



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO
FARMACOLÓGICAS EN PADRES DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA DE LA USS, 2017 II**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

Autora:

Bach. Manayalle Apagueño Daily

Asesora:

Mg. Esp. Paola La Serna Solari

Línea de Investigación:

**Epidemiología, Salud-Prevención, Promoción y
Diagnóstico Estomatológico**

Pimentel-Perú

2017

NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA USS, 2017 II.

LEVEL OF ACCEPTANCE OF THE NON-PHARMACOLOGIC TECHNIQUES IN PARENTS OF PEDIATRIC PATIENTS ATTENDED IN THE STOMATOLOGICAL CLINIC OF THE USS, 2017 II

Daily Missleny Manayalle Apagueño¹

Dra.CD. La Serna Solari Paola²

Resumen:

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, Se realizó un estudio descriptivo observacional en 63 padres de pacientes pediátricos, para lo cual se elaboró un rotafólio en cual se explicaron las técnicas de manejo de conducta previo al llenado de un cuestionario modificado, los cuales fueron validados mediante el juicio de expertos. En los resultados se observó que, el 71.4% de los padres mostraron un nivel óptimo de aceptación de las técnicas no farmacológicas, el 15.9% indicó que el nivel de aceptación es bueno, el 7.9% reveló que es regular y para el 4.8% el nivel de aceptación fue deficiente. Concluyéndose que el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica, es óptima, ya que todas las técnicas tanto comunicativas, modificación de conducta y restrictivas han obtenido un alto porcentaje de aceptación.

Palabras clave: Niño, acción farmacológica, padres

Abstract:

The present investigation had as objective to determine the level of acceptance of non-pharmacological techniques in parents of pediatric patients attended in the Stomatological Clinic of the USS. An observational descriptive study was carried in 63 parents of pediatric patients, for which there was prepared a flip chart in which there were explained the skills of handling of conduct before to the filling of a modified questionnaire, for which a flip chart in which explained the behavior management techniques prior to the filling of a modified questionnaire, which were validated by the judgment of experts. In the results it was observed that 71.4% of the parents showed an optimal level of acceptance of the non-pharmacologic techniques, the 15.9% indicated that the level of acceptance is good, the 7.9% revealed that is regular and for the 4.8% the level of acceptance was poor. It was concluded that the level of acceptance of the non-pharmacologic techniques in parents, is optimal, since all the communicative techniques, behavior modification and restrictive have obtained a high percentage of acceptance.

Keywords: Child, pharmacological action, parents

-
1. Adscrita a la Escuela Académico Profesional de Estomatología Pregrado, Universidad Señor de Sipán, Pimentel, Perú, email: MAPAGUENODAIL@crece.uss.edu.pe
 2. Docente del curso de Investigación II de la Escuela Académico Profesional de Estomatología Pregrado, Universidad Señor de Sipán, Pimentel, Perú, email: solaripb@crece.uss.edu.pe

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación problemática:

Hay múltiples factores que influyen en el comportamiento del niño, los cuales intervienen durante el procedimiento odontológico y de ello depende tener un tratamiento exitoso o fallido; hoy en día se puede observar frente a la consulta odontológica diferentes tipos de comportamiento, que puede ser *positivo* o *negativo*. La colaboración del paciente es importante, y esta guarda relación con experiencias previas que pueden ser buenas o malas; es por ello que el odontólogo que va atender a un paciente niño debe tener presente que está trabajando con un paciente que está en un proceso de desarrollo tanto físico como psicológico, además del contexto sociocultural que lo rodea.¹

En la actualidad tenemos diferentes técnicas de manejo de conducta, las cuales pueden ser seleccionadas y aplicadas, por el profesional odontopediatra, según el criterio y la necesidad del paciente; ² las técnicas se pueden clasificar en farmacológicas y no farmacológicas. Estas últimas, se dividen en técnicas comunicativas (decir-mostrar-hacer, control del voz, refuerzo positivo y negativo, modelado, distracción contingente) y no comunicativas; (restricción física activa y pasiva, mano sobre boca). Por último, las técnicas farmacológicas incluyen sedación consciente y anestesia general. ³

Se han realizado estudios donde observan la actitud de los padres frente a las diferentes técnicas de manejo de conducta en donde la aceptación ha variado según el tipo de técnica utilizada ya que influyen factores tales como el género y el nivel socioeducativo de los padres. ⁴

A nivel internacional se evidenció un alto porcentaje, entre un 88-95%, de aceptación de las técnicas no farmacológicas como en el país de Grecia y Colombia.⁵ El mismo resultado se evidenció a nivel nacional donde se reportó entre un 75 a 90% de aceptación de las técnicas no farmacológicas como en la ciudad de Lima.³

A nivel local no se encontró estadísticas que determinen el nivel de aceptación de los padres.

1.2. Formulación del problema:

¿Cuál es el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II?

1.3. Hipótesis:

El nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II es deficiente.

1.4. Objetivos:

1.4.1. Objetivo general:

Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.

1.4.2. Objetivos específicos:

- A. Determinar el nivel de aceptación de la técnica control de voz en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- B. Determinar el nivel de aceptación de la técnica decir-mostrar-hacer en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- C. Determinar el nivel de aceptación de la técnica reforzamiento positivo en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- D. Determinar el nivel de aceptación de la técnica modelamiento en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- E. Determinar el nivel de aceptación de la técnica distracción contingente en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- F. Determinar el nivel de aceptación de la técnica restricción activa en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017.
- G. Determinar el nivel de aceptación de la técnica restricción pasiva en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017
- H. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según el sexo.

- I. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según la edad.
- J. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según grado de instrucción.

1.5. Justificación e importancia:

En la atención odontopediátrica, es importante que los padres conozcan todo acerca del manejo del niño, que se les explique no solo el plan de tratamiento sino también la técnica de manejo de conducta que se utilizará, es por eso que se justifica este estudio, ya que es importante conocer si los padres aceptan o no estas técnicas. Dado que, la población de cada localidad tiene su propia idiosincrasia; el nivel de aceptación frente a las técnicas de manejo de conducta puede variar de una ciudad a otra. En Chiclayo, no existen estudios que midan el nivel de aceptación de las técnicas de manejo de conducta de los padres, por ello es viable realizar una investigación de este tema en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán. Los resultados de este estudio permitirá conocer mejor la percepción de los padres frente al manejo de la conducta durante los tratamientos odontológicos en niños aplicados en la universidad, esto podrá guiar a un mejor manejo terapéutico en la institución y mejorar la relación en la triada odontopediátrica (odontólogo-niño-padre) para lograr tratamientos exitosos.

1.6. Antecedentes de la investigación

Bustos et al.² en el 2015 tuvieron como objetivo determinar el grado de aceptación de los padres sobre las técnicas de manejo de conducta de niños de 0 a 8 años mediante técnicas avanzadas o de restricción, en el distrito de Pinra, provincia Huacaybamba, Huánuco, Perú. Se realizó un video en el cual se informaba a los padres sobre las técnicas, del cual extrajeron varias preguntas para elaborar una encuesta guiada para medir el grado de aceptación de los padres hacia las técnicas restrictivas. Los resultados demuestran, que el 83,3% de los padres están totalmente de acuerdo con la restricción activa; el 46%, con la sedación consciente; el 31,3%, con la restricción pasiva. Se concluyó que la inmovilización activa fue la más aceptada independientemente de los factores tales como grado de instrucción, edad y género tanto del padre como del niño.

Boka et al.⁵ en el 2014 tuvieron como objetivo evaluar el nivel de aceptación de padres griegos sobre nueve técnicas de manejo de conducta y su asociación con varios factores de confusión. Se seleccionaron 106 padres de niños entre las edades de 3 a 12 años los cuales estuvieron recibiendo tratamiento en la clínica dental pediátrica universitaria de postgrado y 123 padres de niños atendidos en una consulta privada. Se les mostró un video con nueve técnicas de manejo de conducta, los padres evaluaron cada técnica en una escala de 1-10. Luego se les pidió llenar un cuestionario sobre sus experiencias odontológicas y ansiedad dental. Se mostró que la técnica con mayor aceptación fue decir-mostrar-hacer ($9,76 \pm 0,69$), seguida de la técnica presencia/ausencia de los padres ($7,83 \pm 3,06$) y la técnica de sedación con óxido nitroso ($7,09 \pm 3,02$). Las técnicas menos aceptadas fueron la técnica restricción pasiva ($4,21 \pm 3,84$) y anestesia general ($4,21 \pm 4,02$). No se encontraron relación sobre la aceptación con la edad, sexo, ingresos, educación, experiencia dental, y ansiedad dental de los padres, ni la edad, sexo y ansiedad dental de los niños. Se concluyó que no hubo relación entre la experiencia dental de los padres y la ansiedad dental con la aceptación de cualquier técnica específica de manejo del comportamiento. Sin embargo, los padres con experiencia dental negativa prefirieron la anestesia general sobre cualquiera de las restricciones, bien sea activa o pasiva, mano-sobre-boca y técnicas de control de voz. Presencia/ausencia de los padres es una técnica altamente aceptable para los padres griegos.

Paryab et al.⁶ en el 2014 tuvieron como objetivo evaluar tres diferentes métodos de información sobre la aceptación, consentimiento y preocupación de los padres en relación con las técnicas de manejo de conducta farmacológicas e invasivas. Se seleccionaron 90 madres que tenían hijos no colaboradores entre las edades de 3 a 6 años distribuidos aleatoriamente en 3 grupos. Al inicio se solicitó a los padres que respondieran a 3 preguntas relacionadas a los niveles de aceptación, consentimiento y preocupación de las cinco técnicas de manejo de conducta, la información se dio de acuerdo al grupo, al grupo I se le dio información escrita, al grupo II se le dio información verbal y en el grupo III se le informó a través de un video. En el análisis de los resultados no se encontraron diferencias en los cambios de puntuación de aceptación, consentimiento y preocupación de los padres en los tres diferentes grupos. Las madres con educación académica mostraron una preocupación estadísticamente más significativa tras la presentación de la información por video.

Aurazo.³ en el 2013 realizo un estudio que tuvo como objetivo determinar el grado de aceptación de las técnicas de manejo de conducta en padres de pacientes atendidos en el Departamento de odontología del Instituto Nacional del Niño; se realizó una encuesta a 80 padres de niños entre las edades de 4 a 8 años que por primera vez iban a ser tratados, los cuales fueron divididos en cuatro grupos de veinte padres, estos divididos según el tipo de conducta. Se mostró que la técnica más aceptada con un 48,75% la técnica decir mostrar hacer seguida con un 16,25% de la técnica de modelamiento, mientras que las técnicas menos aceptadas fueron mano sobre boca, restricción física activa y pasiva.

Cordero et al.⁴ en el 2012 tuvieron como objetivo identificar el nivel de aceptación que tienen los padres sobre las técnicas farmacológicas y no farmacológicas en el manejo de conducta de pacientes pediátricos en odontología, en el cual se hizo un estudio descriptivo, transversal prospectivo en 129 padres de niños entre 3 y 15 años. Evaluaron, a través de un cuestionario y videos, las diferentes técnicas de manejo de conducta tales como decir mostrar hacer, refuerzo positivo, modelado, distracción contingente, inmovilización activa e inmovilización pasiva, sedación inhalada y anestesia general. Como resultado, las técnicas decir mostrar hacer, modelado y distracción contingente fueron las de mayor aceptación al compararlas con las técnicas farmacológicas y las de restricción que fueron las menos aceptadas. Se reveló que la "restricción física por asistente dental o padre", las técnicas de "Papoose Board" y "anestesia general" tuvieron un porcentaje menor de aceptación entre los padres en los tres grupos.

García et al.⁷ en el 2007 realizaron una investigación en donde se aplicó un cuestionario de actitud basado en la escala de Likert, y un cuestionario de ansiedad basado en la escala de Corah y DASS (Depression Anxiety Stress Scale) adaptados para situaciones de atención dental en 120 padres de pacientes pediátricos en la Facultad de Odontología de la UNAM, se dividió en tres grupos de acuerdo al método de información transmitido: exposición oral, video e información escrita. Como resultado, la técnica mejor percibida es la técnica decir-mostrar-hacer y la menos aceptada es la técnica de anestesia general; se observó que el método de información oral es el que generó menor ansiedad en los padres, mientras que la información transmitida a través de un video generó la mayor ansiedad. Se concluyó

que debemos hacer mayor énfasis en la explicación que se da a los padres acerca de los procedimientos a realizar con sus hijos.

1.7. Marco teórico:

1.7.1. Variable: Técnicas no farmacológicas

1.7.2. Conducta del paciente odontopediátrico:

La Odontopediatría es la especialidad odontológica que exige destrezas para manejar la conducta del paciente infantil. En el cuidado dental de un niño, experimentamos regularmente pacientes que podemos llamar problemáticos, no a causa del tratamiento que requieren, sino más bien debido a la situación odontológica.⁸

1.7.3. Conducta:

La conducta humana es la manifestación del comportamiento, es decir, lo que hacemos. Nuestra conducta puede analizarse desde una óptica psicológica, desde la reflexión ética o en un sentido específico.⁹

1.7.4. Factores que influyen en la conducta:

- Edad: Hay una conexión entre la edad, la tensión y la conducta. La conducta de los niños es inequívocamente adaptada por su edad, a menor edad, aumenta el nivel de inquietud y la conducta inapropiada. Al inicio de la etapa de los 4 a 6 años la conducta del niño es temblorosa, golpea, pateo y rompe cosas en ataques de rabia. Al llegar al final de esta etapa al niño le gusta obedecer y satisfacer su condición, su conducta es dulce. Las oraciones con cuatro palabras pasan a oraciones con cinco o seis frases o palabras (inicio de la etapa social). Reacciona a los cumplidos. Es la edad conocida como "cómo" y "por qué", tiempo de interés. En estas edades el niño demuestra independencia suficiente para separarse de sus padres. Hacia el final de esta etapa el niño es seguro, constante y equilibrado. Para su cuidado dental, se requiere un tratamiento firme, resulta importante la utilización de elogios.¹⁰

En los niños entre 6 y 8 años de edad, los cambios en esta etapa son rápidos. Pueden ocurrir ataques brutales de rabia y episodios emocionales intermitentes, con picos de tensión muy marcados. Experimentan problemas de adaptación. El niño es duro consigo mismo, y no puede aceptar de buena manera las críticas, regaños o castigos; el anhelo de

aprobación le hace intentar colaborar normalmente. La actitud hacia los padres cambia, si antes eran dependientes de ellos, ahora empiezan a creer que los padres son malos, y a menudo muestran disgusto por la autoridad paterna. En esta etapa el lenguaje está indiscutiblemente establecido y la mejora académica es marcada. Es usual que el niño se manifieste como agresivo y con sentimientos de temor a las heridas en el cuerpo. Para su tratamiento dental, se requiere la comprensión, aclaraciones explícitas y muchos gestos de reconocimiento. Es imperativo en esta fase cambiar nuestra manera de actuar y manera de hablar con un nivel acorde a la edad del niño.⁹

- Sexo: En los niños preescolares generalmente no hay variedad dependiendo del sexo, a medida que la edad avanza, esto difiere debido a los procedimientos de socialización, a partir de los 7 años de edad, las niñas indican más miedo que los niños. Los niños demuestran mejor comportamiento que las niñas, cuando se dan orientaciones rígidas sobre cómo deben actuar.¹¹
- Coeficiente intelectual: A pesar que hay pocas revisiones que relacionan el coeficiente intelectual con la ansiedad y la conducta con la condición dental, parece que los niños con menor coeficiente intelectual experimentan más miedo hacia el odontólogo, similar al caso en los niños con un alto coeficiente intelectual.¹¹
- Hora de la visita: Los pacientes con problemas de comportamiento deben ser atendidos temprano por la mañana, ya que no están fatigados y pueden ofrecer un mejor desempeño.¹¹ Los niños más problemáticos serán referidos al final del horario de la mañana para que no provoquen disturbios a otros niños y puedan recibir la atención requerida. A medida que la edad del niño avanza, la importancia del horario de atención disminuye.¹¹ Por todo lo anterior, sería interesante que se atienda a primera hora en el horario de la mañana a los pacientes más pequeños y al término de este horario a los pacientes con problemas de conducta por último en la tarde a los niños de mayor edad y que sean colaboradores.¹¹

- Entorno agradable: Debido al tipo de pacientes que estamos tratando, debemos considerar el desarrollo de un ambiente confortable que se induzca a la colaboración del paciente y los padres.¹¹

La sala de espera debe estar equipada especialmente para el niño, poniendo a su alcance materiales didácticos y recreativos para niños de diferentes edades.¹¹

- Duración de la visita: En los niños preescolares, las visitas deben ser menores de 30 minutos, ya que su paciencia disminuye después de este tiempo y van perdiendo la capacidad de colaboración.¹¹
- Experiencia previa: Los niños que han recibido tratamiento dental con experiencias negativas, tienen una tendencia a sentir más miedo y por ende son menos colaboradores en la cita. Es de suma importancia la manera en cómo se da la información ya que puede influir negativamente y aumentar la ansiedad. Por ello es crucial que tengan una buena experiencia en la primera consulta, ya que es importante en la formación de la actitudes de los niños respecto a la odontología.¹¹
- Actitud de la familia: Existe una transición de miedos y actitudes de padres a hijos, los temores subjetivos pueden ser adquiridos de padre a hijo. Los padres, sin saberlo, influyen negativamente mostrando temor y ansiedad cuando pone en sobreaviso de lo que pasara durante el tratamiento diciéndoles que no le pincharán, que no le causará daño y le garantiza que lo premiará si tienen una buena actitud.¹¹

En odontología pediátrica no solo debe considerarse la relación odontólogo-paciente, si no que a esta relación se le suma la familia.¹¹

Los padres son la conexión entre el niño y el odontólogo, por ello no debemos dejarlos de lado, ya que los familiares influyen tanto positivamente como negativamente en el niño.¹¹

Existen ciertas actitudes de los padres que influyen en las actitudes y el comportamiento de niño.¹¹

- **Sobreafecto:** Esta actitud se presenta en el caso de tener un solo hijo, en el hijo menor, en caso de niños adoptados, etc. El niño en la cita refleja poca estima, tomando refugio en sus padres ya que de esa manera se siente seguros.¹²
- **Sobreprotección:** Se ve en padres que acaparan el tiempo de sus hijos. El niño presenta una conducta de mandón, muestra indisciplina hacia el profesional intentado guiarlo en lo que hace.¹²
- **Sobreindulgencia:** Actitud de los padres en no negarles nada de lo que piden sus hijos, en particular en aquellos que pasaron por una niñez en la cual no tuvieron todo lo que necesitaban, por falta de economía. Por lo tanto, es un niño exigente, con quien es difícil compenetrarse a menos que entienda sus peticiones que son reforzados con sollozos y arrebatos de rabia, comportándose de la misma manera frente al odontólogo.¹²
- **Sobreansiedad:** Esta actitud se muestra en padres jóvenes sin experiencia, en el caso que haya sido dificultoso tener a su hijo. En la práctica dental, el niño reacciona apocamiento y teme a nuevas circunstancias.¹²
- **Sobreautoridad:** Actitud de los padres para formar una conducta hacia un tipo específico de comportamiento. En el lugar de trabajo se observa a un niño indiferente, negativo e inseguro.¹²
- **Falta de afecto:** Indiferencia que los padres muestran hacia sus hijos, en general por diferencias entre el padre y la madre. Cuando el embarazo no fue deseado, o el sexo del niño no era lo esperado. La calidez del experto lleva al paciente a perder su conducta tímida para que poco a poco entren en una relación muy atractiva para ambos.¹²
- **Rechazo:** Por razones similares, se mantiene un estado mental negativo de retroalimentación, disciplina y enseñanza exagerada. El resultado es un niño insubordinado e imperioso, que imagina una capacidad de autoridad inexistente, inclinada a ataques de rabia, falsedades y robo. En esta situación el experto debe mostrar comprensión y preocupación y llegar a ser muy considerado por el paciente, en el fondo el niño necesita afecto, sólo que no lo transmite con facilidad porque la situación le ha enseñado a protegerse.¹²

1.7.5. Clasificación del niño según su conducta:

Hay diferentes clasificaciones para la evaluación de la conducta, sin embargo, la más utilizado por su sencillez y alto nivel de eficacia es la clasificación de Frankl. Se coloca al paciente en una de las cuatro clasificaciones y puede de esta manera decidir si el paciente está apto para ser tratado de la manera habitual o en la posibilidad de que requiere un manejo más complejo, por ejemplo, la sedación y/o la anestesia general: ¹³

Cuadro 01. Escala de valoración de la conducta de Frankl.¹³

GRADO I	Definitivamente negativo	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.
GRADO II	Negativo	Acepta con dificultad el tratamiento, arisco, lejano, ausente.
GRADO III	Positivo	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece, y se muestra ansioso.
GRADO IV	Definitivamente positivo	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento

1.7.6. Aceptación de los padres para el manejo de conducta:

Los padres son los que modelan la conducta del niño desde su nacimiento dándoles libertad o restringiéndoles diferentes actitudes en su comportamiento. Actualmente los cambios sociales como la incorporación de la mujer al mundo laboral, así como la condición laboral de los padres, determinan la presencia de cuidadoras domésticas, las cuales utilizan técnicas con poca disciplina. El nivel socioeconómico de los padres es un factor que influye en la aceptación de distintas técnicas de control de conducta.¹⁴ Por ello los padres están involucrados directamente en la toma de decisión de que métodos utilizar durante el tratamiento de su hijo. El profesional debe presentar opciones y discutir las con los padres y así definir qué tipo de técnica se utilizará para manejar el comportamiento en la atención del paciente, explicándoles sus riesgos y beneficios.¹⁵

1.7.7. Técnicas de manejo de conducta:

El manejo de la conducta en el niño es un aspecto crítico durante los procedimientos dentales.¹⁶ Lo primordial que se busca durante la atención odontológica es dirigir una actitud adecuada; desde el momento que el paciente ingresa a la consulta, no sólo es necesario establecer una empatía, sino también utilizar las técnicas de manejo de conducta, además hay que tener en cuenta que para el control de la conducta no solo está implicado el odontopediatra sino también el equipo de profesionales que trabajan en la consulta.¹⁷

Es posible que las técnicas de conducta puedan avanzar con el tiempo pero existen conceptos básicos que se mantienen y son importantes en este tema:¹⁷

- Acercamiento positivo; las perspectivas del profesional son influyentes en el resultado de la visita, el paciente responderá de acuerdo a las expectativas que se tengan, es por ello que debemos anticipar una actitud positiva.¹⁷
- Establecer una adecuada comunicación con el niño, además de ganar su confianza al igual que la de sus padres, así como la aceptación del tratamiento.¹⁷
- Proporcionar un ambiente cómodo y tranquilo, siendo importante en esta parte, la participación del equipo dental, transmitiendo una actitud cálida hacia el niño.¹⁷
- Organización en la consulta: Todos los miembros del equipo deben saber qué es lo que esperan de ellos y lo que deben hacer, mejorando la relación con el paciente.¹⁷
- El dentista debe mostrar una actitud sincera, la cual ayudará a reforzar la confianza y tolerancia, es decir, que estarán capacitados para mantener la compostura y la calma frente a cambios conductuales o situaciones extremas de la conducta, adaptándose y siendo flexibles frente a ellos.¹⁷

De esta manera, actualmente se utilizan algunos sistemas para tratar la conducta del paciente en el lugar de trabajo, estos métodos pueden ser farmacológicos y no farmacológicos. Dentro de la odontología pediátrica hay algunas.¹⁷

Técnicas no farmacológicas:

Las técnicas no farmacológicas se llevan a cabo para el control de la conducta sin el efecto de ningún fármaco aquí se divide en tres: las técnicas comunicativas, modificación de conducta y las técnicas restrictivas.¹⁸

Técnicas comunicativas:

A. Decir-Mostrar-Hacer:

Consiste en familiarizar al niño con el lugar e instrumentos que se utilizará, aconsejando y demostrando lo que se hará, indicando cómo se completará el procedimiento tal como se ha explicado y demostrado. Debe ser explicado con un vocabulario según la edad del niño y tanto el especialista dental como el asistente, debe estar familiarizado con la utilización de este. Evitando utilizar palabras que causan miedo. En los bebés y niños de hasta 5 años de edad, los nombres de los instrumentos y equipos también puede cambiarse por nombres que exploten la imaginación, dinámicos, llamativos para el niño (tractor, ducha, cojín de dientes, etc.). Los niños en edad preescolar, aquellos entre las edades de 6 y 12 años no quieren ser tratados como infantes, con éstos, la utilización de diminutivos debe utilizarse con cuidado, examinando el caso de cada paciente individual. Este método se puede realizar a través de la preparación indirecta o a distancia del sillón dental, demostrando la estrategia en un objeto inanimado o animado, muñeco educativo, o un acondicionamiento directo, en el propio niño.³

B. Control de voz:

El objetivo es restaurar la comunicación perdida debido al mal comportamiento. Es eficaz para capturar conductas inadecuadas justo en el momento en que se inician. Comprende un repentino e inesperado cambio de manera de hablar, de intentar conseguir la atención del niño y de recalcar que el que toma las decisiones es el profesional. Pueden ser utilizados en niños de más de 3 años de edad (considerando su desenvolvimiento cognitivo).³

C. Distracción contingente:

A través de un componente dinámico que sirve para desviar la atención del niño durante el tratamiento. Probablemente disminuirá la probabilidad de ver una actividad como repulsiva, ampliando así la resistencia del niño. Pueden ser utilizados para esto, contar historias, hablar, cantar las canciones favoritas de los niños, juguetes brillantes, TV o grabaciones, y así sucesivamente.³

Técnica de modificación de la conducta:

A. Refuerzo positivo:

Esta técnica intenta fortalecer una conducta ansiada. Se trata de alabar al niño mientras muestra una conducta deseada. Es crítico hacer el refuerzo al instante y repetirlo algunas veces teniendo en mente el objetivo final de condicionar el comportamiento. Normalmente se utiliza junto con las técnicas decir-mostrar-hacer. En cuanto a los premios hacia el final de la disposición son valiosos como refuerzos sociales. Sin embargo, no son restrictivas ya que no se puede utilizar al instante; tiene como objetivo actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de repetir un comportamiento deseado. Puede utilizarse en cualquier paciente.³

B. Modelado:

Se utiliza para tratar los miedos y puede conectarse a una variedad de circunstancias dentales donde el paciente puede aprender observando cómo otros niños reciben un tratamiento, ya sea en vivo o por video. Es de uso extraordinario, fundamentalmente para mejorar la conducta de los niños ansiosos sin experiencia dental. El procedimiento esencial consiste en observar a niños que muestran una conducta adecuada en una circunstancia específica para que puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando se den ciertas instrucciones.³

Técnicas Restrictivas:

La Asociación Americana de Odontología Pediátrica la define como la fuerza física aplicada directamente sobre el paciente con o sin su permiso, restringiendo sus movimientos. La utilización de estas técnicas puede producir seriamente daños físicos como psicológicos, por lo cual el profesional debe evaluar su uso. Pinkham describe dos tipos de estabilización:

- A. Activa: Los movimientos son controlados por el odontólogo, asistente o los padres sin la ayuda de ningún tipo de dispositivo.¹⁴
- B. Pasiva: Es la restricción de los movimientos con la ayuda de dispositivos o elementos mecánicos como sábanas, envoltorios, Papoose Board, macri. Este tipo de estabilización debe realizarse en niños menores de tres años.¹⁴

Técnicas farmacológicas:

Existen niños los cuales necesitan ser controlados más allá del bloqueo físico-químico ya que estos son incapaces de tolerar sin molestias los procedimientos. Por ellos se deben considerar otras medidas para efectuar el tratamiento requerido. Las técnicas farmacológicas son la sedación consciente y anestesia general.¹⁴

A. Sedación consciente

Es una de las técnicas utilizadas para controlar la tensión, donde se produce un nivel de decaimiento insignificante en el que se mantiene la capacidad del paciente de mantener una respiración sin restricciones y sin cesar y reaccionar adecuadamente al impulso físico o al orden verbal, por ejemplo, "Abre los ojos". Los objetivos de este procedimiento son: disminuir o eliminar el nerviosismo en el paciente, disminuir el desarrollo y las respuestas adversarias en el tratamiento, tener más paciencia en medio de los tratamientos que requieran tiempo prolongados, ayuda en el tratamiento en pacientes física y mentalmente impedidos.¹⁵

B. Anestesia general

Antes de realizarse, se debería tomar en cuenta otras técnicas alternativas para el manejo de la conducta, incluyendo técnicas restrictivas. No debe indicarse a la ligera, ni por la comodidad del especialista o de los padres, e independientemente no es apropiado elegir para el tratamiento bajo anestesia

general a un paciente sin haber intentado realizar el tratamiento en el sillón dental. Algunos niños que no colaboran en su primera cita, pueden hacerlo en la segunda. La anestesia general debe ser la última opción a ser utilizada. Generalmente se realiza en un centro hospitalario bajo la supervisión de profesionales especialistas. Entre las indicaciones para el tratamiento dental en los niños bajo anestesia general son: amplias necesidades terapéuticas o quirúrgicas, conducta no controlable, problemas médicos, ausencia de colaboración. Entre los obstáculos: las hospitalizaciones son la razón de nerviosismo en los niños.¹⁵

La revisión pre-sedativa es realizada por un anesthesiólogo con el informe de un pediatra. Comprende el aprendizaje del paciente a través de su historial clínico y los exámenes correlativos que nos permiten evaluar su estado físico y patología y para emitir riesgo sedativo, considerando las consecuencias o complejidades.¹⁵⁻¹⁹

La opción de tratar al niño bajo anestesia general debe ser reconocida de antemano y aprobada por los padres, a quienes debemos explicar con un lenguaje adecuado y comprensible para ellos, sobre todos los puntos de interés del tratamiento y en qué condiciones se realizará. A pesar que los padres acepten de forma verbal, todos los datos vitales para su posterior aprobación deben darse en la composición a través del consentimiento informado dentro del compromiso terapéutica legal.¹⁵

Como lo indica la Academia Americana de Odontología Pediátrica, la anestesia general se indica en los niños, cuando son incapaces de cooperar debido a la ausencia del desarrollo de la madurez emocional o psicológica, y/o discapacidad física o mental, los pacientes en los que la anestesia local es insuficiente debido a infecciones agudas, variaciones anatómicas o hipersensibilidad, niños y adolescentes no cooperativos, inquietos o no comunicativos, pacientes que requieren amplios procesos quirúrgicos, para reducir los riesgos médicos ,y por último en aquellos pacientes que requieren tratamiento dental de emergencia. Esta técnica sólo debe ser utilizada si las demás técnicas de manejo de conducta no hayan sido efectivas.¹⁵

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1. Tipo y diseño de la investigación :

2.1.1. Tipo de Investigación:

- Según su finalidad: Básica
- Según su naturaleza: Cuantitativa
- Según su carácter: Descriptiva Simple
- Según su alcance: Prospectivo

2.1.2. Diseño de investigación:

Descriptivo simple

M - O

Donde:

M: Padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor De Sipán.

O: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas.

2.2. Métodos de la investigación:

Para la realización del presente estudio se utilizó la técnica observacional

2.3. Población y muestra:

Población:

La población estuvo constituida por 75 padres de pacientes pediátricos atendidos (entre los meses de septiembre y octubre) en la Clínica Estomatológica de la USS, durante el periodo del ciclo académico 2017 - II.

Muestra:

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estimar proporciones con una probabilidad de éxito para muestra máxima donde ($p = q = 0.5$).

Siendo:

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

Z: valor normal con un 95% de confiabilidad = 1.96

p: probabilidad de éxito = 0.5

q: probabilidad de fracaso = 0.5

e: error permitido en la investigación = 0.05

N: población = 75

Reemplazando en la formula resulta 63 padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de La Universidad Señor de Sipan.

2.4. Variables y Operacionalización:

✓ **Variable de estudio:**

Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos

✓ **Covariables:**

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Valor Final	Tipo de variable	Escala
Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas	Se define como recibir voluntariamente lo que se da, ofrece o se encarga.	Se evaluará a través de la escala de Likert y se define como la aceptación por parte de los padres cada una de las técnicas no farmacológicas	Control de voz Decir, mostrar hacer Reforzamiento positivo Modelado Distracción Restricción activa Restricción pasiva	Deficiente Regular Bueno Óptimo	Catagórica	Ordinal
Variable Asociada	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor Final	Tipo de variable	Escala
Edad	Se define como un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento. ²⁰	Se clasifica la edad de los padres en cuatro grupos etáreos, teniendo en cuenta los años cumplidos	Cuestionario	Menor de 20 20 – 29 años 30 años a más	catagórica	Ordinal

Sexo	Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras. ²¹	Características físicas de cada uno de los padres evaluados.	Cuestionario	Masculino Femenino	Categórica	Nominal
Grado de Instrucción	Es el grado más elevado de estudios. ²²	Nivel educativo del padre evaluado en el estudio	Cuestionario	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Categórica	Ordinal

2.5. Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos

2.5.1. Técnica de recolección de datos

Se utilizó un cuestionario (Anexo 01) que fue llenado por los padres que llevan a sus hijos a atenderse a la clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, la cual fue llenada después de la presentación del rotafólio (Anexo 02) donde se le explicó las técnicas de manejo de conducta.

Después de haber obtenido la información, se empleó un nivel de significancia del 5% con un nivel de confiabilidad del 95% para la determinación de las pruebas estadísticas.

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el Software estadístico SPSS versión 22, donde se elaboraron tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes de una y dos entradas. Para determinar la relación entre la variable y las covariables se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson.

2.5.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó es un cuestionario modificado de Cordero N, et al.⁴, que fue validado mediante juicio de expertos (anexo 03). Para la valoración de su confiabilidad, se realizó una prueba piloto en quince padres, encontrando confiable todas las preguntas (anexo 04). También se utilizó un rotafolio para explicar a los padres sobre las técnicas de manejo de la conducta el cual fue validado mediante juicio de expertos, (anexo 05) encontrándose confiable (anexo 06).

El cuestionario consto de dos partes; en la primera se registró los datos del padre: nombre, edad, sexo, grado de instrucción y la segunda se presentó las técnicas de manejo de conducta y las alternativas de aceptación, según escala de likert.

Después de aplicar el piloto a 15 sujetos se evaluó las respuestas valoradas de la siguiente manera según Likert:

Totalmente en Desacuerdo (1)

Parcialmente en Desacuerdo (2)

Indeciso (3)

Parcialmente de Acuerdo (4)

Totalmente de Acuerdo (5)

Cuadro 02. Baremo por dimensión y de manera general

	Deficiente	Regular	Bueno	Óptimo
Control de Voz	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
Decir Mostrar Hacer	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
Refuerzo Positivo	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
Modelamiento	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
Distracción Contingente	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
Restricción Activa	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
Restricción Pasiva	5 – 8	9 – 12	13 – 16	17 – 20
Nivel de Aceptación	35 – 60	61 – 87	88 – 114	115 – 140

2.6. Validación y confiabilidad de instrumentos:

Se otorgó el instrumento a 05 odontopediatras. El cuestionario fue válido debido a que el valor de la prueba F del ANOVA es altamente significativo ($p < 0.01$) y además las correlaciones de Pearson ítem total superaron al valor recomendado ($r > 0.30$).

El cuestionario es confiable, debido a que el valor de consistencia alfa de cronbach supero el valor requerido ($\alpha > 0.70$) (Anexo 05), respetando los diversos principios jurídicos y éticos, Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Además de cumplir los principios legales de la Declaración de Helsinki. 2013, la declaración de DD.HH UNESCO 2005, ley de protección de los datos personales ley N° 297333. Asimismo, se solicitaron los permisos correspondientes a la Escuela Profesional de Estomatología y a la Dirección de la Clínica Estomatológica de la USS para proceder con la recolección de datos, las mismas que contaron con el

consentimiento informado firmado por padres pacientes pediátricos, además se cumplió con la presentación de datos fiables y validos que fueron codificados y protegidos. La credibilidad y estabilidad de los datos fueron presentadas al utilizar instrumentos válidos y confiables. Los resultados podrán ser aplicados por otros estudios cumpliendo así los criterios de transferibilidad.

III. RESULTADOS:

Tabla 01: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	3	4.8%
Regular	5	7.9%
Bueno	10	15.9%
Óptimo	45	71.4%
Total	63	100.0%

Fuente: Elaboración de la autora

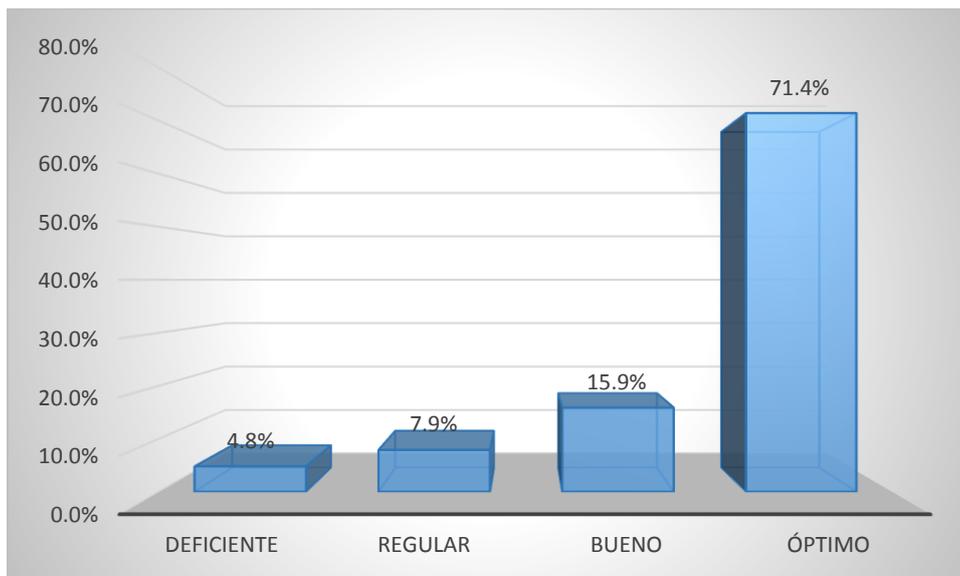


Figura 01: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas

En la tabla 01 y/o figura 01; se observa que, el 71.4% de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017 aceptan óptimamente las técnicas no farmacológicas, el 15.9% indica que el nivel de aceptación es bueno, el 7.9% dice que es regular y para el 4.8% el nivel de aceptación es deficiente.

Tabla 02: Nivel de aceptación de la técnica control de voz en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	3	4.8%
Regular	3	4.8%
Bueno	11	17.5%
Óptimo	46	73.0%
Total	63	100.0%

Fuente: Elaboración de la autora

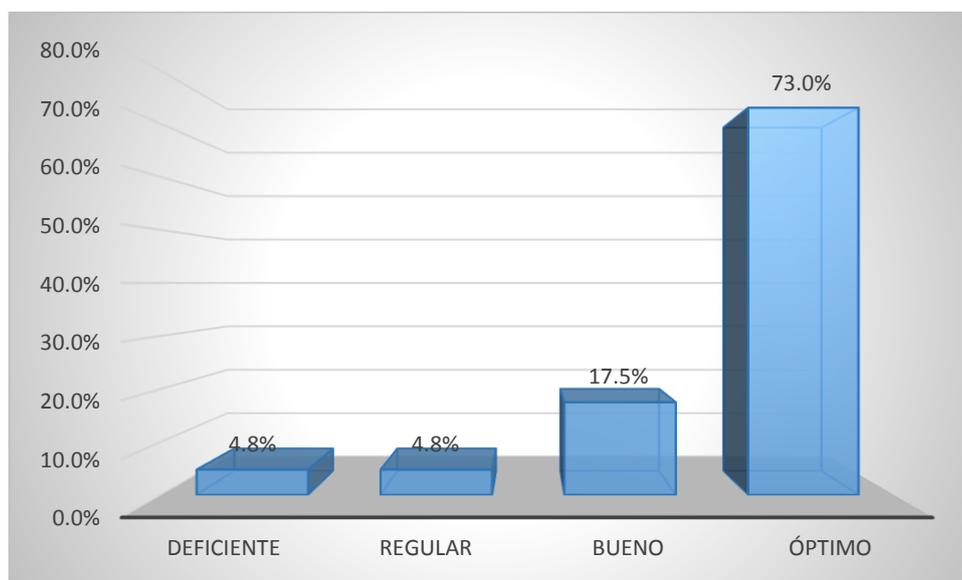


Figura 02: Nivel de aceptación de la técnica control de voz

En la tabla 02 y/o figura 02; se observa que, el 73% de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017 aceptan óptimamente la técnica control de voz, el 17.5% indica que el nivel de aceptación es bueno, el 4.8% dice que el nivel de aceptación es regular y deficiente.

Tabla 03: Nivel de aceptación de la técnica decir-mostrar-hacer en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	2	3.2%
Regular	4	6.3%
Bueno	27	42.9%
Óptimo	30	47.6%
Total	63	100.0%

Fuente: Elaboración de la autora

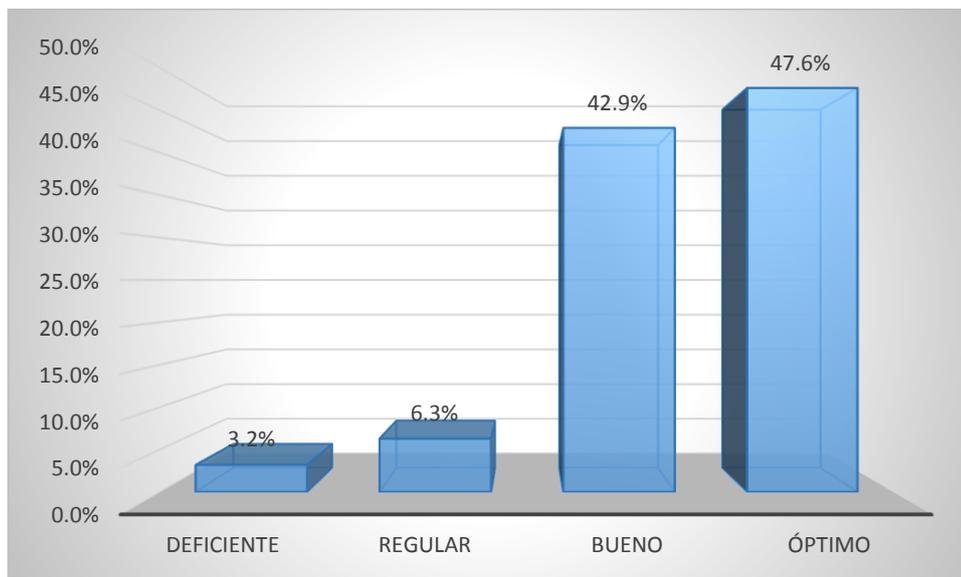


Figura 03: Nivel de aceptación de la técnica decir-mostrar-hacer

En la tabla 03 y/o figura 3; se observa que, el 47.6% de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017 aceptan óptimamente las técnicas decir-mostrar-hacer, el 42.9% indica que el nivel de aceptación es bueno, el 6.3% dice que es regular y para el 3.2% el nivel de aceptación es deficiente.

Tabla 04: Nivel de aceptación de la técnica reforzamiento positivo en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	5	7.9%
Regular	5	7.9%
Bueno	5	7.9%
Óptimo	48	76.2%
Total	63	100.0%

Fuente: Elaboración de la autora

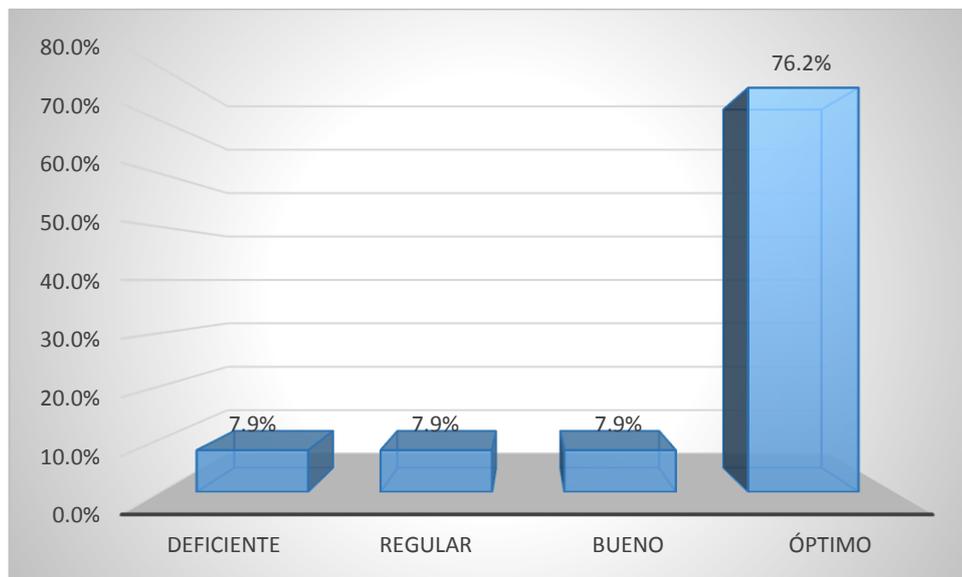


Figura 04: Nivel de aceptación de la técnica reforzamiento positivo

En la tabla 04 y/o figura 04; se observa que, el 76.2% de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017 aceptan óptimamente la técnica reforzamiento positivo, el 7.9% indica que el nivel de aceptación es bueno, regular y deficiente.

Tabla 05: Nivel de aceptación de la técnica modelamiento en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	3	4.8%
Regular	2	3.2%
Bueno	8	12.7%
Óptimo	50	79.4%
Total	63	100.0%

Fuente: Elaboración de la autora

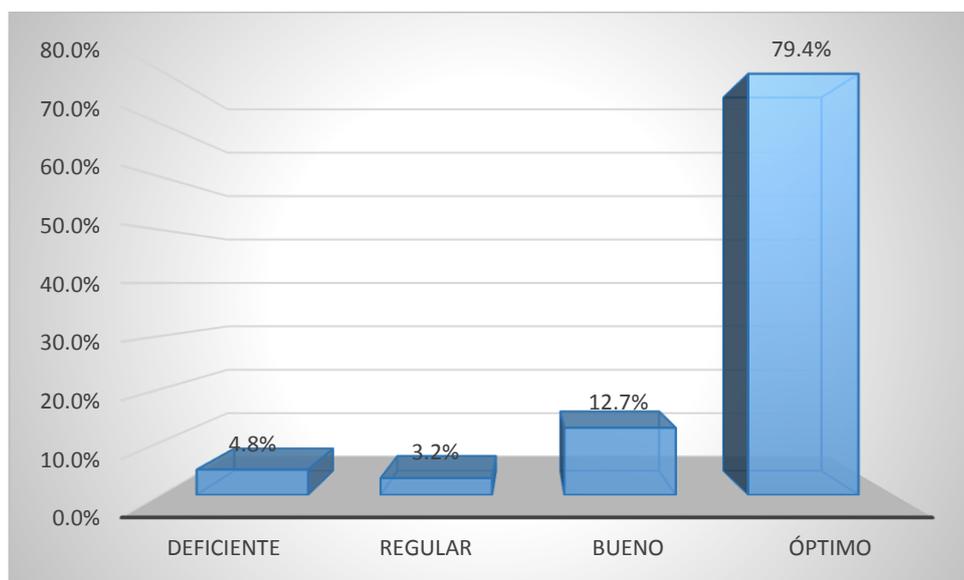


Figura 05: Nivel de aceptación de la técnica modelamiento

En la tabla 05 y/o figura 05; se observa que, el 79.4% de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017 aceptan óptimamente la técnica modelamiento, el 12.7% indica que el nivel de aceptación es bueno, el 3.2% dice que es regular y para el 4.8% el nivel de aceptación es deficiente.

Tabla 06: Nivel de aceptación de la técnica distracción contingente en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	3	4.8%
Regular	5	7.9%
Bueno	5	7.9%
Óptimo	50	79.4%
Total	63	100.0%

Fuente: Elaboración de la autora

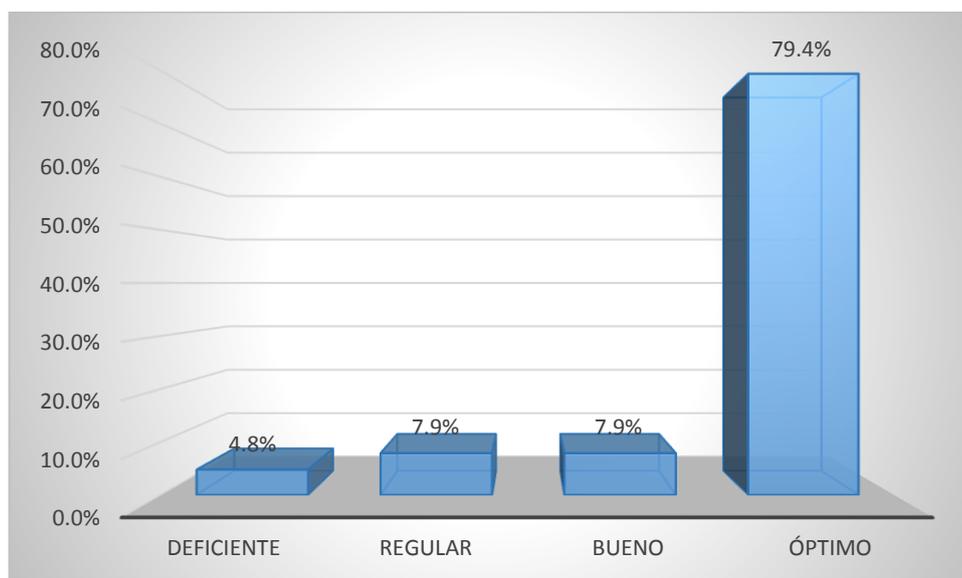


Figura 06: Nivel de aceptación de la técnica distracción contingente

En la tabla 06 y/o figura 06; se observa que, el 79.4% de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017 aceptan óptimamente la técnica distracción contingente, el 7.9% indica que el nivel de aceptación es bueno, el 7.9% dice que es regular y para el 4.8% el nivel de aceptación es deficiente.

Tabla 07: Nivel de aceptación de la técnica restricción activa en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	3	4.8%
Regular	5	7.9%
Bueno	15	23.8%
Óptimo	40	63.5%
Total	63	100.0%

Fuente: Elaboración de la autora

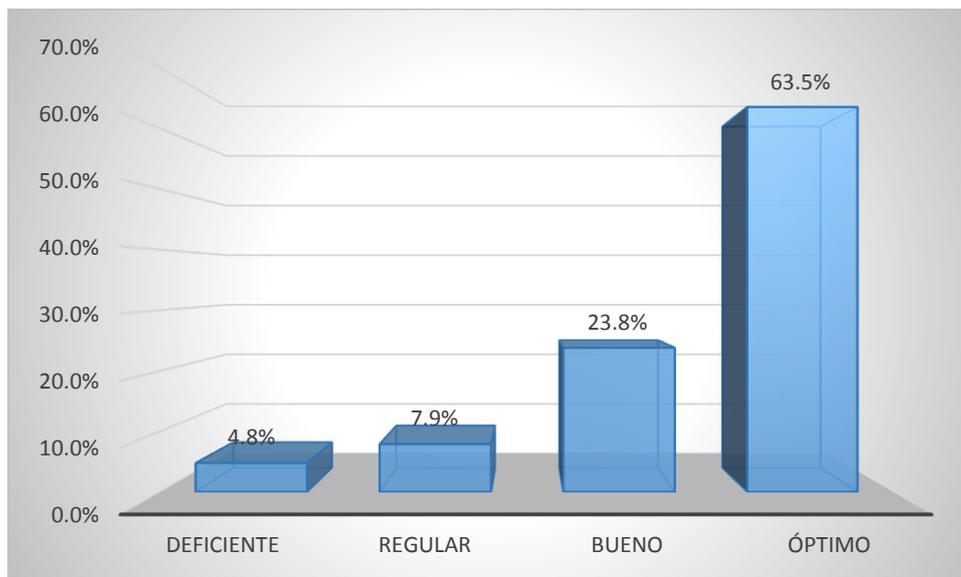


Figura 07: Nivel de aceptación de la técnica restricción activa

En la tabla 07 y/o figura 07; se observa que, el 63.5% de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017 aceptan óptimamente la técnica restricción activa, el 23.8% indica que el nivel de aceptación es bueno, el 7.9% dice que es regular y para el 4.8% el nivel de aceptación es deficiente.

Tabla 08: Nivel de aceptación de la técnica restricción pasiva en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	3	4.8%
Regular	5	7.9%
Bueno	14	22.2%
Óptimo	41	65.1%
Total	63	100.0%

Fuente: Elaboración de la autora

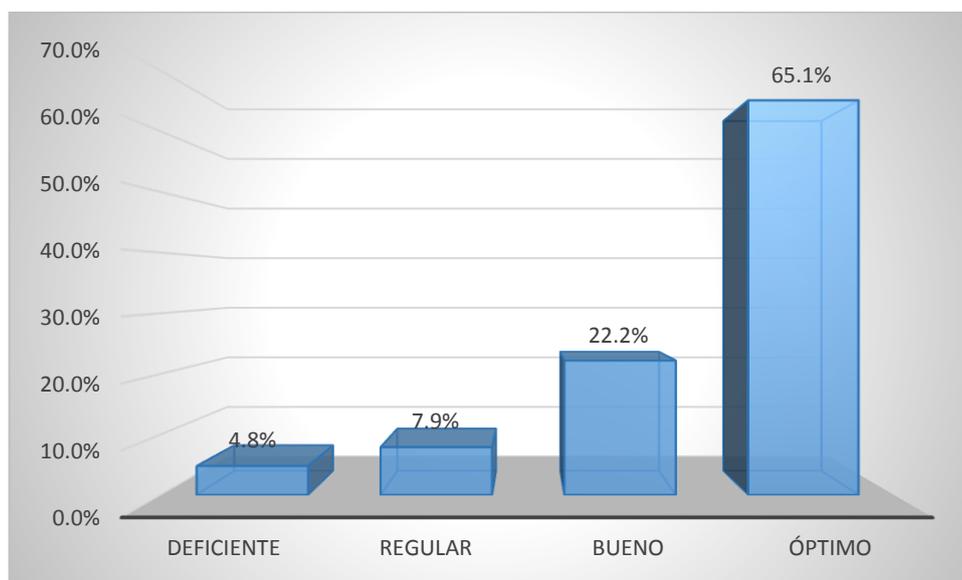


Figura 08: Nivel de aceptación de la técnica restricción pasiva

En la tabla 08 y/o figura 8; se observa que, el 65.1% de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017 aceptan óptimamente la técnica restricción pasiva, el 22.2% indica que el nivel de aceptación es bueno, el 7.9% dice que es regular y para el 4.8% el nivel de aceptación es deficiente.

Tabla 09: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017. Según Sexo

Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas		Sexo	
		Femenino	Masculino
Deficiente	Recuento	3	0
	% dentro de Sexo	5,9%	0,0%
Regular	Recuento	3	2
	% dentro de Sexo	5,9%	16,7%
Bueno	Recuento	8	2
	% dentro de Sexo	15,7%	16,7%
Óptimo	Recuento	37	8
	% dentro de Sexo	72,5%	66,7%
Total	Recuento	51	12
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración de la autora

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,182	3	,535
Razón de verosimilitud	2,492	3	,477
Asociación lineal por lineal	,033	1	,856
N de casos válidos	63		

Como el valor de la prueba Chi cuadrado no es significativa ($p > 0.05$). Entonces el Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017. No influye según Sexo

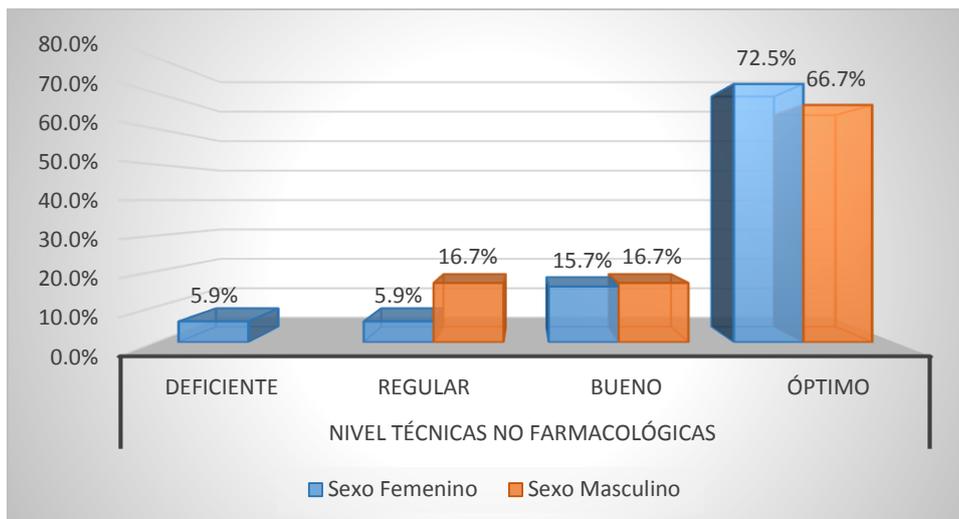


Figura 09: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas según sexo

En la tabla 09 y/o figura 09; se observa que, el 66.7% pertenecen al sexo masculino y el 72.5% del sexo femenino; el 15.7% de sexo femenino y el 16% de sexo masculino tuvieron buena aceptación; el 5.9% del sexo femenino y el 16.7% de sexo masculino mostraron un nivel regular de aceptación, por último el 5.9% de sexo femenino mostraron un nivel deficiente de aceptación de las técnicas no farmacológicas de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.

Tabla 10: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017. Según Edad

Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas		Edad		
		21 - 26	27 - 32	33 - 36
Deficiente	Recuento	0	1	2
	% dentro de Edad	0,0%	5,3%	4,9%
Regular	Recuento	0	2	3
	% dentro de Edad	0,0%	10,5%	7,3%
Bueno	Recuento	1	2	7
	% dentro de Edad	33,3%	10,5%	17,1%
Óptimo	Recuento	2	14	29
	% dentro de Edad	66,7%	73,7%	70,7%
Total	Recuento	3	19	41
	% dentro de Edad	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración de la autora

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,554	6	,956
Razón de verosimilitud	1,826	6	,935
Asociación lineal por lineal	,017	1	,895
N de casos válidos	63		

Como el valor de la prueba Chi cuadrado no es significativa ($p > 0.05$). Entonces el Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017. No influye según Edad

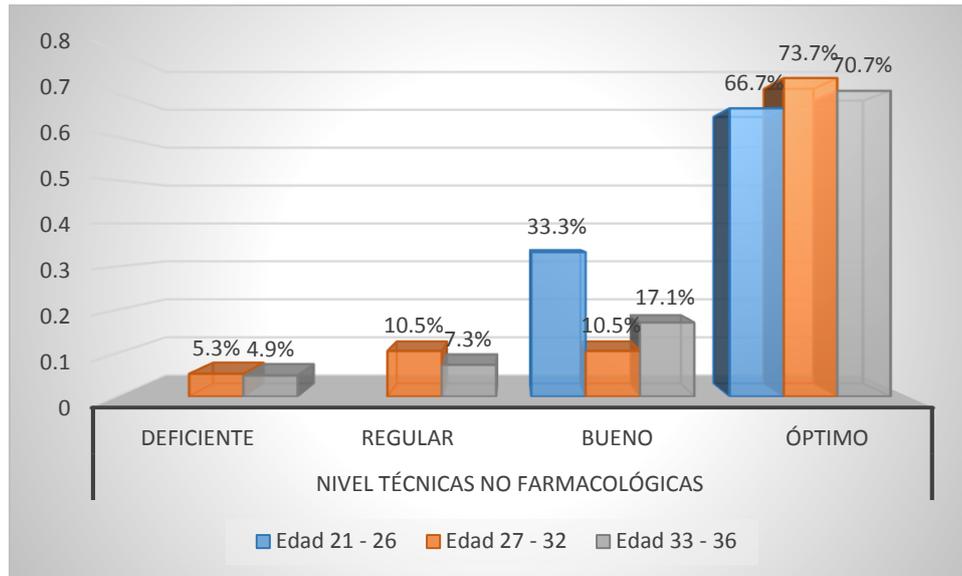


Figura 10: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas según edad

En la tabla 10 y/o figura 10; se observa que, el 66.7% pertenecen entre la edad de 21 a 26 años, el 73.7% entre la edad de 27 a 32 años y el 70.7% pertenece entre las edad de 33 a 36 años, quienes tuvieron un nivel de aceptación optima; el 33.3% pertenecen entre la edad de 21 a 26 años, el 10.5% entre la edad de 27 a 32 años y el 17.1% pertenece entre las edad de 33 a 36 años, tuvieron buena aceptación; el 10.5% pertenecen entre la edad de 21 a 26 años y el 7.3% entre la edad de 33-36 años mostraron un nivel regular de aceptación, por último el 5.3% pertenecen entre la edad de 27 a 31 años y el 4.9% entre la edad de 33-36 años mostraron un nivel deficiente de aceptación de las técnicas no farmacológicas de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.

Tabla 11: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017. Según Grado de Instrucción

Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas		Grado			
		Sin estudios	Primaria	Secundaria	Superior
Deficiente	Recuento	1	0	0	2
	% dentro de Grado	11,1%	0,0%	0,0%	13,3%
Regular	Recuento	1	2	0	2
	% dentro de Grado	11,1%	20,0%	0,0%	13,3%
Bueno	Recuento	1	3	5	1
	% dentro de Grado	11,1%	30,0%	17,2%	6,7%
Óptimo	Recuento	6	5	24	10
	% dentro de Grado	66,7%	50,0%	82,8%	66,7%
Total	Recuento	9	10	29	15
	% dentro de Grado	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración de la autora

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,195	9	,154
Razón de verosimilitud	15,749	9	,072
Asociación lineal por lineal	,099	1	,753
N de casos válidos	63		

Como el valor de la prueba Chi cuadrado no es significativa ($p > 0.05$). Entonces el Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2017. No influye según grado

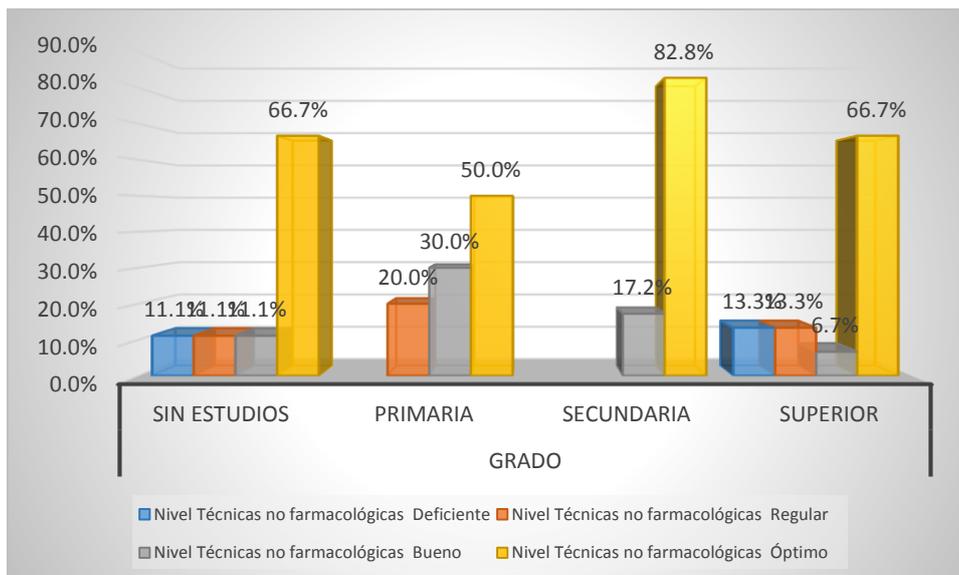


Figura 11: Nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas según Grado de Instrucción

En la tabla 11 y/o figura 11; se observa que, el 66.7% tuvieron estudios superiores, el 82.8% estudiaron hasta la secundaria, el 50% estudiaron hasta la primaria y el 66.7% no estudiaron, los cuales mostraron un nivel de aceptación óptima; el 6.7% tuvieron estudios superiores, el 17.2% estudiaron hasta la secundaria, el 30% estudiaron hasta la primaria y el 11.1% no estudiaron, los cuales mostraron buena aceptación; el 13.3% tuvieron estudios superiores, el 20% estudiaron hasta la primaria y el 11.1% no estudiaron, los cuales mostraron un nivel regular de aceptación, por último el 13.3% tuvieron estudios superiores y el 11.1% no estudiaron, los cuales mostraron un nivel deficiente de aceptación de las técnicas no farmacológicas de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.

IV. DISCUSIÓN:

El manejo de conducta en pacientes pediátricos que van a recibir tratamiento odontológico, es esencial, y para eso existe una variedad de técnicas farmacológicas y no farmacológicas. Uno de los factores que es importante tener en cuenta para la aplicación de estas técnicas, es la aceptación de los padres, ya que ellos son los responsables directos del paciente y quienes toman la decisión final del tratamiento, y una explicación directa de cada una de las técnicas puede incrementar la aceptación de estas. La información sobre la aceptación de los padres de las técnicas de manejo de conducta es limitada tanto en el medio internacional como local, el objetivo de este estudio fue determinar cuál es el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos, ya que en una sociedad de constantes cambios y con mayor conocimiento de los aspectos legales es fundamental identificar la aceptación de los padres sobre las técnicas de manejo de conducta usados en el área de odontopediatría sobre todo porque se trabaja con pacientes niños.

En este estudio se encontró que los padres en su mayoría (71.4%) tienen un nivel de aceptación óptimo de las técnicas no farmacológicas, lo que coincide con los estudios realizados previamente por otros investigadores tales como Bustos et al.², Aurazo.³, Cordero et al.⁴ y García et al.⁷ lo que podría indicar que los padres buscan que a sus hijos se les brinde un trato más comprensivo y comunicativo, debido a que la sociedad ha evolucionado y se han producido cambios en el trato de los padres hacia los hijos, cambiando a un modelo menos autoritario, y esto puede influir en la atención odontológica.

Las técnicas más aceptadas fueron el modelamiento (79.9%), la distracción contingente (79.4) y el refuerzo positivo (76.2%) lo que coincide con los estudios de Aurazo.³ (2013) y Cordero et al.⁴ (2012), esto puede deberse a que son técnicas poco invasivas, en los cuales se busca la modificación de conducta del paciente y no son técnicas restrictivas. De igual forma concuerda con los resultados en el estudio de Boka et al.⁵ (2014).

En relación a las técnicas restrictivas, los padres evaluados dieron como resultados un nivel óptimo de aceptación; de las dos técnicas restrictivas, la técnica de restricción pasiva obtuvo mayor porcentaje que la técnica de restricción activa; revisando la literatura se encontró un estudio realizado por Bustos A, et al.² quienes demuestran en sus resultados en este caso quien obtiene mayor porcentaje de aceptación es la técnica de restricción activa, siendo la técnica de restricción pasiva la que obtuvo un menor porcentaje; esto se debe a que los padres prefieren las técnicas no farmacológicas preocupándose por sus hijos evitando el uso de medicamentos ya que no están seguros de los efectos adversos.

Además se encontró que de los 63 padres encuestados, el 80.95 % pertenece al sexo femenino y el 19.05 % al sexo masculino, esto debido a que son las madres quienes pasan mayor tiempo con los niños y quienes los llevan a los servicios de salud, además el 57.14 % mostraron un nivel alto de aceptación, el 73.7 % se encuentran entre las edades de 27 a 32 años y el 23.5 % tenía educación secundaria; todos ellos mostraron un nivel óptimo de aceptación de las técnicas no farmacológicas, las cuales no influyeron en los resultados, tales como se demuestran en los estudios de Bustos et al.² y Boka et al.⁵

Se ha demostrado, que los padres siguen teniendo más afinidad por las técnicas comunicativas y de modificación de conducta, sin embargo en esta investigación se está demostrando que en esta localidad los padres de familia asistentes a la clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán aceptan que se les aplique cualquiera de las técnicas no farmacológicas con la finalidad que les realicen los tratamientos odontológicos, ya que es por el bienestar de sus hijos, teniendo un porcentaje menos del cinco por ciento quienes no aceptaron la utilización de estas.

V. CONCLUSIONES:

- El nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipan. 2017 II es óptima.
- El nivel de aceptación de la técnica control de voz, en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipan. 2017 II es óptima.
- El nivel de aceptación de la técnica decir-mostrar-hacer, en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipan. 2017 II es óptima.
- El nivel de aceptación de la técnica reforzamiento positivo, en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipan. 2017 II es óptima.
- El nivel de aceptación de la técnica modelamiento, en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipan. 2017 II es óptima.
- El nivel de aceptación de la técnica distracción contingente, en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipan. 2017 II es óptima.
- El nivel de aceptación de la técnica restricción activa, en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipan. 2017 II es óptima.
- El nivel de aceptación de la técnica restricción pasiva, en los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipan. 2017 II es óptima.

- El nivel de aceptación tanto en el sexo femenino como masculino de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán es óptima.
- El nivel de aceptación de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán según la edad es óptima
- El nivel de aceptación de los padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán según el grado de instrucción es óptima tanto en el nivel superior, nivel secundario, primario y sin estudios

VI. REFERENCIAS

1. Lopera M, Cardeño V, Muñetones D, E Serna , Díaz M, Bermúdez Reyes P. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. Revista Nacional de Odontología [Internet]. 2013 [citado 14 de febrero 2017]; 9 (16): 59-65. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/11>
2. Bustos A. Grado de aceptación de los Padres los ante la restricción como técnica de manejo de conducta en niños De 0 a 8 años de Edad En Una Comunidad Rural de Huánuco - Perú. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2015 [citado 14 de febrero 2017]; 4: 57-68. Disponible en: http://www.uwiener.edu.pe/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista_4/5_grado_de_aceptacion_de_los_padres.pdf
3. Arauzo C. Grado de aceptación de las Técnicas de Manejo de conducta infantil por los Padres de Niños de 4 a 8 años de Edad atendidos en el Departamento de Odontología del Instituto Nacional de Salud del niño durante el año 2013, Lima - Perú [Especialidad en Odontopediatría]. Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2013.
4. Cordero N, Cárdenas J, Álvarez L. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. Revista CES Odontología ISSN 0120-971X [Internet]. 2012 [citado 14 Febrero 2017]; 25(2):24-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v25n2/v25n2a02.pdf>
5. Boka V, Arapostathis K, Bretos N, Kotsanos N. La aceptación de los padres de las técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en odontología pediátrica y su relación con la ansiedad y la experiencia dental de los padres. Eur Arch Paediatr Dent. [Internet]. 2014 [citado 15 Feb 2017];15(5):333-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24676547>.
6. Paryab M, Afshar H, Mohammadi R. Informar a los padres sobre las técnicas de manejo de la conducta farmacológica e invasiva utilizadas en odontología pediátrica. Diario de la investigación dental, clínicas dentales, perspectivas dentales [Internet]. 2014 [citado 14 Feb 2017];8(2):95-100 . Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120912/>.

7. Garcia A, Paredes G, Hinojosa A. (2007). 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. Revista Odontológica Mexicana. [Internet]. 2006 [citado 14 Feb 2017];11(8):195-139. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo073d.pdf>
8. M. Muñiz El niño de conducta muy difícil en el consultorio dental. La Causa. Rev Asoc Odontol Argent. 1973; 61: 429-433.
9. Definición de Conducta [Internet]. Definición ABC. 2017 [cited 26 June 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/conducta.php>
10. Boj J, Catalá M, García -Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. 1ra ed. Barcelona; 2004.
11. Jimenez M, Odontopediatría en atención primaria. 2da ed. España: Editorial el vértice. 2012. p. 17-40.
12. Escobar M, Odontología pediátrica. Segunda edición. Editorial Amolca. 2006. p. 40 – 42.
13. Pizano Damasco M, L. Bermúdez Rubio Sedación y anestesia general, en la Práctica de la odontología. I: Evaluation del Paciente e indicacion de la técnica. Revista de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. 2004 [citado 14 de febrero 2017]; 61 (5): 165-170. Disponible a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od045b.pdf>
14. Vargas M, Huamán M. La conducta del niño. Control farmacológico y No Farmacológico. En Castillo R, Miguel de Priego G, Kanashiro C, Perea M, Silva-Esteves Fernando, editores. Estomatología Pediátrica. 1ra ed. Madrid: Ripano S.A; 2011. p. 84.
15. Boj J, Cortez O, Suarez E. Desarrollo psicológico del niño. En Boj J, Catala M, Garcia C, Mendoza A, Planells P, editores. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ra ed. Madrid: Ripano S.A; 2011. p. 97-108.
16. Pires Correa M. Odontopediatría en la primera infancia. 2009.
17. McDonald R, Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª ed. Panamá: Ed. Médica; 2000.
18. Boj J, Cortez O, Muñiz C. Control de la conducta en el paciente odontopediátrico. En Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A, Planells P, editores. Odontopediatría.

- La evolución del niño al adulto joven. 1ra ed. Madrid: Ripano S.A; 2011. p. 109-110.
19. Muñoz N, Alvarez I, Cárdenaz J. Eficacia de la técnica de distracción contingente con material auditivo en el comportamiento de pacientes entre 4 y 6 años de edad. Revista CES Odontología [Internet]. 1998 [citado 14 Febrero 2017]; 11(2):13-20. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/862/554>
 20. Definición de edad — Definición de [Internet]. Definición de. 2017 [citado 10 Mayo 2017]. Disponible en: <http://definicion.de/edad/http://es.thefreedictionary.vom/sexo>
 21. Definición de Sexo [Internet]. Definición ABC. 2017 [citado el 10 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/sexo.php>
 22. Nivel de instrucción [Internet]. Eustat.eus. 2017 [citado 10 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html

ANEXO 01

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS EN
PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA CLINICA
ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN 2017**

I. NOMBRE DE PADRE/MADRE:

.....

II. EDAD:

- A) Menos de 20 años
- B) 20 años a 29 años
- C) 30 años a mas

III. SEXO: F()

M()

IV. GRADO DE ESTUDIOS DEL PADRE /MADRE:

SIN ESTUDIOS.... PRIMARIA... SECUNDARIA... SUPERIOR...

ESCUCHE ATENTAMENTE LA EXPLICACIÓN DE CADA TÉCNICA DE MANEJO DE CONDUCTA, LUEGO MARQUE CON UNA ASPA(X) SI ESTA TOTALMENTE DE ACUERDO-PARCIALMENTE DE ACUERDO-INDECISIOPARCIALMENTE EN DESACUER O TOTALMENTE EN DESACUERDO POR CADA ITEMS.

ÍTEMS	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	INDECISO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
A. CONTROL DE VOZ					
1. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), en cualquier situación odontológica.					
2. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), solo en situaciones de urgencia.					
3. Cree que con esta técnica se logrará efectuar de manera eficaz el tratamiento.					
4. Cree usted que la utilización de esta técnica puede provocar miedo al profesional.					
5. Le recomendaría al odontólogo utilizar esta técnica en su hijo.					

B. DECIR-MOSTRAR-HACER	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	INDECISO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), en cualquier situación odontológica.					
2. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), solo en situaciones de urgencia.					
3. Cree que con esta técnica se logrará efectuar de manera eficaz el tratamiento.					
4. Cree usted que la utilización de esta técnica puede provocar miedo al profesional.					
5. Le recomendaría al odontólogo utilizar esta técnica en su hijo.					

C. REFUERZO POSITIVO	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	INDECISO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), en cualquier situación odontológica.					
2. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), solo en situaciones de urgencia.					
3. Cree que con esta técnica se logrará efectuar de manera eficaz el tratamiento.					
4. Cree usted que la utilización de esta técnica puede provocar miedo al profesional.					
5. Le recomendaría al odontólogo utilizar esta técnica en su hijo.					

D. MODELAMIENTO	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	INDECISO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), en cualquier situación odontológica.					
2. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), solo en situaciones de urgencia.					
3. Cree que con esta técnica se logrará efectuar de manera eficaz el tratamiento.					
4. Cree usted que la utilización de esta técnica puede provocar miedo al profesional.					
5. Le recomendaría al odontólogo utilizar esta técnica en su hijo.					

E. DISTRACCIÓN CONTINGENTE	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	INDECISO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), en cualquier situación odontológica.					
2. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), solo en situaciones de urgencia.					
3. Cree que con esta técnica se logrará efectuar de manera eficaz el tratamiento.					
4. Cree usted que la utilización de esta técnica puede provocar miedo al profesional.					
5. Le recomendaría al odontólogo utilizar esta técnica en su hijo.					

F. RESTRICCIÓN ACTIVA	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	INDECISO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), en cualquier situación odontológica.					
2. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), solo en situaciones de urgencia.					
3. Cree que con esta técnica se logrará efectuar de manera eficaz el tratamiento.					
4. Cree usted que la utilización de esta técnica puede provocar miedo al profesional.					
5. Le recomendaría al odontólogo utilizar esta técnica en su hijo.					

G. RESTRICCIÓN PASIVA	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	INDECISO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), en cualquier situación odontológica.					
2. Acepta que esta técnica se utilice en su hijo(a), solo en situaciones de urgencia.					
3. Cree que con esta técnica se logrará efectuar de manera eficaz el tratamiento.					
4. Cree usted que la utilización de esta técnica puede provocar miedo al profesional.					
5. Le recomendaría al odontólogo utilizar esta técnica en su hijo.					

ANEXO 02
 ROTAFOLIO

CONTROL DE VOZ



Esta técnica se refiere en cambiar el tono de timbre de la voz, de suave a una voz alta, para obtener la atención del niño y que este comprenda que no debe tener una actitud negativa, una vez que haya entendido se bajara a un tono suave



DECIR MOSTRAR HACER



En esta técnica se le explicó al paciente la manera como se le realizará el tratamiento, luego se le mostrará fuera de boca y por último se efectuará el tratamiento. Con esta técnica ayudaremos a familiarizar al niño con el ambiente odontológico




REFUERZO POSITIVO



Comenzamos a darles a los hijos



Al paciente con buena actitud se le reforzará mediante elogios, recompensas, juguetes, los cuales ayudaran a mantener una buena conducta

MODELANMIENTO




Se le muestra al niño el tratamiento que se le va a realizar a través de un modelo, que puede ser en vivo o a través de fotos a videos, el modelo tiene que tener un comportamiento adecuado para disminuir el temor o miedo

DISTRACCION CONTINGENCIA




Con esta técnica lo que se busca llamar la atención del niño con diferentes medios como la música, Tablet, televisor, lectos audiovisuales, el cual harán olvidar el tratamiento que le realizaron o le están realizando

RESTRICCION ACTIVA




En esta técnica se controlaron los movimientos bruscos del paciente esto lo puede realizar el operador solo, pero también si es necesario la ayuda del asistente o de los padres, sin ayuda de dispositivos mecánicos

RESTRICCION PASIVA




En esta técnica se controlara los movimientos del paciente mediante dispositivos ya pueden ser sabanas, envoltorios, o como se ve en la imagen un dispositivo llamado Paposse Board. Esta técnica se utiliza en niños menores de 3 años.

ANEXO 03
ANEXO 1. VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Encuesta

OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor De Sipan, 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Determinar el nivel de aceptación de la técnica control de voz en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- B. Determinar el nivel de aceptación de la técnica decir-mostrar-hacer en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- C. Determinar el nivel de aceptación de la técnica reforzamiento positivo en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- D. Determinar el nivel de aceptación de la técnica modelamiento en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- E. Determinar el nivel de aceptación de la técnica distracción contingente en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- F. Determinar el nivel de aceptación de la técnica restricción activa en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017.
- G. Determinar el nivel de aceptación de la técnica restricción pasiva en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.

- H. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según el sexo.
- I. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según la edad.
- J. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según grado de instrucción.

DIRIGIDO A:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------

FIRMA DEL EVALUADOR

CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTO

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al para determinar como parte de la investigación titulada: “.....”, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Chiclayo, de de 2017.

Nombres y Apellidos del Experto
Grado Académico
Número de colegiatura
Sello y firma

ANEXO 05

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,754	35

	Dimensiones	Correlación total de elementos	Alfa de Cronbach
CV1		,529	,786
CV2		,375	,752
CV3	control de voz	,447	,770
CV4		,642	,720
CV5		,392	,779
DMH1		,412	,759
DMH2	decir mostrar	,366	,753
DMH3	hacer	,462	,769
DMH4		,345	,742
DMH5		,697	,768
RP1		,432	,760
RP2		,424	,737
RP3	refuerzo positivo	,372	,754
RP4		,416	,737
RP5		,348	,753
M1		,379	,750
M2		,778	,716
M3	modelamiento	,313	,745
M4		,411	,738
M5		,332	,749
DC1		,432	,760
DC2	distracción	,846	,712
DC3	contingente	,400	,754
DC4		,315	,744
DC5		,432	,760
RA1		,474	,735
RA2		,324	,760
RA3	restricción activa	,347	,743
RA4		,725	,712
RA5		,362	,747

P1		,367	,752
P2		,725	,716
P3	pasiva	,224	,750
P4		,778	,711
P5		,317	,745

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
Inter sujetos		49,374	9	5,486		
Intra sujetos	Entre elementos	125,160	34	3,681	2,724	,000
	Residuo	413,526	306	1,351		
	Total	538,686	340	1,584		
Total		588,060	349	1,685		

El cuestionario es válido debido a que el valor de la prueba F del ANOVA es altamente significativo ($p < 0.01$) y además las correlaciones de Pearson ítem total superan al valor recomendado ($r > 0.30$).

El cuestionario es confiable, debido a que el valor de consistencia alfa de cronbach supera el valor requerido ($\alpha > 0.70$)

ANEXO 05

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

1. NOMBRE DEL JUEZ		
2.	PROFESIÓN	
	ESPECIALIDAD	
	GRADO ACADÉMICO	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	
	CARGO	
<p>Título de la Investigación:</p> <p>NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, 2017</p>		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Daily Missleny Manayalle Apagueño
3.2	PROGRAMA DE POSTGRADO	Estudiante de estomatología
4. INSTRUMENTO EVALUADO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista () 2. Cuestionario () 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo () 5. Guía de observación () 	
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO	<p><u>GENERAL</u></p> <p>Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor De Sipan, 2017.</p>	

ESPECÍFICOS

- A. Determinar el nivel de aceptación de la técnica control de voz en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- B. Determinar el nivel de aceptación de la técnica decir-mostrar-hacer en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- C. Determinar el nivel de aceptación de la técnica reforzamiento positivo en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- D. Determinar el nivel de aceptación de la técnica modelamiento en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- E. Determinar el nivel de aceptación de la técnica distracción contingente en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- F. Determinar el nivel de aceptación de la técnica restricción activa en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017.
- G. Determinar el nivel de aceptación de la técnica restricción pasiva en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II.
- H. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según el sexo.
- I. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según la edad.
- J. Determinar el nivel de aceptación de las técnicas no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica de la USS, 2017 II, según grado de instrucción.

A continuación se le presentara los indicadores en forma de propuestas de imágenes que se colocaran en la guía de observación para que Ud. Los evalúe marcando con un aspa (x) en “A” si está de ACUERDO o en “D” en DESACUERDO, si esta en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias

N°	6. <u>DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</u>	
1	<p><u>CONTROL MEDIANTE LA VOZ:</u></p>   <p>Esta técnica se refiere en cambiar el tono de timbre de la voz, de suave a una voz alta, para obtener la atención del niño y que este comprenda que no debe tener una actitud negativa, una vez que haya entendido se bajara a un tono suave</p>	<p>A() D()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

DECIR-MOSTRAR-HACER



En esta imagen se le explica al paciente la manera como se le realizará el tratamiento



Luego se le muestra fuera de boca



**Por último se efectuará el tratamiento
Con esta técnica ayudaremos a familiarizar al niño con el ambiente odontológico**

A() D()

SUGERENCIAS:

2

REFUERZO POSITIVO



Al paciente con buena actitud se le reforzará mediante elogios, recompensas, juguetes; los cuales ayudarán a mantener una buena conducta

A() D()

SUGERENCIAS:

MODELAMIENTO



5

A() D()

SUGERENCIAS:

Se le muestra al niño el tratamiento que se le va a realizar a través de un modelo, que puede ser en vivo o a través de fotos o videos, el modelo tiene que tener un comportamiento adecuado para aminorar el temor o miedo.

DISTRACCION



Con esta técnica lo que se busca llamar la atención del niño con diferentes medios como la música, Tablet, televisor, lentes audiovisuales, los cuales harán olvidar el tratamiento que le realizaran o le están realizando

A() D()

SUGERENCIAS:

6

RESTRICCION ACTIVA



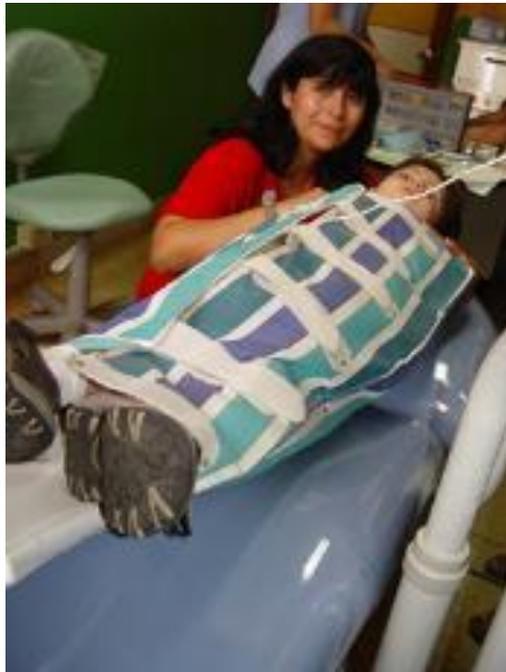
En esta técnica se controlarán los movimientos bruscos del paciente, esto lo puede realizar el operador solo, pero también si es necesario la ayuda del asistente o de los padres, sin ayuda de dispositivos mecánicos

A() D()

SUGERENCIAS:

Z

RESTRICCION PASIVA



8

A() D()

SUGERENCIAS:

En esta técnica se controlará los movimientos del paciente mediante dispositivos ya pueden ser sábanas, envoltorios, o como se ve en la imagen un dispositivo llamado Papoose Board.

Esta técnica se utiliza en niños menores de 3 años.

	<u>Promedio obtenido</u>	A() D()
7. <u>COMENTARIOS GENERALES:</u>		
8. <u>OBSERVACIONES:</u>		

JUEZ EXPERTO

Colegiatura N°.....

ANEXO 06

Resultado de Validación criterio de jueces

CATEGORÍA	A. CONTROL DE VOZ						B. DECIR-MOSTRAR-HACER						C. REFUERZO POSITIVO					
	P1	P2	P3	P4	P5	Total	P1	P2	P3	P4	P5	Total	P1	P2	P3	P4	P5	Total
Esencial	9	9	8	9	8		8	8	8	9	8		9	9	9	9	9	
Útil pero no Esen	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	
No importante	0	0	1	0	1		1	1	1	0	1		0	0	0	0	0	
CVR	1	1	0.78	1	0.78	3.56	0.778	0.778	0.778	1	0.778	3.333	1	1	1	1	1	4
CVR´	1	1	0.89	1	0.89		0.889	0.889	0.889	1	0.889		1	1	1	1	1	
ICV	0.711111111						0.666666667						0.8					
IVC total	0.75																	

D. MODELAMIENTO							E. DISTRACCIÓN CONTINGENTE						F. RESTRICCIÓN ACTIVA						F. RESTRICCIÓN ACTIVA					
P1	P2	P3	P4	P5	Total		P1	P2	P3	P4	P5	Total	P1	P2	P3	P4	P5	Total	P1	P2	P3	P4	P5	Total
9	9	9	9	9		8	9	8	9	8		9	9	9	9	9		9	9	8	9	9		
0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		1	0	1	0	1		0	0	0	0	0		0	0	1	0	0		
1	1	1	1	1	4	0.778	1	0.778	1	0.778	3.556	1	1	1	1	1	4	1	1	0.778	1	1	3.778	
1	1	1	1	1		0.889	1	0.889	1	0.889		1	1	1	1	1		1	1	0.889	1	1		
0.8							0.711111111						0.8						0.755555556					

El instrumento es confiable debido a que IVC Total supera el valor recomendado $0.75 > 0.70$