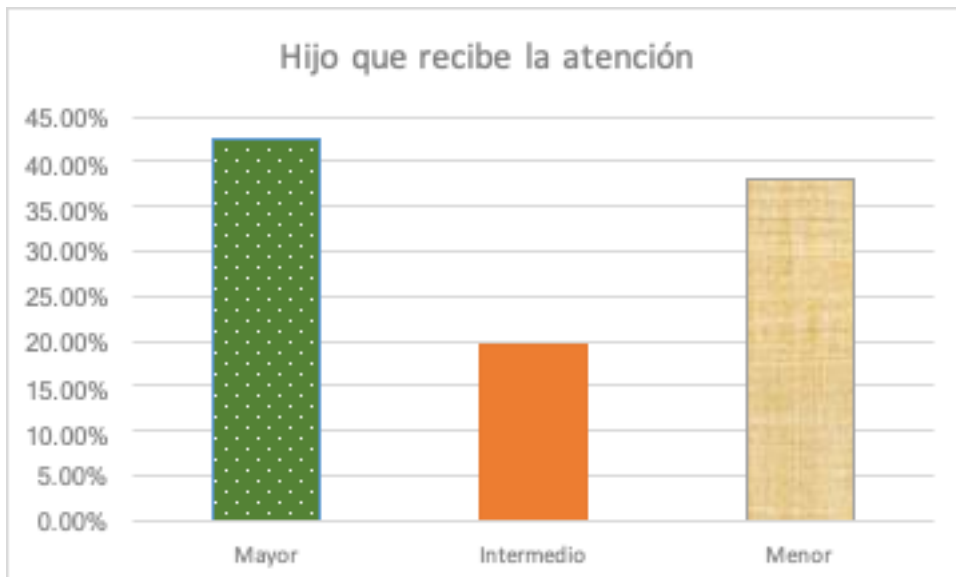
El sexo predominante en los encuestados fue el sexo femenino con un 82% del total de encuestados.

### 6.2.3 Edad del familiar que recibe la atención dental.



El rango de edad el hijo al que llevaban a recibir la atención dental predominaba el de entre 5 y 9 años.

#### 6.2.4 Hijo que recibe la atención dental.



En cuanto a que hijo era al que llevaban a consulta dental, el hijo mayor fue la respuesta predominante con un 43%.

#### 6.2.5 Ingreso mensual de los participantes.



El 69% de los encuestados percibía menos de 10 mil pesos mensuales.



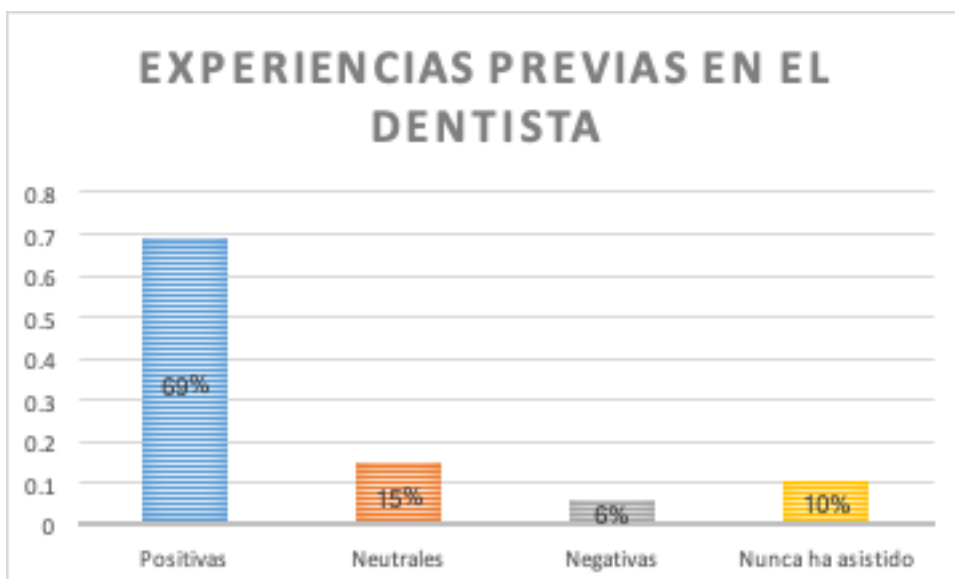
### 6.2.6 Nivel máximo de estudios de los participantes.



El 57% de los participantes contaba con al menos la preparatoria terminada.

### 6.2.7 Experiencias previas en el dentista por parte del participante.

La mayoría de los padres habían tenido experiencias previas positivas en sus visitas personales al dentista (69%) y solo el 6% de los participantes tuvieron experiencias las cuales calificaron como “negativas”.



6.3 Relación entre las variables y el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

6.3.1 Relación de sexo del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 2.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y género de los padres de los pacientes.*

		Media	DE	Prueba t	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	Femenino	9.9	0.47	-0.47	0.6377
	Masculino	10.0	0.00		
Desensibilización	Femenino	9.5	1.33	-1.24	0.2175
	Masculino	9.9	0.25		
Modelado	Femenino	9.9	0.85	-0.66	0.5112
	Masculino	10.0	0.00		
Refuerzo Positivo	Femenino	9.9	0.41	-0.83	0.4086
	Masculino	10.0	0.00		
Control de voz	Femenino	9.5	0.94	-1.15	0.2518
	Masculino	9.8	0.40		
Distracción	Femenino	9.2	2.07	-1.52	0.1328
	Masculino	10.0	0.00		
Restricción Física	Femenino	9.4	1.26	-0.84	0.4035
	Masculino	9.7	0.87		
Mano sobre boca	Femenino	8.2	3.18	-0.94	0.3486
	Masculino	9.0	2.56		
Óxido nitroso	Femenino	9.1	1.65	3.67	0.0004
	Masculino	6.8	4.19		
Anestesia General	Femenino	7.4	3.04	1.52	0.1329
	Masculino	6.1	4.19		

No se encontraron diferencias significativas entre las técnicas evaluadas, la única técnica donde influyó el sexo del participante fue la técnica de óxido nitroso.

### 6.3.2 Relación de tipo de educación que brinda el participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 3.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y tipo de educación de los padres de los pacientes.*

		Media	DE	Prueba t	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	Autoritario	10.00	0.00	0.07	0.9320
	Autoritativo	9.95	0.46		
	Permisivo	10.00	0.00		
Desensibilización	Autoritario	9.50	1.23	0.10	0.9100
	Autoritativo	9.62	1.22		
	Permisivo	9.40	1.34		
Modelado	Autoritario	9.83	0.41	0.05	0.9520
	Autoritativo	9.89	0.81		
	Permisivo	9.80	0.45		
Refuerzo Positivo	Autoritario	9.83	0.41	0.60	0.5510
	Autoritativo	9.95	0.36		
	Permisivo	9.80	0.45		
Control de voz	Autoritario	9.50	0.84	0.16	0.8530
	Autoritativo	9.61	0.88		
	Permisivo	9.40	0.89		
Distracción	Autoritario	8.67	2.16	2.68	0.0750
	Autoritativo	9.70	1.02		
	Permisivo	9.00	2.24		
Restricción Física	Autoritario	9.67	0.52	0.33	0.7230
	Autoritativo	9.42	1.27		
	Permisivo	9.80	0.45		
Mano sobre boca	Autoritario	7.83	3.87	0.18	0.8350
	Autoritativo	8.42	2.96		
	Permisivo	7.80	4.38		
Óxido nitroso	Autoritario	8.33	1.97	0.06	0.9400
	Autoritativo	8.68	2.55		
	Permisivo	8.80	2.17		
Anestesia General	Autoritario	8.33	1.75	2.24	0.1120
	Autoritativo	6.92	3.41		
	Permisivo	9.80	0.45		

No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de educación que brindan los padres a sus hijos y las técnicas evaluadas.

### 6.3.3 Relación de la edad del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 4.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y edad de los padres de los pacientes.*

		Media	DE	IC 95%		Prueba F	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	< 25	10.0	0.00	10.00	10.00	0.90	0.4100
	26 a 35	10.0	0.00	10.00	10.00		
	> 35	9.9	0.72	9.61	10.13		
Desensibilización	< 25	8.6	2.44	6.32	10.83	2.87	0.0625
	26 a 35	9.7	0.84	9.47	9.96		
	> 35	9.6	1.28	9.18	10.11		
Modelado	< 25	10.0	0.00	10.00	10.00	1.26	0.2883
	26 a 35	10.0	0.14	9.94	10.02		
	> 35	9.7	1.27	9.24	10.18		
Refuerzo Positivo	< 25	10.0	0.00	10.00	10.00	2.90	0.0607
	26 a 35	10.0	0.00	10.00	10.00		
	> 35	9.8	0.60	9.59	10.03		
Control de voz	< 25	9.7	0.76	9.02	10.41	1.91	0.1540
	26 a 35	9.4	1.04	9.13	9.73		
	> 35	9.8	0.48	9.63	9.98		
Distracción	< 25	9.3	0.95	8.41	10.17	0.77	0.4654
	26 a 35	9.6	1.38	9.17	9.97		
	> 35	9.0	2.61	8.07	9.99		
Restricción Física	< 25	8.9	1.77	7.22	10.50	1.67	0.1941
	26 a 35	9.4	1.37	9.00	9.78		
	> 35	9.7	0.59	9.49	9.93		
Mano sobre boca	< 25	8.3	3.40	5.14	11.43	3.01	0.0545
	26 a 35	7.7	3.70	6.63	8.76		
	> 35	9.4	1.02	9.01	9.76		
Óxido nitroso	< 25	9.6	1.13	8.52	10.62	1.39	0.2539
	26 a 35	8.9	1.96	8.31	9.44		
	> 35	8.1	3.24	6.94	9.32		
Anestesia General	< 25	7.9	2.48	5.56	10.15	1.81	0.1693
	26 a 35	7.7	3.04	6.78	8.53		
	> 35	6.3	3.73	4.92	7.66		

No se encontraron diferencias significativas entre el rango de edad de los padres con las técnicas evaluadas.

6.3.4 Relación de la edad del familiar que recibe la atención con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 5.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y edad del familiar atendido*

		Media	DE	IC 95%		Prueba F	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	< 4	10.0	0.00	10.00	10.00	0.19	0.8299
	4 a 9	9.9	0.50	9.81	10.06		
	> 9	10.0	0.00	10.00	10.00		
Desensibilización	< 4	9.5	1.18	8.86	10.08	0.13	0.8763
	4 a 9	9.6	1.29	9.29	9.94		
	> 9	9.7	0.49	9.26	10.17		
Modelado	< 4	10.0	0.00	10.00	10.00	0.36	0.6954
	4 a 9	9.8	0.90	9.61	10.07		
	> 9	10.0	0.00	10.00	10.00		
Refuerzo Positivo	< 4	10.0	0.00	10.00	10.00	0.58	0.5625
	4 a 9	9.9	0.43	9.80	10.01		
	> 9	10.0	0.00	10.00	10.00		
Control de voz	< 4	9.5	0.87	9.02	9.92	0.48	0.6182
	4 a 9	9.6	0.91	9.36	9.82		
	> 9	9.9	0.38	9.51	10.21		
Distracción	< 4	9.0	1.97	7.99	10.01	0.71	0.4961
	4 a 9	9.4	1.97	8.88	9.88		
	> 9	10.0	0.00	10.00	10.00		
Restricción Física	< 4	9.6	0.86	9.20	10.09	1.19	0.3089
	4 a 9	9.3	1.32	9.02	9.68		
	> 9	10.0	0.00	10.00	10.00		
Mano sobre boca	< 4	6.6	4.50	4.27	8.90	3.77	0.0270
	4 a 9	8.8	2.34	8.24	9.41		
	> 9	8.3	3.73	4.84	11.73		
Óxido nitroso	< 4	8.8	1.99	7.74	9.79	0.02	0.9808
	4 a 9	8.6	2.52	8.00	9.27		
	> 9	8.7	3.40	5.57	11.86		
Anestesia General	< 4	8.7	2.44	7.45	9.96	2.36	0.1005
	4 a 9	6.8	3.40	5.92	7.63		
	> 9	7.1	3.53	3.88	10.41		

Se observa una diferencia significativa cuando se comparó la edad del hijo atendido y el grado de aceptación hacia la técnica de óxido nitroso. Observando una menor calificación en la técnica cuando se aplicaba a menores de 4 años. No se observaron diferencias significativas en el resto de las técnicas evaluadas en relación con la edad del hijo atendido.

### 6.3.5 Relación del hijo que recibe la atención con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 6.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta según el hijo que recibe la atención.*

		Media	DE	IC 95%		Prueba F	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	Menor	9.9	0.70	9.63	10.13	0.81	0.4463
	Intermedio	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Mayor	10.0	0.00	10.00	10.00		
Desensibilización	Menor	9.3	1.73	8.72	9.95	1.56	0.2168
	Intermedio	9.9	0.24	9.82	10.07		
	Mayor	9.7	0.85	9.39	9.96		
Modelado	Menor	9.7	1.24	9.26	10.14	1.61	0.2054
	Intermedio	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Mayor	10.0	0.00	10.00	10.00		
Refuerzo Positivo	Menor	9.8	0.58	9.61	10.03	2.61	0.0797
	Intermedio	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Mayor	10.0	0.00	10.00	10.00		
Control de voz	Menor	9.6	0.65	9.40	9.87	0.42	0.6575
	Intermedio	9.4	1.37	8.71	10.12		
	Mayor	9.6	0.76	9.37	9.87		
Distracción	Menor	8.9	2.63	7.98	9.84	2.01	0.1409
	Intermedio	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Mayor	9.5	1.43	8.98	9.93		
Restricción Física	Menor	9.5	0.80	9.23	9.80	0.20	0.8168
	Intermedio	9.3	1.69	8.43	10.16		
	Mayor	9.5	1.26	9.07	9.91		
Mano sobre boca	Menor	9.2	1.92	8.53	9.89	2.65	0.0764
	Intermedio	7.2	4.02	5.17	9.30		
	Mayor	8.1	3.29	6.99	9.18		
Óxido nitroso	Menor	8.9	1.92	8.26	9.62	0.62	0.5430
	Intermedio	8.9	2.26	7.72	10.04		
	Mayor	8.3	2.97	7.33	9.32		
Anestesia General	Menor	7.6	3.19	6.51	8.77	0.85	0.4318
	Intermedio	6.4	3.59	4.51	8.20		
	Mayor	7.2	3.27	6.07	8.25		

El hijo que recibe la atención no fue un factor en el grado de aceptación de las técnicas por parte de los padres.

### 6.3.6 Relación del ingreso con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 7.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta e ingreso (miles de pesos).*

		Media	DE	IC 95%		Prueba F	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	< 11	9.9	0.52	9.80	10.07	0.22	0.8022
	11 a 18	10.0	0.00	10.00	10.00		
	> 18	10.0	0.00	10.00	10.00		
Desensibilización	< 11	9.4	1.43	9.05	9.79	2.21	0.1164
	11 a 18	10.0	0.00	10.00	10.00		
	> 18	10.0	0.00	10.00	10.00		
Modelado	< 11	9.8	0.92	9.59	10.07	0.43	0.6509
	11 a 18	10.0	0.00	10.00	10.00		
	> 18	10.0	0.00	10.00	10.00		
Refuerzo Positivo	< 11	9.9	0.44	9.79	10.01	0.69	0.5064
	11 a 18	10.0	0.00	10.00	10.00		
	> 18	10.0	0.00	10.00	10.00		
Control de voz	< 11	9.6	0.69	9.46	9.81	0.81	0.4464
	11 a 18	9.3	1.68	8.14	10.40		
	> 18	9.6	0.72	9.24	10.01		
Distracción	< 11	9.2	2.22	8.58	9.72	1.15	0.3205
	11 a 18	9.8	0.60	9.41	10.22		
	> 18	9.8	0.54	9.52	10.10		
Restricción Física	< 11	9.7	0.67	9.53	9.87	4.26	0.0174
	11 a 18	8.8	1.99	7.48	10.16		
	> 18	9.0	1.75	8.07	9.93		
Mano sobre boca	< 11	8.3	3.22	7.49	9.15	0.01	0.9900
	11 a 18	8.5	2.58	6.72	10.19		
	> 18	8.4	3.01	6.77	9.98		
Óxido nitroso	< 11	9.0	1.80	8.57	9.50	4.86	0.0101
	11 a 18	9.1	1.14	8.33	9.85		
	> 18	7.0	4.21	4.76	9.24		
Anestesia General	< 11	7.9	2.98	7.16	8.70	12.52	0.0000
	11 a 18	7.9	2.74	6.07	9.75		
	> 18	3.9	2.85	2.36	5.39		

El ingreso familiar influye de manera significativa en el grado de aceptación que tienen los padres hacia las técnicas de restricción física, óxido nitroso y Anestesia General, siendo en estas últimas dos donde los familiares con ingresos mayores a los 18 mil pesos mensuales los que otorgaron las calificaciones más bajas. En el resto de las técnicas no se observan diferencias significativas en relación con el ingreso.

### 6.3.7 Relación de la escolaridad máxima del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 8.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y escolaridad de los padres.*

		Media	DE	IC 95%		Prueba F	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	Primaria	10.0	0.00	10.00	10.00	0.51	0.7250
	Secundaria	9.9	0.76	9.56	10.15		
	Preparatoria	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Licenciatura	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Posgrado	10.0	0.00	10.00	10.00		
Desensibilización	Primaria	9.7	0.95	9.02	10.38	0.46	0.7630
	Secundaria	9.8	1.32	9.24	10.26		
	Preparatoria	9.5	1.24	9.05	9.95		
	Licenciatura	9.3	1.32	8.51	10.10		
	Posgrado	10.0	0.00	10.00	10.00		
Modelado	Primaria	10.0	0.00	10.00	10.00	0.36	0.8351
	Secundaria	9.8	1.32	9.24	10.26		
	Preparatoria	9.9	0.30	9.80	10.01		
	Licenciatura	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Posgrado	10.0	0.00	10.00	10.00		
Refuerzo Positivo	Primaria	10.0	0.00	10.00	10.00	0.34	0.8504
	Secundaria	9.9	0.57	9.67	10.11		
	Preparatoria	9.9	0.30	9.80	10.01		
	Licenciatura	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Posgrado	10.0	0.00	10.00	10.00		
Control de voz	Primaria	9.7	0.67	9.22	10.18	5.85	0.0003
	Secundaria	9.8	0.52	9.55	9.95		
	Preparatoria	9.8	0.55	9.58	9.98		
	Licenciatura	8.6	1.56	7.67	9.56		
	Posgrado	9.8	0.50	8.95	10.55		
Distracción	Primaria	8.5	3.37	6.09	10.91	1.69	0.1599
	Secundaria	9.3	2.11	8.47	10.10		
	Preparatoria	9.9	0.42	9.72	10.03		
	Licenciatura	8.7	2.18	7.38	10.01		
	Posgrado	10.0	0.00	10.00	10.00		
Restricción Física	Primaria	10.0	0.00	10.00	10.00	5.20	0.0009
	Secundaria	9.6	0.79	9.30	9.91		
	Preparatoria	9.7	0.59	9.47	9.90		
	Licenciatura	8.2	2.31	6.83	9.63		
	Posgrado	9.3	1.50	6.86	11.64		
Mano sobre boca	Primaria	7.5	2.95	5.39	9.61	7.15	0.0001
	Secundaria	9.7	1.01	9.32	10.11		
	Preparatoria	8.8	2.92	7.70	9.80		
	Licenciatura	5.0	4.38	2.35	7.65		
	Posgrado	8.5	1.00	6.91	10.09		
Óxido nítrico	Primaria	9.3	1.64	8.13	10.47	1.06	0.3803
	Secundaria	9.1	1.77	8.42	9.79		
	Preparatoria	8.2	3.30	6.97	9.35		
	Licenciatura	8.2	2.08	6.90	9.41		
	Posgrado	9.8	0.50	8.95	10.55		
Anestesia General	Primaria	7.1	3.00	4.96	9.24	2.93	0.0256
	Secundaria	8.4	2.74	7.33	9.46		
	Preparatoria	6.8	3.75	5.49	8.20		
	Licenciatura	6.8	2.68	5.15	8.39		
	Posgrado	3.0	2.00	-0.18	6.18		



En la tabla 8 podemos observar que el nivel de estudios de los participantes influye en el grado de aceptación hacia técnicas como Control de voz, Restricción Física, Mano sobre boca y Anestesia General, siendo los padres con un nivel máximo de estudios de licenciatura los que otorgaron una menor calificación a estas técnicas.

### 6.3.8 Relación de las experiencias previas del participante en el dentista con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 9.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y experiencias previas con el dentista.*

		Media	DE	IC 95%		Prueba F	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	Nunca	10.0	0.00	10.00	10.00	1.96	0.1262
	Negativas	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Neutrales	9.7	1.11	9.02	10.36		
	Positivas	10.0	0.00	10.00	10.00		
Desensibilización	Nunca	9.9	0.33	9.63	10.15	0.43	0.7309
	Negativas	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Neutrales	9.5	1.94	8.29	10.63		
	Positivas	9.6	1.16	9.25	9.85		
Modelado	Nunca	10.0	0.00	10.00	10.00	1.59	0.1971
	Negativas	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Neutrales	9.5	1.94	8.29	10.63		
	Positivas	10.0	0.22	9.89	10.01		
Refuerzo Positivo	Nunca	10.0	0.00	10.00	10.00	1.06	0.3696
	Negativas	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Neutrales	9.8	0.83	9.27	10.27		
	Positivas	10.0	0.22	9.89	10.01		
Control de voz	Nunca	9.9	0.33	9.63	10.15	1.01	0.3937
	Negativas	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Neutrales	9.4	1.56	8.44	10.33		
	Positivas	9.6	0.75	9.36	9.74		
Distracción	Nunca	10.0	0.00	10.00	10.00	0.78	0.5091
	Negativas	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Neutrales	8.9	2.90	7.17	10.68		
	Positivas	9.3	1.83	8.83	9.77		
Restricción Física	Nunca	9.9	0.33	9.63	10.15	0.96	0.4154
	Negativas	9.8	0.45	9.24	10.36		
	Neutrales	9.1	1.89	7.93	10.22		
	Positivas	9.5	1.13	9.16	9.74		
Mano sobre boca	Nunca	9.8	0.44	9.44	10.12	1.43	0.2393
	Negativas	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Neutrales	8.4	2.57	6.83	9.94		
	Positivas	8.0	3.43	7.10	8.87		
Óxido nitroso	Nunca	9.8	0.67	9.27	10.29	1.14	0.3398
	Negativas	9.6	0.89	8.49	10.71		
	Neutrales	8.8	2.48	7.35	10.34		
	Positivas	8.4	2.68	7.69	9.08		
Anestesia General	Nunca	7.6	3.50	4.86	10.25	1.34	0.2683
	Negativas	9.8	0.45	9.24	10.36		
	Neutrales	6.5	2.96	4.67	8.25		
	Positivas	7.1	3.41	6.18	7.95		

Las experiencias previas en el dentista por parte de los encuestados no fueron un factor que mostrara diferencias significativas en relación al grado de aceptación de las técnicas en nuestro estudio.

### 6.3.9 Relación del grado de ansiedad del participante con el grado de aceptación hacia las técnicas de manejo de conducta.

Tabla 10.

*Comparación de los diferentes métodos de manejo de conducta y ansiedad dental.*

		Media	DE	IC 95%		Prueba F	Valor p
Decir-Mostrar-Hacer	Bajo	9.9	0.64	9.69	10.11	0.61	0.5458
	Medio	10.0	0.00	10.00	10.00		
	Alto	10.0	0.00	10.00	10.00		
Desensibilización	Bajo	9.6	1.22	9.24	10.04	10.19	0.0001
	Medio	9.8	0.79	9.59	10.08		
	Alto	7.7	1.97	5.60	9.73		
Modelado	Bajo	9.8	1.13	9.43	10.16	0.49	0.6141
	Medio	10.0	0.22	9.89	10.02		
	Alto	10.0	0.00	10.00	10.00		
Refuerzo Positivo	Bajo	9.9	0.48	9.77	10.08	0.11	0.8927
	Medio	9.9	0.26	9.85	10.01		
	Alto	10.0	0.00	10.00	10.00		
Control de voz	Bajo	9.7	0.64	9.54	9.95	2.16	0.1211
	Medio	9.5	0.99	9.21	9.83		
	Alto	9.0	1.10	7.85	10.15		
Distracción	Bajo	9.1	2.40	8.32	9.88	5.16	0.0077
	Medio	9.9	0.65	9.66	10.06		
	Alto	7.5	2.74	4.63	10.37		
Restricción Física	Bajo	9.8	0.58	9.58	9.96	4.13	0.0195
	Medio	9.1	1.56	8.61	9.58		
	Alto	10.0	0.00	10.00	10.00		
Mano sobre boca	Bajo	8.6	3.11	7.58	9.60	4.08	0.0203
	Medio	8.6	2.34	7.87	9.32		
	Alto	5.0	5.48	-0.75	10.75		
Óxido nitroso	Bajo	8.2	3.10	7.23	9.24	2.48	0.0898
	Medio	9.2	1.51	8.77	9.71		
	Alto	7.5	2.74	4.63	10.37		
Anestesia General	Bajo	6.9	3.74	5.66	8.09	0.56	0.5711
	Medio	7.3	2.95	6.39	8.23		
	Alto	8.3	2.58	5.62	11.04		

La Ansiedad dental es un factor que influye de manera significativa en el grado de aceptación de técnicas como Desensibilización, Distracción, Restricción Física y Mano sobre boca. Cabe resaltar que los participantes con mayor ansiedad dental dieron una calificación más alta a la técnica de Anestesia General en comparación con los otros participantes con menores niveles de ansiedad.

## 7. Discusión

Durante los últimos tiempos los pensamientos en la sociedad han ido cambiando respecto a ciertas prácticas que se realizaba con anterioridad y se juzgaban como normales. En los más recientes años se han realizado diferentes estudios para medir como ha ido cambiando la percepción y el nivel de aceptación de los padres hacia las diferentes técnicas de manejo de conducta que utiliza el odontopediatra de manera cotidiana en su consulta y analizar cuál es la relación con los niveles de ansiedad de los padres hacia la consulta dental y el tipo de estilo de crianza que este practicaba en su hijo (Tsoi et al., 2018) (Theriot AL., 2019).

Se utilizó un instrumento PSDQ en su versión corta, debido a que este ya había sido utilizado y validado en anteriores investigaciones y mostró resultados favorables y confiables para los objetivos de estas (Oliveira TD et al., 2018).

De igual manera se utilizó la escala de MDAS para medir la ansiedad hacia el dentista por parte de los padres. Este instrumento ha demostrado tener una buena confiabilidad para poder determinar el nivel de ansiedad que tiene el padre a la consulta dental (Kasem et al., 2021). Y por último, le pedimos a los padres evaluar el grado de aceptación hacia las 10 técnicas de manejo de conducta que decidimos evaluar en esta investigación, las cuales fueron seleccionadas en base a diferentes investigaciones previas similares a la nuestra, pero que, ya tenían años de haberse realizado, por lo que los resultados perdían cierto grado de validez (Patel M et al., 2016) (Muhammad S et al., 2011) (Luis de León et al., 2010).

Para evaluarlas, separamos a los padres en dos grupos de manera aleatoria. Al primero se les mostró un video, tal y como se hizo en investigaciones previas (Luis de León et al., 2010), y al segundo grupo, se les mostró un folleto con la explicación de cada una de las técnicas de manera escrita junto con una ilustración de referencia.

Posteriormente se evaluaron cada una de las técnicas del 0 al 10 de acuerdo al grado de aceptación por parte de los padres hacia las técnicas descritas.

Las técnicas que mostraron mayor aceptación por parte de los padres fueron las técnicas consideradas como menos invasivas, las cuales fueron: Decir-Mostrar-Hacer, Refuerzo positivo y modelado de conducta (Nirmala et al., 2021). Y las técnicas con menor calificación fueron: Mano sobre boca, Restricción física y Anestesia General tal y como se demostró en estudios previamente realizados (Luis de León et al., 2010; Muhammad et al., 2011; Alammouri 2006; Abushal y Adenubi 2003; Guinot et al., 2021).

Se observó que las técnicas de mano sobre boca y control de voz, son cada vez menos aceptadas por parte de los padres, tal y como se había demostrado en estudios previos realizados en otra parte del mundo (Segarra et al., 2021).

En nuestra investigación se observa que los padres prefieren las técnicas comunicativas en comparación con técnicas farmacológicas o técnicas avanzadas tal y como se había mencionado en estudios previos (Theriot et al., 2019).

Dentro del grupo de las técnicas farmacológicas, la que obtuvo una mayor calificación en cuanto a grado de aceptación por parte de los participantes fue la técnica de óxido nitroso, lo cual corrobora lo previamente dicho en estudios previamente realizados (Al Zoubi et al., 2019).

Las experiencias dentales previas en el dentista no mostraron diferencias significativas en cuanto a influir en la calificación del grado de aceptación de las técnicas, tal como se había demostrado en artículos previos, sin embargo, la ansiedad dental si fue un factor influyente en el grado de aceptación de las técnicas tal como mencionó previamente (Seangpadsa et al.,

2020) en su estudio, siendo los padres con un nivel alto de ansiedad los que brindaron calificaciones más bajas a técnicas como Desensibilización, Distracción, Mano sobre Boca y Restricción Física, esto en contraste con artículos previos realizados donde se mencionaba que la ansiedad dental no influía en el grado de aceptación de las técnicas por parte de los padres (Boka et al., 2014; Shukla et al., 2021).

Diversos estudios han concluido que diversos factores como la raza y la etnia influyen en el grado de aceptación de las diversas técnicas (Martinez et al., 2019) (Chang et al., 2018).

En nuestro estudio observamos que factores como la edad, sexo, ingreso, grado de escolaridad, nivel de ansiedad dental y la edad del familiar atendido, son factores los cuales influyen en el grado de aceptación hacia ciertas técnicas de manejo de conducta.

El ingreso fue un factor influyente en el grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta, siendo que los padres con mayores ingresos dieron una menor calificación a la técnica de anestesia general, lo que contrasta con resultados de artículos previos donde las personas con menor ingreso eran las que otorgaban una menor calificación hacia estas técnicas (Havelka et al., 1992).

## 8. Conclusiones

Se acepta la hipótesis de que hay diferencia en el grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta. Siendo la más aceptada la técnica de Decir- Mostrar- Hacer, seguido de técnicas menos invasivas donde no se requiere el contacto físico con el paciente. La técnica de manejo de conducta con menor aceptación fue la de Anestesia General.

Varios factores influyen en la aceptación de las técnicas de manejo de conducta, respecto al sexo solo en la técnica de óxido nitroso. La edad del niño influye en la aceptación de la técnica de mano sobre boca. El ingreso familiar influye en la técnica de anestesia general, restricción física, y óxido nitroso. La escolaridad de los padres influye en la aceptación de las técnicas de anestesia general, restricción física, mano sobre boca y control de voz. La ansiedad de los padres influye en restricción física, mano sobre boca, distracción y desensibilización.

No influyen en la aceptación de las técnicas el tipo de educación al infante, la edad de los padres, si el hijo es mayor, intermedio o menor, ni las experiencias previas con el dentista. Este estudio no pone en duda la efectividad de las técnicas más invasivas, pero hace una invitación a los odontólogos y especialistas a no utilizar estas técnicas como primera opción al momento de ejercer odontología pediátrica y hacer énfasis en explicar técnicas más avanzadas a los padres previo a su uso para evitar mal entendidos y posibles problemas legales.

## 9. LITERATURA CITADA

1. AAPD (American Academy of Paediatric Dentistry) Clinical Affairs Committee. Guideline on behavior Guidance for the paediatric dental patient. *Pediatr Dent Reference Manual*. 2015; 29:115-124.
2. Al Zoubi L, Schmoeckel J, Mustafa Ali M, Alkilzy M, Splieth CH. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in normal treatment and in emergency situations used in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019;20(4):319-323
3. Al-Namankany A, Petrie A, Ashley P. Video modelling and reducing anxiety related to dental injections - a randomised clinical trial. *Br Dent J*. 2014;216(12):675-679
4. Alagla M, Al-Hussyeen A, Alhowaish L. Parenting styles and preschool children's behaviour in a Saudi Arabian postgraduate dental setting. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2020;22(2):163-173.
5. Aminabadi NA, Deljavan AS, Jamali Z, Azar FP, Oskouei SG. The Influence of Parenting Style and Child Temperament on Child-Parent-Dentist Interactions. *Pediatr Dent*. 2015;37(4):342-347
6. Aminabadi NA, Farahani RM. Correlation of parenting style and pediatric behavior guidance strategies in the dental setting: preliminary findings. *Acta Odontol Scand*. 2008;66(2):99-104.
7. Bandura A, Walters RH. *Social Learning and Personality Development*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1963.
8. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014; 15(5):333-339.
9. Cameron A, Widmer R. *Manual de odontología pediátrica 1er Ed*. Harcourt, España, 1998.
10. Campbell RL, Shetty NS, Shetty KS, Pope HL, Campbell JR. Pediatric Dental Surgery Under General Anesthesia: Uncooperative Children. *Anesth Prog*. 2018 Winter;65(4):225-230.
11. Chang CT, Badger GR, Acharya B, Gaw AF, Barratt MS, Chiquet BT. Influence of Ethnicity on Parental Preference for Pediatric Dental Behavioral Management Techniques. *Pediatr Dent*. 2018;40(4):265-272.
12. Craig WC. Hand over mouth technique. *J Dent Child*. 1971;38:387-389.
13. Davies EB, Buchanan H. An exploratory study investigating children's perceptions of dental behavioural management techniques. *Int J Paediatr Dent*. 2013;23(4):297-309.
14. 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(4):350-359.
15. 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 Oct-Dec;37(4):350-359.
16. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW Jr, Beck M. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2005;27(2):107-113.

17. Elango I, Baweja DK, Shivaprakash PK. Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: a comparative study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2012;30(3):195-200.
18. Farhat-McHayleh N, Harfouche A, Souaid P. Techniques for managing behaviour in pediatric dentistry: comparative study of live modelling and tell-show-do based on children's heart rates during treatment. *J Can Dent Assoc.* 2009;75(4):283.
19. Gao S, Lu J, Li P, Yu D, Zhao W. Prevalence and risk factors of children's dental anxiety in China: a longitudinal study. *BMJ Open.* 2021;11(4): e043647.
20. Gordon DA, Terdal L, Sterling E. The use of modelling and desensitization in the treatment of a phobic child patient. *J Dent Child.* 1974; 41:102-105.
21. Greenbaum P, Turner C, Cook EW, Melamed BG. Dentists' voice control: effects on children's disruptive and affective behavior. *Health Psychology.* 1990; 9:546-558.
22. Grisolia BM, Dos Santos APP, Dhyppolito IM, Buchanan H, Hill K, Oliveira BH. Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta-analyses. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(2):168-183.
23. Guinot F, Virolés M, Lluch C, Costa AL, Veloso A. Spanish and Portuguese Parental Acceptance of Behavior Management Techniques in Pediatric Dentistry. *J Clin Pediatr Dent.* 2021 Oct 1;45(4):247-252
24. Guney SE, Araz C, Tirali RE, Cehreli SB. Dental anxiety and oral health-related quality of life in children following dental rehabilitation under general anesthesia or intravenous sedation: A prospective cross-sectional study. *Niger J Clin Pract.* 2018 Oct;21(10):1304-1310.
25. Havelka C, McTigue D, Wilson S, Odom J. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques. *Pediatr Dent.* 1992 Nov-Dec;14(6):376-81.
26. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent.* 2015;37(1):59-64.
27. Hung WT, Liao SM, Ko WR, Chau MY. Anesthetic management of dental procedures in mentally handicapped patients. *Acta Anaesthesiol Sin.* 2003 Jun;41(2):65-70.
28. Kantaputra PN, Chiewcharnvalijit K, Wairatpanich K, Malikaew P, Aramrattana A. Children's attitudes toward behavior management techniques used by dentists. *J Dent Child (Chic).* 2007;74(1):4-9.
29. Kassem El Hajj H, Fares Y, Abou-Abbas L. Assessment of dental anxiety and dental phobia among adults in Lebanon. *BMC Oral Health.* 2021 Feb 4;21(1):48.
30. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. *Swed Dent J Suppl.* 1995; 103:1-78.
31. Kramer PF, Corrêa Brusco L, Ilha MC, Bervian J, Vargas-Ferreira F, Feldens CA. Dental behaviour management problems and associated factors in Brazilian children. *Eur J Paediatr Dent.* 2020 Sep;21(3):192-196.
32. Krikken JB, Veerkamp JS. Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008;9(1):23-28.
33. Lawrence SM, McTigue DJ, Wilson S, Odom JG, Waggoner WF, Fields HW Jr. Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent.* 1991;13(3):151-155.



34. Lin CS, Lee CY, Wu SY, Chen LL, Lee KT, Wang MC, Wang TF. Translation and validation of modified dental anxiety scale based on adult Taiwan population. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):647.
35. Luis de León J, 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):175-178.
36. Machen JB, Johnson R. Desensitization, model learning and the dental behaviour of children. *J Dent Res*. 1974; 53:83-87
37. Martinez 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 (Phila)*. 2019;58(9):977-984.
38. McDonald R. *Odontología pediátrica y del adolescente 6ta Ed.* Harcourt, España,1998.
39. Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with schoolchildren in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2011;20(4):350-355.
40. Murad MH, Ingle NA, Assery MK. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment-A systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2020;30;9(9):4530-4535.
41. Nazzal H, El Shahawy OI, Al-Jundi S, Hussein I, 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 Jun;22(3):375-385.
42. Nirmala SVSG, Inthihas SK, Aerpogu D, Subbareddy CR, Nuvvula S. Preferences and their correlation between children and their parents' attitudes towards non-pharmacological behaviour guidance techniques - A cross-sectional study. *Indian J Dent Res*. 2021 Apr-Jun;32(2):199-205.
43. Ogawa M, Sago T, Furukawa H. The Reliability and Validity of the Japanese Version of the Modified Dental Anxiety Scale among Dental Outpatients. *ScientificWorldJournal*. 2020; 2020:8734946.
44. Oliveira TD, Costa DS, Albuquerque MR, Malloy-Diniz LF, Miranda DM, de Paula JJ. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Short Version (PSDQ) for use in Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2018 Oct-Dec;40(4):410-419.
45. Patel M, McTigue DJ, Thikkurissy S, Fields HW. Parental Attitudes Toward Advanced Behavior Guidance Techniques Used in Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent*. 2016;38(1):30-36.
46. Peretz B, Kharouba J, Blumer S. Pattern of parental acceptance of management techniques used in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent*. 2013;38(1):27-30.
47. Pinkham JR. Behavior management of children in the dental office. *Dent Clin North Am*. 2000;44(3):471-86.
48. Pinkham JR. Linguistic maturity as a determinant of child patient behavior in the dental office. *ASDC J Dent Child*. 1997;64(5):322-326.
49. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010;11(4):166-174.

50. Sabbagh HJ, Sijini OT. Parental Preference for Parental Separation and Their Satisfaction Regarding Their Children Dental Treatment in Pediatric Dental Clinics in Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2020;10(1):116-123.
51. Seangpadsa K, Smutkeeree A, Leelataweewud P. Parental acceptance of behavior management techniques for preschool children in dental practice: Revisited. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2020 Jul-Sep;38(3):274-279.
52. Segarra-Ortells C, Leyda-Menéndez AM, Ribelles-Llop M, Gavara-Navarro MJ, Marqués-Martínez L. Basic behavior guidance techniques: A survey of members of the Spanish Society of Paediatric Dentistry. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2021 Apr-Jun;39(2):132-137.
53. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev.* 2017; 55:25-40.
54. Skinner E, Johnson S, Snyder T. Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and Practice.* 2005; 5:175–235.
55. Slifer KJ, Tucker CL, Dahlquist LM. Helping children and caregivers cope with repeated invasive procedures: how are we doing? *J Clin Psychol Med Settings.* 2002; 9:131–152.
56. ten Berg M. Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008;9(1):41-46.
57. Theriot AL, Gomez L, Chang CT, Badger GR, Herbert AK, Cardenas Vasquez JM, Cardenas AD, Chiquet BT. Ethnic and language influence on parents' perception of paediatric behaviour management techniques. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29(3):301-309.
58. Treyvaud K, Doyle LW, Lee KJ, Ure A, Inder TE, Hunt RW, Anderson PJ. Parenting behavior at 2 years predicts school-age performance at 7 years in very preterm children. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(7):814-21.
59. Tsoi AK, Wilson S, Thikkurissy S. A Study of the Relationship of Parenting Styles, Child Temperament, and Operatory Behavior in Healthy Children. *J Clin Pediatr Dent.* 2018;42(4):273-278.

## **RESUMEN BIOGRÁFICO**

Marco Antonio Govea Garza

Candidato para el Grado de

Maestría en Ciencias Odontológicas en el área de Odontopediatría

Tesis: PERCEPCIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS PADRES A LOS DIFERENTES MÉTODOS DE MANEJO DE CONDUCTA UTILIZADOS EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Datos Personales: Nacido en Saltillo, Coahuila el 24 de febrero de 1996, hijo de Marco Antonio Govea Villasana y Georgina Griselda Garza Fuentes.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Cirujano Dentista en 2019.

## Apéndices

### Instrumento de recopilación de datos



Percepción y aceptación de los padres a los diferentes métodos de manejo de conducta utilizados en la consulta odontopediátrica

Subraya la opción correcta de acuerdo a los datos del padre/madre:

Sexo: Masculino

Femenino

Edad: Menor o igual a 25

25-35

35 o más

Edad del familiar atendido:

Menor o igual a 4 años

5 a 9 años

Mayor a 9 años

Nivel de ingresos familiares:

Menor a 10 mil al mes

10-18 mil al mes

18 mil o más al mes

Nivel de estudios del participante:

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Licenciatura/Ingeniería

Posgrado

Experiencias previas en el dentista del participante:

Positivas

Neutrales

Negativas

Nunca ha asistido

Cual hijo es el que recibe la atención:

Mayor

Intermedio

Menor

**MDAS**

Coloque el número de la respuesta en la línea dependiendo como se siente frente a cada una de las siguientes 5 situaciones:

**Posibles respuestas:**

1. No se siente ansioso para nada
2. Ligeramente ansioso
3. Medianamente ansioso
4. Bastante ansioso
5. Extremadamente ansioso

- \_\_ 1. Tener cita para tratamiento dental al día siguiente
- \_\_ 2.-Estar sentado en la sala de espera de un consultorio dental
- \_\_ 3.-Que el dentista talle una cavidad en su diente
- \_\_ 4.-Hacerse una profilaxis y un pulido dental
- \_\_ 5.- Recibir una inyección de anestesia local dental

**PSDO Corto**

Coloque en la línea la respuesta de acuerdo a la frecuencia con la que realiza las siguientes acciones

Respuestas:

1: Nunca// 2: De vez en cuando// 3: Casi la mitad del tiempo// 4: Muy seguido// 5: Siempre

- 1.-Respondo a los sentimientos y las necesidades de mi hijo.
- 2.-Utilizo el castigo físico como una manera de otorgar disciplina.
- 3.-Tomo en cuenta los deseos de mi hijo antes de pedirle que haga alguna tarea.
- 4.-Cuando mi hijo me pregunta que, porque tiene que realizar una tarea, yo le digo: “Porque yo digo” o “porque soy tu padre/madre”.
- 5.-Le explico a mi hijo como me siento cuando se porta bien o mal.
- 6.-Le pego en las nalgas a mi hijo cuando es desobediente.
- 7.-Animo a mi hijo a hablar sobre sus problemas
- 8.-Considero que es difícil disciplinar a mi hijo.
- 9.-Motivo a mi hijo a que se exprese libremente, incluso cuando no esté de acuerdo conmigo.
- 10.-Castigo a mi hijo quitándole privilegios sin darle explicaciones.
- 11.-Insisto en las razones o motivos de las reglas.
- 12.-Soy cariñoso cuando mi hijo se encuentra enojado/ frustrado.
- 13.-Grito cuando mi hijo desobedece
- 14.-Felicito a mi hijo cuando se porta bien
- 15.-Cedo cuando mi hijo hace un escándalo por algo.
- 16.-Me enojo con mi hijo.
- 17.-Amenazo con castigar a mi hijo frecuentemente en vez de hacerlo en realidad.
- 18.-Considero las preferencias de mi hijo cuando hacemos planes en familia.
- 19.-Aprieto con fuerza a mis hijos cuando está siendo desobediente.
- 20.-Doy castigos a mis hijos y después no los llevo a cabo.
- 21.-Soy respetuoso con las opiniones de mi hijo motivándolo para que las exprese.
- 22.-Permito que mi hijo de su opinión con respecto a las reglas familiares.
- 23.-Regaño y critico a mi hijo para lograr que mejore.
- 24.-Consiento a mi hijo.
- 25.-Explico a mi hijo las razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas.
- 26.-Amenazo a mi hijo con castigarlo sin justificación alguna.
- 27.-Comparto momentos agradables y cariñosos con mi hijo.
- 28.-Castigo a mi hijo dejándolo solo en alguna parte sin darle antes una explicación.
- 29.-Ayudo a mi hijo a entender el efecto de su comportamiento, animándolo a hablar de las consecuencias de sus acciones.
- 30.-Reto o critico a mi hijo cuando su comportamiento no cumple con lo que espero de él.
- 31.-Le explico a mi hijo las consecuencias de su comportamiento.
- 32.-Le pego una cachetada a mi hijo cuando se porta mal.



## Figuras

Fig. 1.



Figura 1. Grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta

Fig. 2

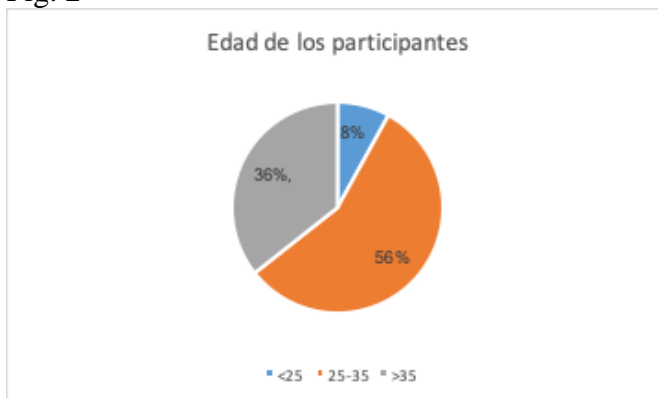


Figura 2. Edad de los participantes



Fig. 3

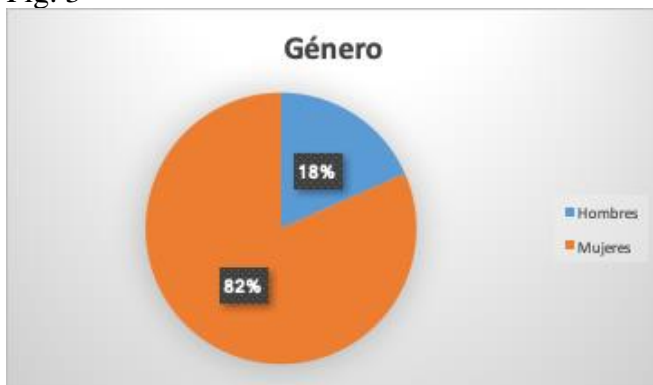


Figura 3. Género de los participantes.

Fig. 4

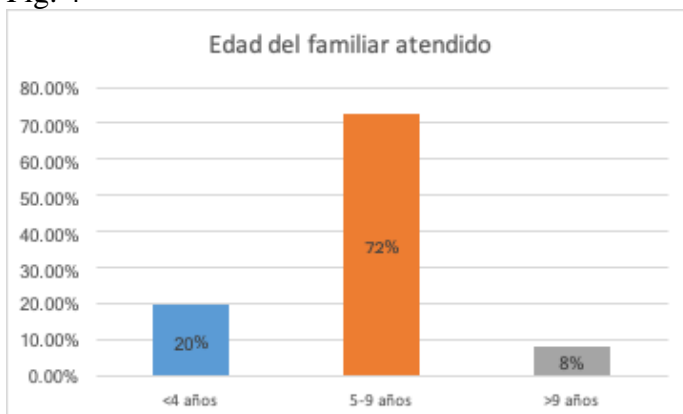


Figura 4. Edad del familiar atendido.

Fig. 5.

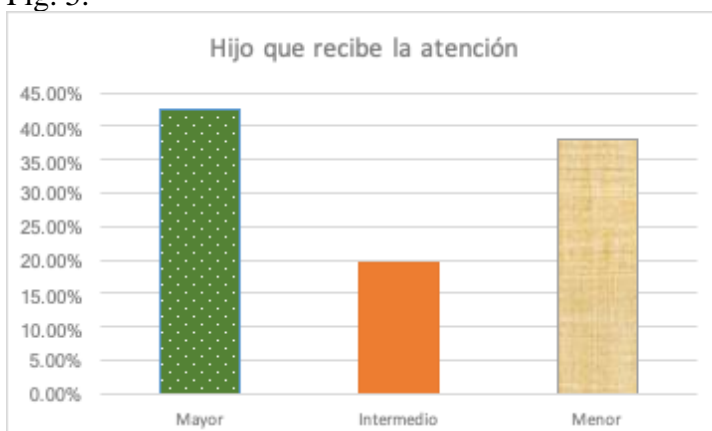


Figura 5. Hijo que recibe la atención

Fig. 6.



Figura 6. Ingresos mensuales de los participantes.

Fig. 7



Figura 7. Nivel de estudios de los participantes.

Fig. 8.

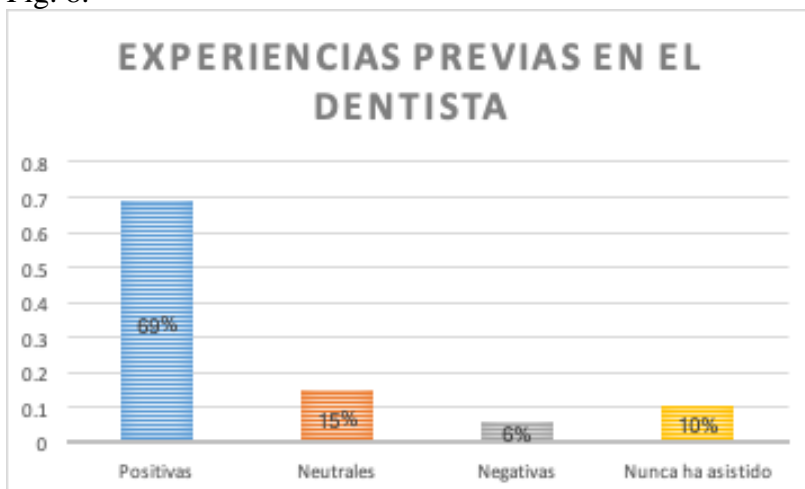


Figura 8. Experiencias previas en el dentista