

GRADO DE ACEPTACIÓN DE LOS PADRES 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

ACCEPTABILITY OF PARENTS TOWARD BEHAVIOR MANAGEMENT ADVANCES TECHNIQUES EMPLOYED IN THEIR CHILDREN OF 0-8 YEARS OLD IN A RURAL COMMUNITY OF HUANUCO-PERU

Anina Bustos Rodriguez

M. Rita Salcedo Rioja

Universidad Norbert Wiener, Lima

RESUMEN

Las técnicas básicas o también llamadas comunicativas o psicológicas de manejo de conducta en la consulta odontopediátrica presentan una tasa alta de aceptación, tanto por los profesionales como por los padres y los propios pacientes. En la mayoría de los casos estas técnicas resultan ser eficientes y efectivas; sin embargo, para aquellos niños en los que estas técnicas resultan insuficientes, existen otras alternativas, a las cuales se hace referencia. El presente trabajo tiene por objetivo determinar el grado de aceptación de los padres o apoderados en relación al manejo de conducta de niños de 0 a 8 años de edad mediante técnicas avanzadas o de restricción, en el distrito de Pinra, provincia Huacaybamba, Huánuco, Perú. Se elaboró un video informativo para los padres, en base al cual se realizó una encuesta guiada para medir el grado de aceptación de los padres hacia las técnicas restrictivas. Los resultados demuestran altos índices de consistencia interna entre los ítems del cuestionario, mediante el análisis alpha de Cronbach; también se encontró un único factor por cada técnica. Por otro lado, los valores bajos en el análisis factorial del coeficiente de correlación de Pearson permitieron asumir independencia de las respuestas. Se encontró 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 concluye que la inmovilización activa es la más aceptada por la población estudiada, independientemente de factores como grado de instrucción, experiencia previa, edad de los padres y la edad o el género del niño.

Palabras clave: manejo de conducta en odontopediatría, restricción activa, restricción pasiva, sedación consciente.

ABSTRACT

Basic techniques of behavior management in pediatric dentistry have a high rate of acceptance rate throughout professionals, parents and patients. Additionally in most cases these techniques have proved to be efficient and effective. However, for some particular children are insufficient, In order to bring them service there are other alternatives referred in the present study. The purpose of this study was to assess the acceptance of parents toward behavior management advances techniques employed in their children of 0-8 years old in Pinra province of Huacaybamba, Huanuco Peru. An informational video for parents was developed after a survey was conducted to measure the acceptance of 150 fathers toward the restrictive techniques. The results show high levels of internal consistency between the items of the questionnaire through Cronbach's alpha test and a single factor for each technique was also found. On the other hand, low values in the factor analysis Pearson correlation coefficient allow assumed independence responses. It was found that 83.3 % of parents strongly agree with the active restraint, 46 % with conscious sedation and 31.3 % with passive restraint. It is concluded that the active restriction is the most accepted by the population studied regardless of factors such as level of education, previous experience, age of the parents and the age or gender of the child.

Keywords: dental care for children, parents, conscious sedation, behavior management technique.

I. INTRODUCCIÓN

Las técnicas de manejo de conducta para la atención odontológica a niños han sido estudiadas y clasificadas, y brindan al profesional diferentes alternativas para prestar un servicio personalizado según las necesidades del paciente pediátrico. La mayoría de las veces suele ser una experiencia agradable o por lo menos manejable, tanto para los pacientes como para los padres y el profesional; sin embargo, existen situaciones en que las técnicas comunicativas o de manejo psicológico, como las reconocidas y aceptadas técnicas de decir-mostrar-hacer, el refuerzo positivo o el manejo de la contingencia, entre otras, resultan insuficientes y deben combinarse con las avanzadas.

Las técnicas avanzadas del manejo de conducta, según AAPD¹, incluyen a las restrictivas y las farmacológicas. Las técnicas restrictivas del manejo de conducta se conocen también como inmovilización

protectiva² y pueden clasificarse según el tipo de restricción que se imponga a los movimientos y voluntad del niño³. Se tienen las que restringen usando elementos físicos, como por ejemplo el Papoose-board®, o la técnica rodilla-rodilla, muy usada en la atención de infantes. Dentro de las técnicas farmacológicas ubicamos la sedación consciente y la anestesia general (Gráfico 1).

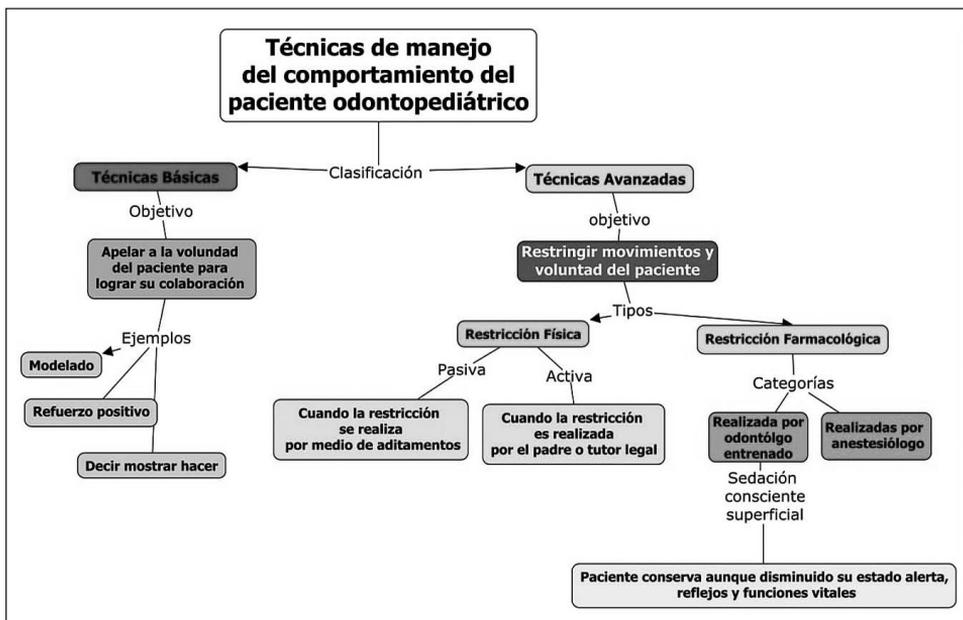
Dentro de las técnicas avanzadas más usadas en nuestro medio tenemos las siguientes: aquellas en las que participa el padre, apoderado o responsable legal del niño, para sostener los movimientos de este –en este trabajo se denomina técnica de restricción física activa–⁴. Luego, las técnicas en que se restringe los movimientos y voluntad del paciente por medios de materiales o aparatos, como la camilla para el bebé o Macri, y a los que se denomina técnica de restricción física pasiva. Luego, dentro del grupo farmacológico más difundido en nuestro medio

tenemos a la sedación consciente superficial. En el Perú se ha encontrado limitada información acerca de estas tres técnicas avanzadas del manejo de conducta, tanto en la frecuencia de su uso como de aceptación del profesional o de los padres o del paciente.

Las implicancias éticas y legales que conllevan el uso de estas técnicas dificultan su estudio, aunque son descritas y aceptadas en las diferentes guías de manejo de pacientes pediátricos de diferentes países^{1,5,6,7,8,9,10,11,12}. Existe consenso para el uso de técnicas avanzadas en situaciones específicas, como cuando la integridad del paciente o del personal asistencial esté en peligro. Pero se presentan otras situaciones en las que el profesional puede o no elegir aquellas según las necesidades del paciente, su propia capacitación y la infraestructura con la que cuenta^{13,14,15,16,17,18,19,20,21}. Además, la aceptación de los padres hacia el uso de estas técnicas avanzadas implica que ma-

nejan información precisa de la técnica y entienden claramente la situación, los motivos y las implicancias, lo que obliga a los profesionales a educar a los padres sobre el tema¹⁶. Por un lado, para brindarles tranquilidad al saber que existen alternativas de tratamiento para sus niños; por otro, para que se entienda la elección de una técnica u otra para cada niño de forma específica^{4,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}. La actitud y aceptación de los padres sobre la restricción física y farmacológica como técnicas de manejo de conducta en odontopediatría puede verse afectada por diferentes factores: las experiencias previas, negativas o positivas (del padre y del niño), la falta de comunicación paciente-odontólogo, la capacidad del niño o sus padres para manejar la ansiedad y el miedo en la consulta dental; factores adicionales son el género y el nivel socioeducativo de los padres, la edad del niño y si este presenta alguna discapacidad, física o intelectual^{16,23,24,25,26,28,29,30,31,33,35,36,37}.

GRÁFICO 1
Clasificación de las técnicas de manejo de conducta en odontopediatría



II. MATERIAL Y MÉTODO

La muestra

La muestra estuvo conformada por los 150 padres o apoderados de niños, de 0 a 8 años que viven en el distrito de Pinra, provincia de Huacaybamba, departamento de Huánuco, Perú; y que aceptaron participar de forma voluntaria en la investigación. Por tanto, la muestra fue no probabilística por conveniencia.

El video y el cuestionario

Se elaboró un video de 3 minutos y 15 segundos que fue validado por cinco especialistas en odontopediatría y un pedagogo; luego fue sometido a pilotos en forma de grupos focales para lograr que sea comprensible al público para el cual está dirigido.

Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario de nueve preguntas en una escala de tipo Likert: “totalmente de acuerdo”, “indeciso”, “totalmente en desacuerdo”; se realizó la validación cultural, lo que implicó la redacción del cuestionario en términos más comprensibles. Los ítems fueron los siguientes:

1. Acepto que esta técnica se utilice en mi hijo(a) en cualquier situación odontológica.
2. No acepto de ninguna manera que esta técnica se utilice en mi hijo (a).
3. Acepto esta técnica solo si el tratamiento requerido por mi hijo sea urgente.
4. Utilizando esta técnica mejorará el comportamiento de mi hijo(a) en una próxima cita.

5. Con la utilización de esta técnica se podrá lograr de manera eficaz la atención completa del niño.
6. La utilización de esta técnica puede provocar en mi hijo(a) miedo a los procedimientos odontológicos en un futuro.
7. Acepto esta técnica que incluso la recomendaría a otros padres.
8. Le solicitaría al odontólogo utilizar esta técnica de manejo.
9. Con la utilización de esta técnica mi hijo estará motivado para asistir a futuras citas odontológicas.

Los ocho primeros evaluaron el grado de aceptación de cada técnica; el último se usó como control. El video fue mostrado las veces que fueron necesarias para comprensión; y luego se aplicó el cuestionario guiado.

Validación del cuestionario

Se evaluó la fiabilidad del cuestionario mediante alpha de Cronbach, encontrándose que existe una consistencia interna elevada entre los ítems del cuestionario. Además, se realizó el análisis factorial exploratorio para evaluar la validez de constructo del cuestionario, encontrándose un único factor que podemos denominar “grado de aceptación de la técnica de restricción”, lo que se puede observar en la tabla 1.

Fue necesario evaluar la independencia de las respuestas para cada uno de los tres métodos de restricción, lo cual se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson; los resultados mostraron valores muy bajos: Restricción activa -Restricción pasiva: 0,014, Restricción activa-Sedación consciente: 0,162, Res-

TABLA 1
Análisis de fiabilidad y validez del constructo

Técnica de restricción	Ítems	Fiabilidad	Validez del constructo
		Coficiente alfa de Cronbach	Variación total explicada por un factor
Activa	8	0,702	70,6 %
Pasiva	8	0,839	69,2 %
Por sedación	8	0,775	66,3 %

tricción pasiva-Sedación: 0,061; esto permitió asumir independencia en las respuestas.

La evaluación de las diferencias de las puntuaciones promedio obtenidas en el cuestionario para cada uno de los tres métodos de restricción se realizó mediante el análisis de varianza y la prueba *post hoc* de Duncan.

El análisis estadístico de relación entre el grado de aceptación de la técnica de restricción y las características demográficas de los padres se realizó mediante la elaboración de tablas de contingencia y gráficos estadísticos; además, se utiliza-

ron pruebas estadísticas chi cuadrado de independencia.

III. RESULTADOS

Las características demográficas de los entrevistados se describen en las Tablas 2 y 3. En una muestra de 150 padres o apoderados de niños de 0 a 8 años de edad, de ambos géneros, se encontró una edad promedio de 34 ± 10 años; el grado de instrucción predominante fue la secundaria (46,0 %); el 77,3 % no tenía experiencia previa con el odontólogo.

TABLA 2
Características demográficas de los padres entrevistados

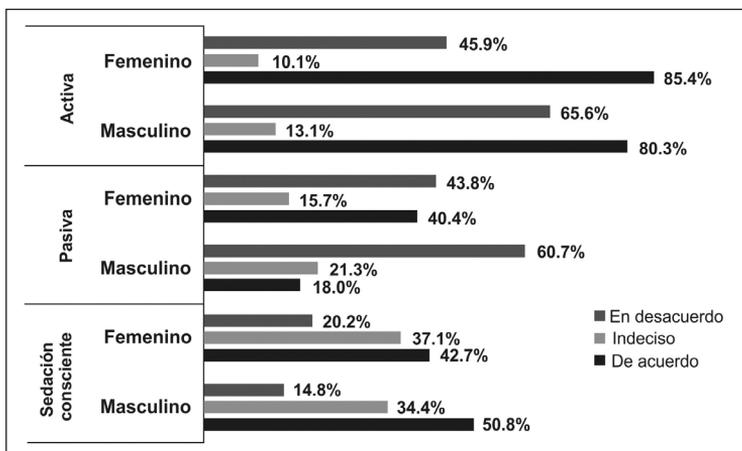
	Sexo		Edad en años			Grado de instrucción			Experiencia odontológica previa	
	Masculino	Femenino	Menos de 30	30 a 39	40 a más	Primaria o menos	Secundaria	Superior	Sí	No
n	61	89	62	55	33	34	69	47	34	116
%	40,7	59,3	41,3	36,7	22,0	22,7	46,0	31,3	22,7	77,3

TABLA 3
Características demográficas de los niños

	Sexo		Edad en años		
	Masculino	Femenino	Menos de uno	1 a 5	6 a 8
n	76	74	10	92	48
%	50,7	49,3	6,7	61,3	32,0

En los siguientes gráficos se muestran el resumen y la selección de los diferentes análisis realizados a los datos para relacionar los factores de género, nivel educativo, experiencia previa de los padres, y el género y edad de los niños. Al no mostrarse diferencias numéricas importantes, ni estadísticamente significativas, se obviaron muchos de ellos.

GRÁFICO 2
Grado de aceptación de los padres o apoderados en relación al género de los padres por cada técnica estudiada



Cuando se evaluó la información obtenida en relación al género de los padres, se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p=0,015$) en su aceptación sobre la técnica de restricción pasiva, datos que se observan claramente en el Gráfico 2, en donde la distribución de los valores obtenidos con respecto a esta técnica son visiblemente diferentes, destacándose que el 60,7 % de los padres están en desacuerdo, a diferencia de las madres, quienes de las cuales solo el 43,8 % opinan lo mismo.

La edad y el género del niño no demostraron diferencias estadísticamente significativas, aunque sí las diferencias absolutas favorecieron a la restricción activa en niños menores de un año (Gráfico 3).

Los padres encuestados de los menores rechazaron la técnica de restricción pasiva, en su mayoría para las niñas (55,4 %) que para los niños (46,1 %), siendo siempre favorecida la técnica de restricción activa, como se observa en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3
Grado de aceptación de los padres en relación a la edad del niño por cada técnica estudiada

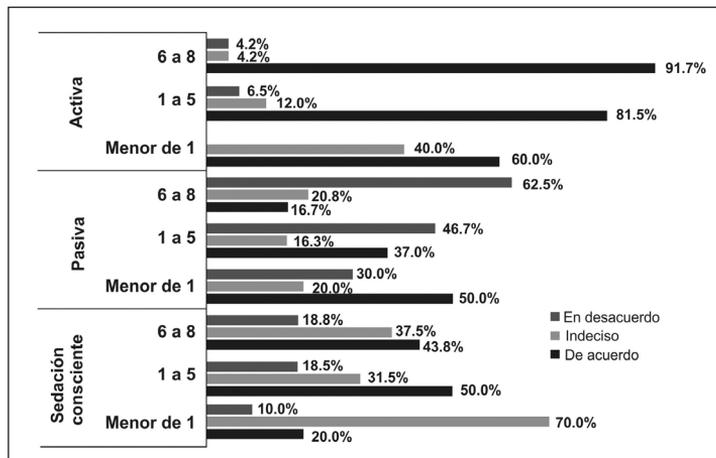
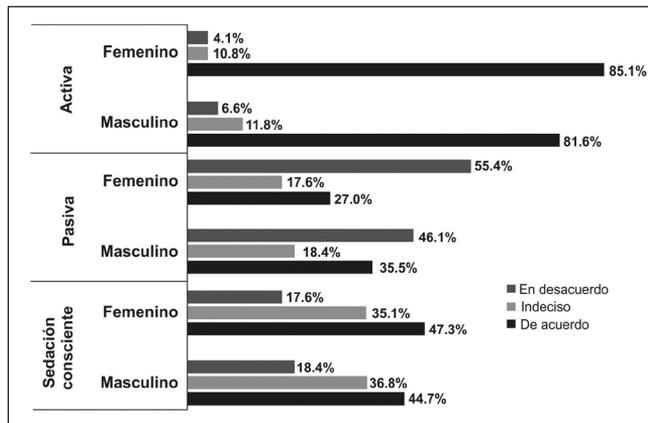


GRÁFICO 4
Grado de aceptación de los padres en relación al género del niño
por cada técnica estudiada



Los resultados generales revelaron que la técnica de restricción activa fue la más aceptada (83,3 %), seguida de la sedación consciente (46,0 %); por último, la restricción pasiva (31,3 %). Se mostró que el grado de aceptación para los tres métodos de restricción difieren significativamente ($p=0,000$). Así también se mostró bajas tasas de indecisión en las técnicas de restricción física activa y pasiva (11,3 %) (18,0 %). Pero sí altas tasas de indecisión en la restricción farmacológica, representada por la técnica de sedación consciente (36,0 %).

Por último, cuando se evaluó la pregunta de control (Gráfico 6), se encontró diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la motivación de sus hi-

jos para asistir a futuras citas odontológicas según el tipo de técnica de restricción que se utilice ($p=0,000$). Se confirma así los resultados obtenidos en el estudio.

IV. DISCUSIÓN

Cuando se trata de elegir una técnica de manejo de la conducta del niño en la consulta odontológica, las técnicas comunicativas o básicas gozan de gran aceptación, tanto por los profesionales como por los padres; el problema que se aborda en el presente estudio se enfoca en las situaciones en donde estas técnicas comunicativas o básicas no son suficientes y cuando los profesionales capa-

GRÁFICO 5
Grado de aceptación de los padres o
apoderados hacia las técnicas estudiadas

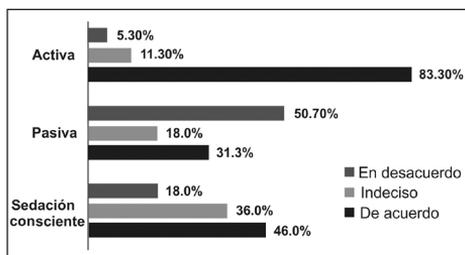
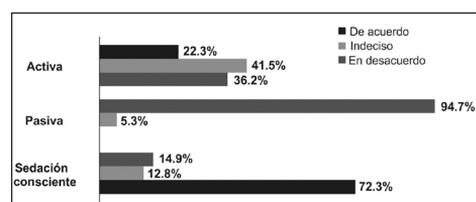


GRÁFICO 6
Opinión de los padres en relación a la
motivación para asistir a futuras citas
odontológicas



citados pueden ofrecer otras alternativas para el manejo de conducta de pacientes que así lo requieren, como en el caso de manejo de urgencias, o en pacientes con incapacidad para responder a las técnicas básicas.

Durante las últimas décadas, los reportes realizados sobre este tema han demostrado una tendencia positiva a la aceptación de las técnicas de sedación consciente para el tratamiento odontológico, aunque siempre con menor aceptación que las técnicas de restricción física. Esto se explicaría por los cambios socioculturales que se han presentado durante estos últimos años, que permiten un mayor acceso a la información por parte de los padres y a un modelo educativo menos autoritario y más comunicativo^{16, 23, 24, 25, 26, 27, 38}.

Es necesario resaltar el hecho de que el profesional que proporcionará este servicio con técnicas avanzadas debe mantenerse actualizado y dispuesto a satisfacer las expectativas de los padres y pacientes, que en muchas ocasiones conocen y solicitan este tipo de atención para sus hijos; la tendencia evolutiva con respecto a este tema se verifica en el cambio realizado, en 2006, en manejo de la conducta de la AAPD⁷ y estudios realizados con anterioridad¹⁶.

El uso de la tecnología para la presentación de la información a los padres reduce costos y facilita la comunicación con los padres de familia; presenta la información con mucha más claridad, como lo demostraron García *et al.*²⁷ cuando concluyen que la información transmitida a través de un video generó el mayor realismo en comparación con otros medios de comunicación. Aunque Paryab *et al.*²⁴, en un estudio similar utilizando tres

diferentes medios de información previa al cuestionario, video, información escrita y verbal, no encontraron diferencia significativa entre estos y sus resultados; el video también fue preferido en un estudio similar reciente en padres de niños con discapacidad¹⁵.

Cuando las técnicas de manejo de conducta básica y avanzada se presentaron a los padres en un mismo estudio, las técnicas básicas siempre resultan con mayor grado de aceptación^{4, 23, 29, 30}.

En tres diferentes estudios en los que se presentaron técnicas básicas y avanzadas, la técnica de sedación consciente ocupó el tercer lugar luego de la técnica de decir-mostrar-hacer y manejo de la voz^{27, 29, 31}. Sin embargo, cuando los padres evalúan solo las técnicas avanzadas, estas son altamente aceptables^{31, 32}.

En el presente estudio, al comparar los diferentes resultados obtenidos en relación al género, la edad y el nivel educativo de los padres, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se trata del grado de aceptación de la técnica de restricción pasiva, en donde los padres, a diferencia de las madres, presentaron mayor grado de aceptación a esta. Ni la edad ni el grado de instrucción presentaron relación con el grado de aceptación de las diferentes técnicas restrictivas, al igual que lo reportado por otros estudios similares en diferentes poblaciones y contextos^{24, 28, 29, 31}.

Los factores que parecen tener relación con la preferencia por alguna técnica fueron el hecho de ser padres de un niño con discapacidad y el nivel económico^{26, 28}, ítems que no fueron tomados en cuenta en el presente estudio por las características de la población.

Los resultados en relación a la edad y el género del niño no presentaron diferencias estadísticamente significativas; aunque es importante destacar que de forma similar a lo reportado por Nava y Fragoso³⁵ se encontró mayor aceptación hacia las técnicas de inmovilización pasiva (35,5 %) para los niños; y mayor aceptación de la técnica de sedación consciente (47,3 %) para las niñas.

Una característica resaltante de la población estudiada es que en su mayoría no manifestó experiencia en la atención odontológica (77,3 %) y, al igual que otros estudios^{23,24,33}, no se encontró relación con el grado de aceptación de las diferentes técnicas de manejo de conducta. Sin embargo, Oliveira indica que los participantes fueron más propensos a aceptar las técnicas de restricción física para su niño cuando estos la habían experimentado previamente²⁸.

Se incluyó una pregunta de control en la que se consulta acerca de la opinión del padre en relación a que si el niño estaría motivado para asistir a una siguiente cita según el uso de cada técnica; se ratifican los resultados obtenidos por el análisis desglosado del cuestionario. En esta población los padres manifestaron mayor grado de aceptación hacia la técnica de inmovilización activa (72,3 %).

La falta de información que manifestaron los padres de familia, tanto en los pilotos realizados como en el estudio sobre las técnicas avanzadas, y la poca bibliografía disponible, sugiere que sería útil enfocar esfuerzos por conocer la predisposición de los padres hacia una u otra técnica avanzada, cuando el uso de las técnicas básicas no sea suficiente. Así, es importante enfocar la capacitación de los nuevos profesionales en aquellas téc-

nicas de manejo de conducta que aporten a cubrir las necesidades de pacientes donde las técnicas básicas no son suficientes; y educar a los padres de familia, quienes finalmente tomarían una decisión informada sobre las alternativas disponibles.

V. CONCLUSIÓN

Se concluye que la restricción activa (83,3 %) es la más aceptada por la población estudiada, independientemente de factores como grado de instrucción, experiencia previa, edad de los padres, y edad y género del niño; seguido por la técnica de la sedación consciente (46 %) y por último la restricción pasiva (31,3 %).

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. American Academy of Pediatric Dentistry. 2011; Vol. 35 (6); pp. 13-14.
2. Jiménez S. Estudio de las técnicas de manejo de conducta implementadas en los programas de educación superior de odontología pediátrica en México. [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Odontología; 2011.
3. Arauzo S. 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. [Tesis]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de Odontología; 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 Odont.* 2012; Vol. 25(2); pp. 24-32.
5. Podesta ME. *Odontología para bebé.* Dental Tribune Hispanic & Americana. 2013; vol. 10 (8).
 6. Roberts JR, Cruzon ME, Koch G, Martens LC. Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2010; Vol. 11(4); pp. 166-174.
 7. Oueis H, Ralstrom E, Miriyala V, Molinari G, Casamassimo P. Alternatives for Hand Over Mouth Exercise After Its Elimination from the Clinical Guidelines of the American Academy of Pediatric Dentistry. *Pediatric Dent.* 2010; Vol.32 (3); pp. 223-228.
 8. Lobato CM, Benavente C, Acosta O, Benito SM. Sedación y anestesia general en paciente odontopediátrico. *Gaceta dental.* 2008, Vol. 192.
 9. Valdivieso M, Rivas S. Sedación consciente en odontología pediátrica. *Rev. Estomatol Herediana.* 2002; Vol. (1-2); pp. 49-52.
 10. Coté, Charles J, Stephen W. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update. *Pediatrics.* 2006; Vol. 118(6); pp. 2587-2602.
 11. Soxman JA. *Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry.* USA: Editorial Jhon Wiley&Sons. 2015; p. 173.
 12. Mhor, Wanda K. Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2009; Vol. 24 (1); pp. 3-14.
 13. Álvarez AM, Álvarez M. Sedación Oral: fundamentos clínicos para su aplicación clínica. *Rev. CES Odontología.* 2006. Vol. 10 (2).
 14. Valdivieso M, Rivas S. Sedación consciente en odontología pediátrica. *Rev. Estomatol Herediana.* 2002; vol. 12 (1-2); pp. 49-52.
 15. Shelpherd, AR, Ali H. A Care Pathway for Children Unable to Accept Dental Care Within the General Dental Services Involving the Use of Inhalation Sedation and General Anaesthesia. *Primary Dental Journal.* 2015; Vol. 48(2); pp. 29-34.
 16. Arenas M, Barbería E, Marotom M, Gómez B. Demanda paterna de tratamientos odontopediátricos utilizando anestesia general: una sorprendente realidad. *RCOE.* 2006; Vol. 3(10); pp. 351-356.
 17. Abanto JA, Rezende KM, Bönecker M, Corrêa FN, Corrêa, MS. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatológica Herediana.* 2010, Vol. 20; pp. 101-106.
 18. Aguilar M, Domínguez E, Flores F, Espinoza E. Estudio comparativo del procedimiento de restricción física con y sin la administración de midazolam como fármaco ansiolítico. *Dentistry & Oral Sciences Source.* 2001; Vol. 3(1); pp. 146-150.
 19. Delli K, Reichart P, Bornstein M, Livas C. Manejo de los niños con trastorno del espectro autista en el ámbito dental: Problemas, enfoques y recomendaciones de comportamiento. *Dentistry & Oral Sciences Source.* 2014; Vol. 19(4); pp. 233-240 (19).
 20. Terrazas V, Domínguez E. Manejo del paciente infantil y su atención bucodental. *Dentistry & Oral Sciences Source.* 2003; Vol. 5(1); pp. 36-39.
 21. Vázquez C, Segura F, Delgado J. Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. *Revista Odontología Vital.* 2009; Vol. 2 (11); pp. 58-68.

22. Singh H, Rehman R, KadaneSafalya, Rajan DD, DevCJ. Techniques for the Behaviors Management in Pediatric Dentistry. *International journal of scientific study*. 2014; Vol. 2; pp. 7.
23. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in Pediatric Dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *European Archives of Pediatric Dentistry*. 2014; Vol.15; pp. 333-339.
24. Paryab M, Afsher H, Mohammadi R. Informing parents about the Pharmacological and Invasive Behavior Management Techniques Used in Pediatric Dentistry. *JODDD*. 2014; Vol. 8; pp. 95-100.
25. De Castro AM, de Oliveira FS, de PaivaNovaes MS, Araújo Ferreira DC. Parental acceptance of restraint methods used for children with intellectual disabilities during dental care. *Special care in Dentistry: official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2013; Vol. 33(5); pp. 213-217.
26. Elango I, Baweja DK, Shivaprakash PK. Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: A comparative Study. *J Indian SocPedodPrev Dent*. 2012; Vol. 30; pp. 195-200.
27. García IA, Parés VG, Hinojosa AA. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Rev Odontológica Mexicana*. 2007; Vol11; pp. 135-139.
28. Oliveira AC, Paiva SM, Pordeus IA. Parental acceptance of restraint methods used for children with intellectual disabilities during dental care. *Spec Care Dentist*. 2007; Vol. 27; pp. 222-226.
29. Eaton JJ, MacTige DJ, Fields WH, Beck FM. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric Dentistry. *Pediatric Dentistry*. 2005; Vol. 27(7); pp. 107-113.
30. Peretz B, Kharouba J, Blumer S. Pattern of parental acceptance of management techniques used in pediatric dentistry. *The Journal of Clinical pediatric Dentistry*. 2013; Vol. 38(1); pp. 27-30.
31. Chen X, Jin SF, Liu HB. Survey of parental acceptance rate to behavior management techniques used in pediatric Dentistry. *Department of Pediatric Denstry, School of Stomatology, China Medical University, Shenyang*. 2008; Vol. 17; pp. 475-478.
32. Ramos MM, Carvalho CC, Gomide MR. Parental acceptance of behavior management techniques for children with clefts. *Journal of Dentistry for Children*. 2005; Vol. 72; pp. 74-77.
33. De León J, Guinot J, Bellet D. Acceptance by Spanish parents of behaviour-management techniques used in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry* August. 2010; Vol. 11; pp. 175-178.
34. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2010; Vol.11 (4); pp. 166-174.
35. Nava AV, Fragoso RR. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del proce-

- dimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. *Revista Odontológica Mexicana*.2012; Vol.16 (4); pp. 242-251.
36. Suprabha BS, Arathi. Role of Parent in Behavior Guidance of Children in Dental Operatory: Current Trends. *International Journal of Advance Research*. 2015; Vol. 3 (1); pp. 466-470.
37. Nathan JE. Behavioral Management Strategies for Young Pediatric Dental Patients with Disabilities. *Journal of Dentistry for Children*. 2001; Vol. 68 (2); pp. 89-101.
38. Oliver K, Manton DJ. Contemporary Behavior Management Techniques in Clinical Pediatric Dentistry: Out with the Old and in with the New? *Journal of Dentistry for children*. 2015; Vol. 82(1); pp. 22-28 (7).