

¿Cómo perciben los padres del sureste de México la estabilización protectora? Un estudio cualitativo.

Alicia Leonor Pinzón Te¹ , Fabio Arriola-Pacheco¹ , Aime Arellano Lucero¹ ,
José Ladislao López Osorio² , Rodrigo Serrano Piña¹ , Martha Gabriela Chuc Gamboa¹ .

Resumen: **Introducción:** Dentro de las técnicas de guía conductual, la estabilización protectora sigue siendo un abordaje no farmacológico controversial. Comprender las perspectivas sobre la estabilización protectora en diferentes cohortes parentales de diversos espectros culturales es relevante en el contexto contemporáneo.

Objetivo: Analizar cualitativamente la percepción de los padres en el sureste de México, cuyos hijos asistieron a una clínica de residencia en odontología pediátrica, respecto al uso de la estabilización protectora como técnica de guía conductual. **Métodos:** Se realizaron grupos focales con 15 padres, después de una proyección de video en la que se demostraron el uso, las indicaciones, los beneficios y las limitaciones de la técnica de estabilización protectora. Los temas de importancia, necesidad, respuesta afectuosa, riesgos o daños percibidos, beneficios y aceptabilidad del uso de la técnica fueron utilizados para guiar los diálogos. Las sesiones fueron grabadas en audio y luego transcritas para su análisis. **Resultados:** El análisis cualitativo deductivo de los datos, reveló que los padres generalmente aceptaron que el uso de la estabilización protectora era necesario para llevar a cabo tratamientos odontológicos seguros y eficaces. Se compartieron preocupaciones respecto a potenciales daños físicos y psicológicos, pero los padres generalmente coincidieron en que los beneficios superaban los riesgos cuando los tratamientos eran necesarios.

Conclusiones: En el presente contexto, la estabilización protectora fue aceptada por los padres cuando esta estaba indicada y era necesaria para cumplir con tratamientos odontológicos pediátricos seguros. Esto es relevante en contextos donde las técnicas farmacológicas de manejo del comportamiento no están tan fácilmente disponibles.

Palabras clave: Odontología Pediátrica, Conducta Infantil, Percepción Social, Investigación Cualitativa, Control de la Conducta.

Como os pais do sudeste do México percebem a estabilização protetora? Um estudo qualitativo.

Resumo: **Introdução:** Dentro das técnicas de orientação comportamental, a estabilização protetora continua sendo uma abordagem não farmacológica controversa. Compreender as perspectivas sobre a estabilização protetora em diferentes coortes parentais de diversos espectros culturais é relevante no contexto contemporâneo. **Objetivo:**

Analizar qualitativamente a percepção dos pais do sudeste do México, cujos filhos frequentaram uma clínica de residência em odontologia pediátrica, em relação ao uso da estabilização protetora como técnica de orientação comportamental. **Material e Métodos:** Foram realizados grupos focais com 15 pais, após a projeção de um vídeo na qual foram demonstrados o uso, as indicações, os benefícios e as limitações da técnica de estabilização protetora.

Os temas de importância, necessidade, resposta afetuosa, riscos ou danos percebidos, benefícios e aceitabilidade do uso da técnica foram utilizados para orientar os diálogos. As sessões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise. **Resultados:** A análise qualitativa dedutiva dos dados revelou que os pais geralmente aceitavam que o uso da estabilização protetora era necessário para a realização de tratamentos dentários seguros e eficazes. Foram compartilhadas preocupações relativamente a potenciais danos físicos e psicológicos, mas os pais geralmente concordaram que os benefícios superavam os riscos quando os tratamentos eram necessários.

Conclusão: Neste contexto, a estabilização protetora foi aceita pelos pais quando indicada e necessária para a realização de tratamentos odontológicos pediátricos seguros. Isto é relevante em contextos como o atual, onde as técnicas farmacológicas de gestão do comportamento não estão tão facilmente disponíveis.

Palavras-chave: Odontopediatria, Comportamento Infantil, Percepção Social, Pesquisa Qualitativa, Controle Comportamental.

¹Universidad Autónoma de Yucatán, México.

²Escuela Normal para Educación Preescolar, Yucatán, México.

How do parents in Southeast Mexico perceive protective stabilization? A qualitative study

Abstract: **Background:** Among behavior guidance techniques, protective stabilization remains a controversial non-pharmacological approach. Understanding the views of protective stabilization in different parental cohorts across cultural spectrums is relevant in the world's current cultural climate. **Aim:** Qualitatively analyze the perception of parents in southeast Mexico whose children attended a pediatric dentistry residency clinic regarding the use of protective stabilization as a behavior guidance technique. **Methods:** Focus groups with 15 parents were held, after a video screening of the use, indications, benefits, and limitations of the protective stabilization technique. The themes of importance, need, affectionate response, perceived risk or harm, benefits, and acceptability of the use of the technique were used to guide the dialogues. The sessions were audio-recorded and then transcribed for analysis. **Results:** The deductive qualitative data analysis following the delineated themes revealed that parents generally accepted that the use of protective stabilization was necessary for safe and efficient dental treatments to be carried out in their children. Worries about potential physical and psychological concerns were shared, but parents generally agreed that the benefits outweighed the risks when treatments were needed. **Conclusion:** In this context (a university service in southeast Mexico) protective stabilization was accepted by parents when indicated and needed to fulfill secure pediatric dental treatments. This is relevant in contexts like the current one where pharmacological behavior techniques are not as readily available.

Key words: Pediatric Dentistry, Child Behavior, Social Perception, Qualitative Research, Behavior Control.

Introducción

Los estilos de crianza y el comportamiento de los niños cambian constantemente, por lo que los profesionales de la odontología pediátrica siempre deben seguir de cerca estos cambios. Junto a esto, la globalización y las tendencias migratorias, que son casi universales en el contexto actual, añaden una capa de complejidad cuando se trata con niños y cuidadores de diferentes orígenes culturales en el consultorio dental. Es bien sabido que las técnicas de guía conductual (TGC) son herramientas clínicas esenciales en odontopediatría y, por lo tanto, la forma de enfocar y aplicar estos procedimientos debe ir acompañada de una perspectiva amplia. Las TGC han pasado por numerosas evoluciones (muchas veces directamente debido a hallazgos basados en la evidencia, pero otras debido a características cambiantes del cuidador-

niño) para cumplir su objetivo de llevar a cabo un tratamiento dental eficaz, seguro y de calidad en pacientes pediátricos¹⁻³. Se han descrito diferencias en las preferencias por las TGC en función de los distintos entornos culturales, geográficos y contextos específicos⁴⁻⁷.

Aunque la mayoría de las TGC son bien aceptados por los padres y los odontólogos, la estabilización protectora siempre ha suscitado cierta controversia debido a su naturaleza no farmacológica y "avanzada". La estabilización protectora es una TGC que pretende proteger al paciente, a los padres y al equipo dental de movimientos no deseados reduciéndolos o eliminándolos de forma activa (con la ayuda de otra persona) o pasiva (mediante el uso de un dispositivo restrictivo)⁸. Los estudios que han examinado las perspectivas de las estabilizaciones protectoras parentales han descrito que

algunos padres consideran este enfoque una opción "más segura" para completar el tratamiento, pero en general se ha percibido como uno de las TGC menos deseables^{5,9-11}. Entre los factores que se ha descrito que influyen en la percepción de los padres se incluyen la edad (cuanto más jóvenes son los padres, menos probable es que acepten la técnica), el número de visitas (cuantas más visitas y usos de la técnica, menos probable es que se acepte) y la preferencia de que los padres participen durante el uso de la técnica¹²⁻¹⁴. Además, se ha descrito que los niños y adolescentes que recuerdan haber recibido tratamientos dentales con estabilización protectora (por parte de dentistas no especialistas) en algún momento de su vida presentan mayor miedo y ansiedad dental¹⁵.

La evidencia publicada nos ayuda a comprender cómo se percibe la estabilización protectora en diferentes contextos específicos de cada país, así como dentro de las poblaciones hispanas (en EE.UU. principalmente, donde la población mexicana constituye una gran parte de este grupo étnico)^{4,6,10,11,16}. Sin embargo, todavía se conoce muy poco sobre este tema, desde una perspectiva de investigación cualitativa. Hay entornos en los que las TGC farmacológicas (es decir, la sedación y la anestesia general) son difíciles de implementar debido al costo y/o la infraestructura, por lo que la estabilización protectora es muchas veces la única TGC avanzada que un dentista puede utilizar. Es importante ampliar nuestra comprensión de las experiencias y percepciones compartidas de las TGC en todo el mundo, al tiempo que se describen

las diferencias culturales y contextuales específicas para los odontólogos que tratan a diversas poblaciones pediátricas. La estabilización protectora representa a menudo un reto a la hora de aplicarla y es necesario comprender las percepciones de la técnica para garantizar que se utiliza de forma óptima.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar cualitativamente la percepción de los padres del sureste mexicano cuyos hijos asistían a una clínica de residencia de odontopediatría sobre el uso de la estabilización protectora como técnica de orientación conductual, con énfasis en la importancia de la técnica, la necesidad de su uso, la actitud afectiva, el riesgo o daño percibido, sus beneficios y aceptabilidad.

Materiales y métodos

Los autores siguieron las recomendaciones del *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁷.

Aspectos éticos

El presente estudio contó con la aprobación de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán (FOUPI #550-A/2021). La presente investigación siguió los principios éticos para la investigación médica en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki para salvaguardar la privacidad de las personas participantes en la investigación y la confidencialidad de su información personal. También se siguió la NOM-012-SSA3-2012 mexicana, ya que ésta establece los

criterios para la realización de proyectos de investigación en salud en seres humanos, garantizando que el estudio no exponga al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados sean mayores que los riesgos previsibles. Se recabó el consentimiento informado por escrito de todos los participantes.

Diseño del estudio, fundamento teórico y selección de los participantes.

Los datos se recogieron mediante grupos focales presenciales. El muestreo de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo de casos típico intencional¹⁸, reclutando a padres que llevaron a su hijo a una clínica de residencia de odontopediatría en una universidad pública de una ciudad del sureste de México (Mérida, Yucatán). La fenomenología guió este estudio, ya que este enfoque de investigación cualitativa busca comprender experiencias comunitarias o compartidas¹⁹. En este estudio, la comprensión de las percepciones de los padres sobre el uso de la técnica de estabilización protectora para los tratamientos odontológicos pediátricos fue el fenómeno a estudiar. El tamaño de la muestra para este estudio se guió por la teoría cualitativa fenomenológica descrita previamente²⁰.

Una vez identificados los posibles padres interesados, se organizaron en dos grupos. El primer grupo estaba formado por padres de 18 a 30 años y el segundo por padres mayores de 30 años. Los participantes se seleccionaron con base en los siguientes criterios de inclusión: padres cuyos hijos no tuvieran necesidades especiales de salud, que hubieran sido evaluados (pero aún no tratados) en la clínica de residencia de odontopediatría, que fueran de origen del sureste mexicano y que no hubieran recibido

previamente tratamiento dental con la técnica de estabilización protectora.

Recolección de datos

Se informó a los padres sobre los objetivos de la investigación y dieron su consentimiento para que el grupo de discusión en el que participaban se grabara audiovisualmente con una cámara Canon© EOS Rebel T7. Las sesiones de los grupos focales fueron dirigidas por un moderador (autor ALP) que comenzó dando la bienvenida a los participantes con una actividad "rompehielos". A continuación, los padres vieron un vídeo sobre la técnica de estabilización protectora elaborado por el equipo de investigación. El vídeo consistía en una simulación de la técnica de estabilización protectora (tanto de forma activa como pasiva), y una explicación de sus objetivos, indicaciones y limitaciones en términos sencillos y culturalmente apropiados. Posteriormente, se utilizó un guión semiestructurado para guiar el diálogo, que incluía indicaciones que cubrían los siguientes temas relacionados con la técnica de estabilización protectora: importancia, necesidad, respuesta afectuosa, riesgo o daño percibido, beneficios y aceptabilidad del uso de la técnica. Los temas del guion derivaron de las temáticas reportadas por Ilha MC et al (2020), en donde se exploró la percepción del uso de estabilización protectora entre madres, psicólogos y odontólogos pediatras¹². Se permitió a los padres compartir y participar hasta que lo desearon o hasta que se alcanzó la saturación. Se tomaron notas de campo, que se revisaron al final de la reunión con los participantes para permitir la verificación de los miembros. Por último, se dio las gracias a los participantes y se les compensó monetariamente por su tiempo y participación.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos, primero se transcribió el audio grabado. Para garantizar que se recogían las opiniones expresadas por cada participante, se preservaron los errores lingüísticos y las expresiones culturales. Al traducir al inglés para preparar esta publicación, los pronombres específicos de género que se referían a los niños en español (el/la), se neutralizaron en cuanto al género para mejorar la traducción, ya que los autores consideraron que no cambiaba el contexto ni el contenido. Se siguió la técnica de análisis temático de Braun & Clark, utilizando el software ATLAS.ti 9^{© 21}. El análisis de los datos fue deductivo, ya que se basó en las categorías previamente establecidas en el guión semiestructurado. Los resultados fueron descritos a partir del conjunto de códigos y tipologías, destacando las ideas principales, evaluando la plausibilidad y comprendiendo la relación entre los temas con base en el propósito de la investigación.

Declaración de reflexividad y posicionalidad

Todos los autores participantes (excepto el autor JLO) son odontopediatras con formación clínica de México. Reconocen la diferencia de poder que puede existir entre los participantes (padres en el estudio) y la interpretación dirigida por el equipo de investigación. En opinión de los autores, la experiencia en odontopediatría permite que el análisis adopte una perspectiva de proveedor dental, en consonancia con un enfoque fenomenológico. Además, los autores ALP, JLO y RSP también son padres de dos niños (cada uno) y reconocen su posición

en relación con los temas presentados. La verificación por parte de los miembros permitió triangular los resultados con los participantes, obteniendo así fiabilidad.

Resultados

La muestra consistió en 15 padres en total entre los dos grupos focales que se llevaron a cabo. De los padres participantes, 10 (66,67%) se autoidentificaron como madres (mujeres) con una edad media de 34,90 años (DE ±10,15), y 5 (33,33%) se autoidentificaron como padres (hombres) con una edad media de 38,40 años (DE ±14,10 años). Las características de los participantes se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de los participantes

Grupo Focal 1 (Padres con edades entre 18 y 29 años)	
Género	Edad
Madre 1	22
Madre 2	27
Madre 3	29
Madre 4	23
Padre 1	21
Padre 2	29

Grupo Focal 2 (Padres con 30 años o mas)	
Madre 5	34
Madre 6	35
Madre 7	41
Madre 8	45
Madre 9	54
Madre 10	39
Padre 3	46
Padre 4	57
Padre 5	39

El análisis deductivo permitió organizar los resultados dentro de los temas derivados del guión. Se presentan citas seleccionadas de los temas.

Importancia del uso de la estabilización protectora

En general, los padres reconocieron la importancia de utilizar la estabilización protectora durante los tratamientos odontopediátricos. Hubo un reconocimiento específico de la adopción de la técnica para evitar movimientos no deseados o injustificados que podrían producirse y, a su vez, dañar al paciente y/o al personal odontológico.

...como ellos [los niños] pueden ver lo que se les va a hacer [el tratamiento dental], podrían utilizar las manos o hacer daño de otras maneras. Podrían usar las manos o golpear a la persona que está trabajando. (Madre 2, 27 años)

...así que sí, creo que es una muy buena opción para evitar que [los niños] se hagan daño e incluso para evitar que hagan daño al médico dando patadas. (Padre 3, 46 años)

Necesidad de utilizar la estabilización protectora

Los padres reconocieron que esta técnica es necesaria para los niños con falta de capacidad para cumplir durante los tratamientos dentales. Expresaron que el uso de la estabilización protectora era importante para evitar daños tanto a los niños como al personal odontológico y que su uso eficaz permitiría completar los tratamientos de forma segura para

ambas partes. Los padres reconocieron que la necesidad de utilizar esta técnica se basa en las circunstancias y creen que esto debería convertirse en un factor importante a la hora de tomar la decisión de utilizarla.

... la seguridad del niño es lo primero y, esta [estabilización protectora] es otra opción si no están tranquilos; porque bueno, como dicen, hay niños que tienen "un instinto", y si la intervención [tratamiento dental] es necesaria, debemos seguir adelante y utilizarla porque también me preocupa su salud. (Madre 6, 35 años)

...también llega un momento en que [los niños] no aceptan voluntariamente el tratamiento y es entonces cuando se debe utilizar esta técnica. Da la oportunidad de realizar el tratamiento con seguridad. (Padre 3, 46 años)

Respuesta afectiva (hacia su hijo) con el uso de la estabilización protectora

Preocupación, desesperación y miedo fueron expresados por los participantes como respuesta tras haber observado el video, comentando específicamente los enfoques de estabilización protectora activa y pasiva.

Me preocupa que ellos [los niños] puedan desarrollar algún tipo de trauma por estar atados, siento que es más impactante que estén "atados". (Madre 7 años)

Tengo miedo porque el niño se mueve [mientras utiliza la estabilización protectora] y no se queda quieto. (Madre 1, Edad 22)

Sentí desesperación al verlos [al niño]

atados, pero sabemos que es por su salud y bienestar. (Padre 4, 57 años)

Percepción de riesgo o daño para el niño al utilizar la estabilización protectora

Los padres mencionaron que, debido a la aparente fuerza que el proveedor o el equipo odontológico podrían aplicar al utilizar la estabilización protectora, el niño podría sufrir daños físicos. Además, se dio a entender que, debido a su temprana edad, los niños pequeños podrían no experimentar daños emocionales porque rara vez tienen recuerdos de experiencias pasadas durante esa etapa de la vida.

Percibo que se produce un daño físico porque imagino que los agarran [al niño] con fuerza y causan un daño psicológico porque atan al niño como si fuera un animal pequeño, dejando al niño nervioso cuando salen [de la cita]. (Madre, 22 años)

No creo que les afecte mucho psicológicamente, si son niños pequeños lo olvidan; cuando llegan a casa, ya lo han olvidado. (Padre 4, 57 años)

Beneficios del uso de la estabilización protectora

Los padres percibieron que uno de los principales beneficios de utilizar la estabilización protectora es que evita que los niños y el personal odontológico sufran daños y permite que los tratamientos odontológicos se completen de manera "más rápida". A lo largo de las conversaciones, se comprendió que los beneficios de utilizar la estabilización protectora superan los riesgos potenciales

que podrían surgir si no se utilizara la técnica.

Evita que se hagan daño... hace el trabajo más rápido. (Madre 8, 45 años)

...Si sienten que se les va a hacer algo [a los niños], instintivamente, quieren levantar la mano y golpearles [al dentista] en la cara o golpearles en la mano, para devolverles el daño. Hay niños a los que no les gusta estar quietos, que les presionen físicamente o que les paralicen totalmente. (Padre 5, 39 años)

Aceptabilidad del uso de la Estabilización Protectora

Por último, en cuanto a la aceptabilidad de la técnica, algunos participantes prefirieron la estabilización protectora activa, mientras que otros la pasiva.

Los que prefirieron la estabilización protectora activa mencionaron que, al formar parte de la aplicación de la técnica, tienen la oportunidad de proporcionar apoyo al niño en forma de consuelo y confianza, observar la forma en que se lleva a cabo el tratamiento y sentir que están haciendo un bien al niño.

Me sentiría tranquila si participara y viera lo que le están haciendo... le da más confianza al niño si participo durante él [el tratamiento]. (Madre 3, 29 años)

Si ayudamos, nos sentiríamos mejor porque podríamos sentir que estamos ayudando a que el trabajo se haga bien. (Padre 2, 29 años)

Es mejor con el ayudante, el ayudante sujetá al niño, pero le habla y le da

confianza, es diferente si te sujet a una persona en comparación con un aparato. (Madre 4, 23 años).

Los que preferían la estabilización pasiva mencionaron que lo hacían porque consideran que los profesionales están formados y que pueden transmitir confianza al paciente utilizando la técnica de forma adecuada, mientras que los padres no lo harían. Otros padres preferían este enfoque porque no querían causar daño psicológico al niño, ya que son su figura de apego y seguridad.

...Pero si pienso en el riesgo, prefiero que los aten porque si uno de los padres los agarra, podrían soltarse fácilmente y hacerse daño. (Madre 7 años, 41 años)

Prefiero que utilicen el dispositivo, imagínate el trauma, el dolor y todo eso. (Madre 1, 27 años).

Discusión

Este estudio pone de relieve las complejidades que subyacen al uso, la percepción y la aceptación de la estabilización protectora. Los hallazgos amplían aún más el conocimiento sobre la percepción de las TGC que sigue siendo sensible en la opinión pública y profesional. No obstante, la estabilización protectora parece aceptarse en función de las circunstancias, como reflejan los resultados de este estudio. El panorama de la aceptación y los enfoques de las diferentes TGC parece estar cambiando, pero para comprender plenamente este fenómeno debemos diversificar y amplificar las voces de los padres de todo el mundo.

En el caso de este estudio (un servicio universitario del sureste de México), el contexto es muy relevante. Los servicios odontológicos de que disponen tanto los pacientes (para acceder a ellos) como los profesionales de la odontología (para utilizarlos) no son los mismos que los descritos en otras publicaciones del norte del mundo o de Europa. Los autores consideran que el contexto del estudio es similar a la realidad de otras regiones de América Latina, así como de países con condiciones socioeconómicas similares. Está documentado que el uso de TGC farmacológicas es cada vez más común en los Estados Unidos de América, así como en países con economías y servicios de salud más desarrollados²². En el contexto de este estudio, el uso de TGC farmacológicas no es habitual, ya que este enfoque suele representar un coste significativo para el paciente, el proveedor y/o el servicio sanitario. Otros estudios similares han indicado que las TGC farmacológicas suelen representar implicaciones legales y/o económicas significativas y, por lo tanto, no son factibles ni la primera opción para los proveedores dentales^{11,12}. Los hallazgos de este estudio sugieren que, aunque los padres reconocieron la técnica de estabilización protectora como importante y necesaria para mantener la seguridad del niño y del proveedor dental (así como para mejorar la calidad de la realización de los tratamientos dentales), algunos padres percibieron la técnica como agresiva y consideraron que su uso podría dañar físicamente o emocionalmente al niño. Estos hallazgos son similares a los de otros estudios cualitativos, ya que se ha informado de que las madres han expresado sentir agonía y compasión y nerviosismo al ver a sus hijos en situaciones vulnerables, así

como sentir culpa o traición hacia el niño por tener que utilizar la técnica^{12,23}. No es deseable que los padres se vayan con estos sentimientos, y se debe hacer más para que los padres sean conscientes de lo que implicará el uso de la estabilización protectora antes del tratamiento de su hijo. Además, se identificó que los padres tienen ideas contradictorias sobre el uso de la estabilización activa o pasiva, y por lo tanto las preferencias deben ser identificadas y establecidas antes de implementar la técnica.

Un hallazgo interesante en el ámbito de este estudio es el relacionado con las diferencias que existen entre la edad de los padres y la aceptación de la técnica. Los padres que tenían 30 años o más parecían tener una percepción más positiva sobre la comprensión de la necesidad del uso de la estabilización protectora. Estos hallazgos se alinean con estudios similares y esta tendencia ha sido explicada por las diferencias en la educación de los padres que pueden existir entre diferentes generaciones^{13,24}.

Este estudio destaca la importancia de tener en cuenta las posibles diferencias culturales entre las poblaciones que tratamos. Se ha sugerido que los niños se convierten en miembros de la cultura a través de la interacción con sus padres, mientras que el desarrollo social depende de su entorno²⁵. Esto es relevante en las actuales sociedades multiculturales modernas, ya que necesitamos comprender mejor los contextos de nuestras prácticas odontológicas, así como desarrollar adecuadamente la competencia cultural^{26,27}. Se ha sugerido

que, en odontopediatría, respetar los valores culturales, comprender el impacto de las creencias y prácticas y establecer una comunicación adecuada son factores clave para el comportamiento del paciente y el cumplimiento familiar². Debemos estar atentos a las diferencias en las preferencias de TGC en nuestras consultas, ya que las familias pueden estar inmigrando de zonas en las que no se ofrecen de forma rutinaria TGC no farmacológicos y pueden estar más inclinadas a utilizar una técnica con la que están familiarizados o pueden necesitar más información para tomar una decisión totalmente consentida sobre cómo quieren que se trate a su hijo²⁸.

Este estudio tiene la limitación de que la única estratificación entre los participantes fueron las diferencias de edad. Si se tuvieran en cuenta otros factores, como el nivel educativo, la experiencia odontológica de los padres y el nivel socioeconómico, se podría enriquecer la información y obtener una visión más profunda. Además, el estudio de las características generacionales de los padres (es decir, "padres de la generación Boomer" frente a "padres de la generación Millennial") podría esbozar otras diferencias. Otra limitación es el hecho de que el vídeo presentado ejemplificaba un escenario en el que la técnica de estabilización protectora se aplicaba en "condiciones ideales", y no se mostraban otras técnicas (por ejemplo, farmacológicas).

Finalmente, los autores reconocen que México es un país diverso, y estos resultados no pueden representar a la

totalidad de la población (o poblaciones más allá). Los autores teorizan que se encontraría diversidad en los resultados si el estudio se replicara más allá del área regional específica muestreada, así como en contextos transnacionales; por ello, hacen un llamado a que se realicen más investigaciones de esta naturaleza para entender mejor este tema.

La elección de utilizar la estabilización protectora debe estar bien justificada y, debido a la naturaleza de la técnica, es necesario comprender la percepción de los padres para que tanto ellos como el niño se sientan seguros de su uso. El estudio de esta técnica desde un contexto cultural específico, como fue el caso de este estudio, ayudará a la comunidad odontopediátrica a aplicar mejor estos resultados en contextos similares al actual.

Conclusiones

En la población estudiada, la percepción de estabilización protectora es aún compleja entre los padres, pero es generalmente aceptada como una forma de tratar a los niños cuando está indicada y se considera necesaria. Los padres desean evitar la percepción del daño físico y psicológico que la estabilización protectora podría tener en sus hijos, por lo que la comprensión, la empatía y el respeto deben acompañar a este abordaje cuando se utiliza. Este estudio ilustra los puntos de vista de los padres sobre un tema relevante en odontopediatría en una población

generalmente poco informada y podría servir de paralelo para la comparación en otros contextos similares.

Financiación

No se recibió financiación para este proyecto.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener Conflictos de Intereses.

Abreviaturas

TGC/TGC: Técnica(s) de Guia Conductual.

COREQ: *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Criterios consolidados para la presentación de informes de investigación cualitativa)

FOUPI: Unidad de Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Yucatán.

Agradecimientos:

Los autores agradecen a la Universidad Autónoma de Yucatán por facilitar las instalaciones donde se realizó este estudio así como a los participantes que formaron parte del mismo.

Referencias

1. Strange DM. The evolution of behavior guidance: a history of professional, practice, corporate and societal influences. *Pediatr Dent* [Internet]. 2014;36(2):128–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717750>
2. Goleman J. Cultural factors affecting behavior guidance and family compliance. *Pediatr Dent* [Internet]. 2014;36(2):121–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717749>
3. Dhar V, Gosnell E, Jayaraman J, Law C, Majstorović M, Marghalani AA, et al. Nonpharmacological Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent* [Internet]. 2023; 15;45(5):385–410. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37904260>
4. Chang CT, Badger GR, Acharya B, Gaw AF, Barratt MS, Chiquet BT. Influence of Ethnicity on Parental Preference for Pediatric Dental Behavioral Management Techniques. *Pediatr Dent* [Internet]. 2018; 15;40(4):265–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30345965>
5. Theriot AL, Gomez L, Chang CT, Badger GR, Herbert AK, Cardenas Vasquez JM, et al. Ethnic and language influence on parents' perception of paediatric behaviour management techniques. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2019;29(3):301–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30618210>
6. AlZoubi L, Schmoekel J, Mustafa Ali M, Slieth CH. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in paediatric dentistry in families with different cultural background. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2021; 1;22(4):707–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33768499>
7. Townsend JA, Peng J, McDaniel JC, Casamassimo PS. Acceptability of medical immobilization: Results from a pilot international survey. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2022; 1;32(5):693–701. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34923688>
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Use of Protective Stabilization for Pediatric Dental Patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry [Internet]. 2024;379–85. Available from: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Protective.pdf
9. Peretz B, Kharouba J, Blumer S. Pattern of parental acceptance of management techniques used in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2013;38(1):27–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24579279>
10. Martinez Mier EA, Walsh CR, Farah CC, Vinson LA, Soto-Rojas AE, Jones JE. Acceptance of Behavior Guidance Techniques Used in Pediatric Dentistry by Parents From Diverse Backgrounds. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2019;58(9):977–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31068000>
11. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2014;15(5):333–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24676547>
12. Ilha MC, Feldens CA, Razera J, Vivian AG, de Rosa Barros Coelho EM, Kramer PF. Protective stabilization in pediatric dentistry: A qualitative study on the perceptions of mothers, psychologists, and pediatric dentists. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2021; 1;31(5):647–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33220112>
13. Wan Mokhtar I, Syazana Mohd Suhaimi A, Suryalis Ahmad M, Hazwani Baharuddin I, Iryani Izzaty Andytan N. The Papoose Boar apoose Board: Parents' Perceptions and Attitudes of of Its Usage in Their Child's Dental Treatment. *Journal of Dentistry Indonesia* [Internet]. 2019;26(3). Available from: <https://scholarhub.ui.ac.id/jdi/vol26/iss3/3/>
14. Patel M, McTigue DJ, Thikkurissy S, Fields HW. Parental Attitudes Toward Advanced Behavior Guidance Techniques Used in Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent* [Internet]. 2016;38(1):30–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26892212>
15. Aarvik RS, Svendsen EJ, Agdal ML. Held still or pressured to receive dental treatment: self-reported histories of children and adolescents treated by non-specialist dentists in Hordaland, Norway. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2022;23(4):609–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35763246>
16. Hill B, Fadavi S, LeHew CW, Rada R. Effect of Caregiver's Race and Ethnicity on Acceptance of Passive Immobilization for Their Child's Dental Treatment. *J Dent Child (Chic)* [Internet]. 2019; 15;86(1):3–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30992095>
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007;19(6):349–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937>
18. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2018;24(1):9–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29199486>

19. Rodriguez A, Smith J. Phenomenology as a healthcare research method. *Evid Based Nurs* [Internet]. 2018;21(4):96–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30201830>
20. Creswell John, Poth Cheryl. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Fourth. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2017. 75–79 p.
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006;3(2):77–101. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
22. Wells MH, McCarthy BA, Tseng CH, Law CS. Usage of Behavior Guidance Techniques Differs by Provider and Practice Characteristics. *Pediatr Dent* [Internet]. 2018;40(3):201–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29793567>
23. Malik P, Ferraz Dos Santos B, Girard F, Hovey R, Bedos C. Physical Constraint in Pediatric Dentistry: The Lived Experience of Parents. *JDR Clin Trans Res* [Internet]. 2022;7(4):371–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34628965>
24. Townsend J, Wells MW, Dormois L. Societal Influences on the Contemporary Family. In: Kupietzky A, editor. *Wright's Behavior Management in Dentistry for Children*. 3rd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2022. p. 57–75.
25. Cauce AM. Parenting, Culture, and Context: Reflections on Excavating Culture. *Appl Dev Sci* [Internet]. 2008;12(4):227–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10888690802388177>
26. Gray B. Culture, cultural competence and the cross-cultural consultation. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2018;54(4):343–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29114955>
27. Selin H, editor. *Parenting Across Cultures* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. (Science Across Cultures: The History of Non-Western Science; vol. 7). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-7503-9>
28. Arellano Lucero A, Arriola-Pacheco Fabio, Pinzon Té AL, Law C, Meyer C, Serrano Piña R. Behaviour Guidance. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2021;31(S2):62–85. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12861>

Recibido 26/02/24

Aceptado 20/05/25

Correspondencia: Fabio Gregorio Arriola Pacheco, correo: f-ariiola@hotmail.com