



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS**

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS  
SOBRE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA NO  
FARMACOLÓGICAS EN ESTUDIANTES DEL INTERNADO  
DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS-2017**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**BACHILLER: ALVAREZ ALFARO, KAREN JOHANA**

**ASESOR: CD. TASAYCO BEZZOLO, VANESSA**

**LIMA - PERÚ**

**2018**

# **TESIS**

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS  
SOBRE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA NO  
FARMACOLÓGICAS EN ESTUDIANTES DEL INTERNADO  
DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS 2017**

**PRESENTADO POR:**

**BACHILLER: ALVAREZ ALFARO, KAREN JOHANA**

**ASESOR: CD. TASAYCO BEZZOLO, VANESSA**

**AREAS DE INTERÉS:**

**ODONTOPEDIATRÍA**

**EJE TEMÁTICO: VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE  
MEDICIÓN**

**LIMA - PERÚ**

**2018**

Dedico este trabajo ante todo a Dios por las bendiciones que me otorga cada día, A mis padres Aida Soledad Alfaro Flores y German Alvarez Mollinedo por el apoyo moral e incondicional que me otorgaron en este proceso de formación universitaria.

Gratitud a mi familia por su apoyo, paciencia y comprensión. A mi asesor CD. Tasayco Bezzolo, Vanessa por sus orientaciones, dedicación y motivación para el desarrollo de esta investigación.

## RESUMEN

La presente investigación titulada validación del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017, tuvo como objetivo determinar la validez del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado.

En este estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal se da a conocer la validación de un cuestionario y el nivel de conocimientos de las técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017.

La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado que fue evaluado por 6 expertos de la especialidad. Con respecto al proceso de validación del cuestionario la obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con el CCI en una muestra de 30 estudiantes, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 80 alumnos con el análisis factorial. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos, con la prueba estadística Alfa de Cronbach; dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.98, una reproducibilidad de 0.89, una validez de constructo donde el resultado menor de 0.43 es para la afirmación con respecto a la técnica de distracción contingente y el más elevado 0,77 en la afirmación con respecto a la técnica de modelamiento, Además obtuvo una varianza total explicada del 60.64% y finalmente la confiabilidad de 0,76.

En conclusión el instrumento es seguro y confiable .Evidenciando una asociación estadísticamente buena de nivel de conocimientos en los estudiantes del internado de la Universidad Alas peruanas – 2017.

Palabras clave: conocimiento, validación, técnicas de manejo de conducta no farmacológicas.

## **ABSTRACT**

The present research entitled validation of the knowledge instrument on non-pharmacological behavior management techniques in students of the Alas Peruanas University 2017 internship, aimed to determine the validity of an instrument to measure knowledge about non-pharmacological behavior management techniques in students of the boarding school.

In this observational, prospective, descriptive and cross-sectional study, it made to know the validation of a questionnaire and the level of knowledge of non-pharmacological behavior management techniques in boarding students of the Alas Peruanas University-2017.

The main technique of data collection was the survey, through a structured questionnaire that was evaluated by 6 experts of the specialty. With respect to the validation process of the questionnaire, the validity of the content was obtained through the Aiken V statistical test, the reproducibility was calculated with the CCI in a sample of 30 students, for the construct validity, the responses of the questionnaire of 80 students with factorial analysis. Finally, the reliability of the results obtained was evaluated with the Cronbach's Alpha statistical test; Within the results it was possible to observe that a content validity of 0.95 was obtained, reproducibility of 0.89, construct validity the result lower than 0.43 in the affirmation with respect to the contingent distraction technique and the highest 0.77 in the affirmation with with respect to the modeling technique, also it obtained a total explained variance of 60.64% and finally the reliability of 0.76.

In conclusion, the instrument is safe and reliable. Evidencing a statistically good association of level of knowledge in the boarding students of Alas Peruanas University - 2017.

Key words: knowledge, validation, non-pharmacological behavior management technique, odonto-pediatric.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	Pág.
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
INTRODUCCIÓN	
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la realidad problemática	15
1.2 Formulación del problema	16
1.3 Objetivos de la investigación	17
1.4 Justificación del estudio	18
1.4.1. Importancia de la investigación	18
1.4.2. Viabilidad de la investigación	19
1.5 Limitaciones del estudio	19
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación	20
2.2 Bases teóricas	26

2.2.1 Instrumento de medición	26
2.2.2 Requisitos de un instrumento de medición	26
2.2.3 La confiabilidad	27
2.2.4 Reproducibilidad	27
2.2.5 Validez	28
2.2.5.1 La validez de contenido	28
2.2.5.2 La validez de criterio	28
2.2.5.3 La validez de constructo	29
2.2.5.4 La validez total	29
2.2.5.5 Indicadores	30
2.2.5.6 Características	30
2.2.6 Fundamentos y características de un instrumento de medida	31
2.2.6.1 Definición del constructo o aspecto a medir	32
2.2.6.2 Propósito de la escala	33
2.2.6.3 Composición de los ítems	34
2.2.6.4 Número	34
2.2.6.5 Contenido	34
2.2.6.6 Definición y ordenación	34
2.2.7 Coeficiente de V. AIKEN	35
2.2.8 Coeficiente de correlación intraclase	36
2.2.9 Análisis factorial	37
2.2.10 Kured-Richarson	37

2.2.11 Alfa de Cronbach	38
2.2.12 Situación odontológica pediátrica	38
2.2.12.1 Conducta	38
2.2.12.2 Teorías del desarrollo de la conducta	38
2.2.12.3 Situación odontológica	40
2.2.12.4 Miedo	38
2.2.12.5 Dolor	39
2.2.12.6 Maltrato infantil	39
2.2.12.7 Estrés	40
2.2.12.8 Ansiedad	40
2.2.13 Escala de clasificación de conducta	43
2.2.14 Manejo de conducta	44
2.2.14.1 Técnicas de manejo de conducta	44
2.3 Definición de términos básicos	48
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 Formulación de la hipótesis	49
3.2 Variables	49
3.3 Operacionalización de variables	50
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Diseño metodológico	51
4.2 Diseño muestral	51
4.3 Técnicas de recolección de datos	52

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	55
4.5 Aspectos éticos	55
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos.	56
5.2 Comprobación de hipótesis.	71
5.3 Discusión.	71
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
FUENTES DE INFORMACIÓN	76

Anexo 1: Carta de presentación

Anexo 2: Constancia de desarrollo

Anexo 3: Juicio de experto

Anexo 4: Consentimiento informado

Anexo 5: Ficha de recolección de datos

Anexo 6: Matriz de consistencia

Anexo 7: Tabla de valoraciones

Anexo 8: Fotografías

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1:</b> Validez de contenido	56
<b>Tabla 2:</b> Validez de constructo	57
<b>Tabla 3:</b> Confiabilidad	58
<b>Tabla 4:</b> Reproducibilidad	58
<b>Tabla 5:</b> Rango y nivel de confiabilidad	59
<b>Tabla 6:</b> Distribución de la frecuencia y porcentaje según el género	60
<b>Tabla 7:</b> Distribución de la frecuencia y porcentaje de conocimientos	61
<b>Tabla 8:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de decir-mostrar-hacer	62
<b>Tabla 9:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de refuerzo positivo	63
<b>Tabla 10:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de distracción contingente	64
<b>Tabla 11:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de tiempo fuera	65
<b>Tabla 12:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de modelamiento.	66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 1:</b> Distribución del porcentaje del género de los estudiantes	60
<b>Gráfico 2:</b> Distribución de la frecuencia del género de los estudiantes	61
<b>Gráfico 3:</b> Distribución de la frecuencia y porcentaje sobre el nivel de Conocimiento	62
<b>Gráfico 4:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de decir-mostrar-hacer	63
<b>Gráfico 5:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de refuerzo positivo	64
<b>Gráfico 6:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de distracción contingente	65
<b>Gráfico 7:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de tiempo fuera	66
<b>Gráfico 8:</b> Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de modelamiento.	67

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia hasta la actualidad, la visita a la clínica dental para cualquier tipo de paciente, siempre genera ansiedad y temor, con más frecuencia en pacientes pediátricos, los cuales afectan la conducta dentro del consultorio, por ende es de suma importancia los conocimientos sobre las técnicas de manejo de conducta.

Las técnicas de manejo de conducta que emplee el odontólogo juegan un papel muy importante.

El manejo de la conducta del paciente pediátrico en el consultorio requiere de una interacción adecuada de cada uno de los participantes, el conocimiento del papel que cada uno de los elementos ejecuta en la dinámica del consultorio dental ayudará a mejorar la calidad de atención odontológica.

Al atender un paciente pediátrico se necesita conocer las técnicas de manejo de conducta adecuadas, que aplicaremos de manera aislada o simultánea. Conociendo las adecuadas técnicas de modificación conductual, reforzando los comportamientos positivos y disminuyendo los factores que crean distracción y ansiedad, podremos llevar a cabo una dinámica agradable.

Es por eso que el conocimiento de técnicas de manejo de conducta que posean los estudiantes del internado de la escuela de odontología de la Universidad Alas Peruanas es de alta relevancia, permitiendo un buen desempeño clínico y una adecuada formación.

Dentro de esta problemática se inserta el propósito de esta investigación, la que tiene como objetivo determinar la validez del instrumento para medir los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

El manejo de conducta pediátrica es un componente integral de la práctica dental fundamentalmente para el éxito de los tratamientos.<sup>1</sup> Históricamente, la investigación sobre el manejo del comportamiento fue escasa y los informes de la literatura sobre todo se han basado en opiniones de expertos y casos clínicos. Los enfoques en el manejo de conducta han cambiado considerablemente durante la segunda mitad del siglo XX.<sup>2</sup>

Sin embargo diferentes autores han desarrollado y evaluado científicamente nuevos métodos, diagnósticos y técnicas, con el objetivo de establecer parámetros de tratamiento basados en la evidencia. Los métodos para controlar el comportamiento se centran en evitar comportamientos inadecuados y en desarrollar una actitud positiva.<sup>3</sup>

Los estomatólogos deben manejar diferentes tipos de técnicas básicas, según las diferentes actitudes que presente el niño, de esta manera el profesional será capaz de seleccionar aquellas que se adapten mejor a las características del paciente pediátrico.<sup>4</sup>

El empleo de las técnicas de manejo de conducta juegan un rol importante, es imprescindible que el odontólogo este consciente y tenga las habilidades prácticas. Investigadores como Asma M. y colaboradores, realizaron un estudio donde los estudiantes de odontología recibieron capacitación teórica y clínica en técnica pediátrica. Además el impacto que podían tener en sus percepciones y la práctica clínica reportaron que generalmente, los estudiantes de odontología calificaron las técnicas de manejo de conducta más básicas, como el refuerzo positivo, desensibilización y las técnicas comunicativas como aceptables. Los estudiantes mejoraron su nivel de aceptación y tuvieron una influencia considerable en sus percepciones orientadas a las técnicas de conducta odontológica.<sup>5</sup>

Otras Investigaciones en base a los conocimientos de técnica de conducta, demostraron que los odontólogos graduados y no graduados eran conscientes de las técnicas de manejo de conducta, aunque pocos tenían las habilidades adecuadas para aplicar las técnicas. Finalmente recomendaron que la educación continua sea necesaria para proveer odontólogos con habilidades .<sup>6</sup>

En la actualidad el manejo de conducta, es un reto para todo estudiante de estomatología, existen investigaciones donde evalúan la percepción de los estudiantes referente a las técnicas de manejo de conducta; donde los instrumentos son cuestionarios con respuestas dicotómicas y en una escala de Likert o escalas visuales analógicas, las cuales habían sido validadas. Además donde los creadores solo afirman que son cuestionarios que han pasado por un proceso experimental, por ende existen cuestionarios validados y enfocados en este tema; pero cabe destacar que ninguno de ellos evalúa el nivel de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta, no están correctamente elaborados y se muestran algunos errores por lo cual pueden ser mejorados.

Finalmente considerando nuestra realidad universitaria, los estudiantes, muestran tener poco conocimiento teórico sobre técnicas de manejo de conducta desencadenando dificultades para aplicar los conocimientos, tratamientos inconclusos y retraso en el record académico de la clínica. Por ello considero el siguiente problema de investigación <sup>7</sup>.

## **1.2 Formulación del problema**

### 1.2.1 Problema principal

¿El instrumento será adecuado para medir los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017?

### 1.2.2 Problema secundario

- ¿El instrumento tendrá la validez de contenido adecuado para medir los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017?

- ¿El instrumento tendrá la reproducibilidad adecuada para medir los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017?
- ¿El instrumento tendrá la validez de constructo adecuado para medir los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017?
- ¿El instrumento tendrá la confiabilidad adecuada para medir los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

Determinar la validez del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

#### **1.3.1 Objetivos específicos**

- Determinar la validez de contenido del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.
- Determinar La reproducibilidad del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.
- Determinar la Validez de constructo del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.
- Determinar La confiabilidad del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

## **1.4 Justificación del estudio**

El manejo de pacientes pediátricos continuamente ha representado un desafío, ya que es uno de los factores que influyen en los retrasos del cumplimiento de los requisitos clínicos.

Es imprescindible validar un instrumento y obtener información sobre conocimientos de técnicas de manejo de conducta no farmacológicas; para planificar y evaluar el contenido teórico que se imparte previa a la práctica clínica.

Si no se hubiera realizado este estudio no se conseguiría definir con eficacia y eficiencia los cambios teóricos necesarios en el desarrollo del pregrado de la escuela de estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

### **1.4.1 importancia de la investigación**

Generalmente la percepción de los universitarios de odontología con respecto al manejo de las técnicas de conducta en relación con los tratamientos de pacientes pediátricos es uno de los factores que influye en el retraso del cumplimiento de los requisitos clínicos.<sup>3</sup>

Por esta razón es importante evaluar de cuales técnicas de manejo de conducta poseen conocimientos los estudiantes. Las técnicas a evaluar deben incluir las diferentes técnicas de conducta aplicables, actualmente en el centro de estudio universitario de estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Así esta información será de gran aporte en la planificación y evaluación del contenido teórico que se imparte previo a la práctica clínica.<sup>1</sup>

En efecto los resultados de este estudio, permitirán conocer el nivel de conocimientos adquiridos sobre las técnicas de manejo de conducta, que será de utilidad para la institución , docentes y alumnos de pregrado, con el objetivo de reforzar habilidades académicas y tener en cuenta la gran importancia que tiene la atención odontológica pediátrica. Además ser eficientes con los tratamientos dentales y finalmente poder atender las necesidades en el campo de la odontopediatría.

Entonces cabe destacar la importancia de validar este instrumento que determinará el nivel de conocimiento sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017 cuyos resultados proveerán a los docentes que tomen más en cuenta las técnicas de manejo de conducta en las evaluaciones impartidas en los cursos de pregrado de la especialidad de odontopediatría.

Aun cuando la consulta odontopediátrica puede llevarse a cabo con éxito, incluso con poco conocimiento sobre dichas técnicas, es de suma importancia que los estudiantes estén capacitados o tengan un adecuado nivel de conocimiento para aplicarlas correctamente.

#### 1.4.2 Viabilidad de la investigación

El siguiente trabajo cuenta con potencial humano y recursos materiales con el apoyo de un asesor en la elaboración del proyecto de tesis, además contará con acceso a las instalaciones de la Universidad Alas Peruanas y la colaboración de los docentes de la especialidad.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

Como limitante del estudio destaca el acceso a los estudiantes, debido a la posible no participación de algunos estudiantes que por diversas razones, no estuvieran presentes el día en que se realice la encuesta.

También se considera el hecho de que algunos estudiantes a veces no proponen mucho énfasis en el llenado de encuestas, muchas veces colocando datos inexactos.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### Antecedentes internacionales

**De La Cruz J. (2017)** Lima: realizó un estudio de técnicas de manejo de conducta en las diferentes etapas. El estudio fue descriptivo y transversal, se realizó una revisión bibliográfica donde se toma en cuenta tanto el perfil psicológicos del niño en la diferentes edades, en donde el comportamiento humano se estudia desde el ámbito psicológico para así poder comprender como es el comportamiento, las características generales de los niños, de cómo es su comportamiento en el consultorio dental, cuales son los variables y factores en el entorno del niño que determinan su conducta en el consultorio dental; para poder saber cómo llegar y tener un buen manejo del niño utilizando diferentes técnicas de manejo de conducta no farmacológicos y farmacológicos, desafortunadamente los niños actualmente todavía asisten al consultorio dental por motivos de dolor de dientes intensos y con necesidad de tratamientos extensos. El estudio concluye en que el odontólogo que atiende al niño con problemas de conducta, debería conocer los protocolos de técnicas de manejo de conducta existentes, para luego evitar situaciones de rechazo en el futuro. Además, sostiene que el buen manejo de conducta de los niños reduciría la necesidad de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general. Debemos tener objetivos de salud oral más concientizada tanto por el odontólogo para luego instruirlo a los padres y educarlos adecuadamente sobre la importancia de la prevención a nivel oral, incentivando la necesidad de revisiones periódicas dentales que controlen el riesgo de enfermedad oral en el niño.<sup>1</sup>

**Collaguazo E. (2017)** Ecuador: realizó un estudio de manejo odontológico de pacientes pediátricos que acuden a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, antes y después de una capacitación en estudiantes de 8vo y 9no semestre. El estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes de octavo y noveno semestre frente al manejo odontológico del paciente pediátrico. Los resultados de la

investigación reportaron que el 39,2% de estudiantes conocen todas las técnicas de manejo odontológico del paciente pediátrico, el 88,3% de los alumnos se sienten capacitados o medianamente capacitados para atender, el 84,2% piensan que es complicado atender a pacientes pediátrico, el 65,8% de estudiantes sabe que técnica utilizar cuando el niño acude a la cita dental con miedo o ansiedad, el 93,3% piensa que se debe reforzar los temas vistos en Odontopediatría sobre el manejo del paciente pediátrico en el pre clínico. EL estudio concluyo que el manejo odontológico del paciente pediátrico está al alcance de todo profesional odontológico que tenga el conocimiento sobre las técnicas de manejo de conducta a utilizar en cada paciente, con esto se busca mejorar la comunicación con padres y pacientes y a su vez mejorar la calidad de atención.<sup>2</sup>

**Sánchez S. et al. (2016)** España: realizaron el diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento sobre trastornos del comportamiento alimenticio en estudiantes universitarios. El estudio fue observacional, descriptivo y longitudinal. El diseño del instrumento está basado en una revisión conceptual y validación mediante un pretest cognitivo y una prueba piloto test-retest, con análisis de las propiedades psicométricas en cada aplicación. Los participantes fueron 140 estudiantes de ciencias de la salud; participaron 28 en el pretest y 112 en el test-retest, completando el estudio 110 estudiantes. Las mediciones principales fueron validez y estabilidad con los estadísticos de Cronbach y coeficiente de correlación de Pearson; relación de las calificaciones con el sexo y tipo de estudios, con estadísticos no paramétricos prueba U de Mann-Whitney y prueba de Kruskal-Wallis; para las variables demográficas se calcularon las frecuencias absolutas o porcentuales y la desviación estándar o la media como medidas de dispersión o tendencia central. El nivel de significación estadística fue del 95% de confianza. Los resultados que se obtuvieron fue un instrumento de 10 preguntas distribuidas en cuatro dimensiones: clasificación, características demográficas de los participantes, factores de riesgo y manifestaciones clínicas de los trastornos del comportamiento alimentario. La escala mostró una buena consistencia interna en su versión final de (Cronbach = 0,724) y una adecuada estabilidad (correlación de Pearson 0,749). Concluyeron que el instrumento diseñado permite evaluar con garantía.<sup>3</sup>

**Hassan M. et al. (2015)** Tanzania: realizaron un estudio descriptivo-transversal donde investigó: “conocimiento, el uso y los factores de los prestadores de servicios de salud bucal para la elección de técnicas de manejo del comportamiento cuando asisten a pacientes dentales pediátricos”. Un total de 74 odontólogos fueron investigados. La recolección de datos se realizó mediante una entrevista a través de un cuestionario que fue probado experimentalmente antes de que comenzara el estudio real en la cual no se menciona que métodos se utilizó para su validación. Incluía preguntas sobre los participantes, características sociodemográficas, nivel de formación, año de graduación, experiencia laboral, conocimiento o información sobre diversos BMT, habilidades auto reportadas y su aplicación. Los resultados de la investigación reportan que 49 (66,2%) eran varones y 44% eran graduados. Con respecto al conocimiento sobre las técnicas de manejo del comportamiento la mayoría de los participantes conocían las técnicas de manejo del comportamiento en un intervalo 10 a 11. Todos los participantes conocían la técnica Decir-Mostrar-hacer, mientras que unos 22 (29,7%) conocían la técnica mano sobre la boca. Por ultimo cabe destacar que un 62 % reportan haber recibido un entrenamiento formal sobre técnicas de manejo del comportamiento. Además un 90 % reportan tener habilidades inadecuadas con referente a las técnicas de manejo del comportamiento. Este estudio concluyó que la mayoría de los participantes conocían los BMT (técnicas de manejo del comportamiento), aunque pocos reconocían tener las habilidades adecuadas para aplicar las técnicas. El uso y La Indicación de las técnicas de manejo de comportamiento durante el tratamiento de pacientes dentales pediátricos se ven influidas principalmente por la condición de los niños.<sup>4</sup>

**Loreto N. et al. (2015)** Chile: realizaron la Adaptación y validación al español del cuestionario infantil CPQ-Esp11-14 en población chilena. El estudio fue descriptivo transversal, el objetivo de este trabajo fue adaptar y validar el CPQ11-14 al español y confirmar los cuatro dominios de CPQ-Esp11-14 en su versión completa y abreviada de 16 y 8 ítems. Métodos. El instrumento fue traducido y adaptado al español, posteriormente fue administrado a 288 jóvenes de 12 años que asisten a escuelas públicas. Se realizó un examen bucodental para medir historia de caries con el índice CAOD. Se evaluó la estructura conceptual de las

escalas con el análisis factorial y se evaluó la consistencia interna con Alpha de Crombach, estabilidad temporal test-retest con Coeficiente de correlación intraclase y la validez concurrente con la correlación del puntaje del CPQ-Esp11-14 con la historia de caries. Resultados: Las cinco medidas usadas para confirmar la estructura de los factores de la versión de 37 ítems mostraron valores fuera del rango de ajuste del modelo. La versión de 16 y 8 ítems presentó los indicadores dentro de valores que indican ajuste del modelo. La consistencia interna de la escala completa y versiones de 16 y 8 ítems medida con Alpha de Crombach fue mayor a 0,6. Todas las versiones tuvieron coeficiente de correlación intraclase superior a 0,81, excepto en subescala limitaciones funcionales de la versión a de 16 ítems. La correlación Rho de Spearman fue significativa entre CAOD y puntaje del cuestionario, excepto para síntomas orales de la versión total y la versión a y b de la escala de 16 ítems. Conclusiones: la estructura hipotética de los factores fue confirmada por el AFC para las versiones de 16 y 8 ítems. La información que contiene los ítems de las versiones abreviadas permite medir la calidad de vida relativa a la salud en niños chilenos.<sup>5</sup>

**Merida R. et al. (2015)** Argentina: realizaron el diseño y validación de un cuestionario para evaluación de la autoestima en la infancia, este estudio tuvo como objetivo diseñar y analizar la validez de contenido y comprensión de un instrumento para evaluar la autoestima infantil en niños y niñas de tres a siete años de edad. La validación de contenido se ha llevado a cabo a través del acuerdo y consenso de nueve expertos mediante la técnica Delphi y la validez de comprensión determinada por la aplicación del cuestionario a una muestra de 241 escolares de entre tres y siete años de edad. Los datos iniciales recogidos a través de la técnica Delphi aportaron algunas modificaciones realizadas por los jueces expertos. Se depuró el cuestionario en 18 ítems que mostraron ajustes adecuados tanto de validez de comprensión como de contenido. El análisis factorial confirmatorio realizado mostró cuatro dimensiones en la autoestima infantil: corporal, académica, socio-afectiva y familiar.<sup>6</sup>

**Anil G. et al. (2014)** India: realizaron un estudio de manejo del comportamiento en relación a la ansiedad dental en niños, el estudio fue descriptivo cuyo propósito es

dar a conocer la importancia del manejo de comportamiento en relación a la ansiedad dental en niños. En la cuales influyen distintos factores. Donde el estudio concluye en que el uso exitoso de la gestión de técnicas del comportamiento le permiten al niño aceptar el tratamiento dental, participar activamente en su largo plazo salud dental, y evitar la necesidad de un tratamiento de emergencia bajo anestesia general. Por lo tanto, la gestión del comportamiento es una habilidad esencial que debe ser adquirida por todos los miembros del equipo dental que trata a los niños. Exitosamente Manejar niños ansiosos puede ser un desafío pero una experiencia gratificante para todos los involucrados.<sup>7</sup>

**Aravena C. et al. (2014)** Chile: realizaron la validez y confiabilidad en investigación odontológica. El estudio tuvo como objetivo hacer una revisión bibliográfica y presentar los conceptos de validez y confiabilidad de instrumentos de medición aplicados en Odontología. Se expone la definición en salud de variables directas e indirectas, la importancia del uso de instrumentos psicométricos, la definición de Validez y Confiabilidad de un instrumento y sus distintas clasificaciones (validez de contenido, de criterio y de constructo; confiabilidad del instrumento y del observador). Además, se presenta algunos ejemplos del proceso de validación de instrumentos, su metodología y forma de análisis de los resultados. De esta forma, presentamos los tópicos necesarios para comprender el proceso de medición usado en nuestro quehacer clínico o en investigación odontológica, con el fin de identificar los instrumentos adecuados (válidos y confiables) para nuestras necesidades.<sup>8</sup>

**Lima LSE (2013)** Guatemala: realizó un estudio de conocimientos de los estudiantes de cuarto y quinto año de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala sobre técnicas de manejo de conducta de pacientes pediátricos. El estudio fue descriptivo transversal teniendo como finalidad determinar el conocimiento de los estudiantes de cuarto y quinto año de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala sobre las técnicas de manejo de conducta de pacientes pediátricos, para lo cual se seleccionó una muestra de 204 estudiantes. Cuyo objetivo de la investigación es conocer las técnicas de manejo de conducta más conocidas y menos conocidas,

la técnica más aplicada con frecuencia, las técnicas mejor comprendidas y las técnicas más eficientes. se confeccionó un cuestionario para la recolección de datos el cual no menciona los métodos que utilizó para su validación, Los resultados establecieron que la técnica Decir-mostrar –hacer 98%, instrucciones verbales 97% y control de voz 94%. Se concluyó que aunque los estudiantes conozcan más de 4 técnicas de manejo de la conducta únicamente ponen en práctica tres técnicas. Se sabe que cada niño tiene personalidad distinta y a veces alguna técnica puede ser efectiva en cierto niño pero no lo puede ser para otro por eso es necesario no solo conocer las técnicas de manejo de conducta en pacientes pediátricos sino saber cuándo y cómo aplicarlas.<sup>9</sup>

**Lopera M et al. (2012)** Colombia: realizaron un estudio de manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. El objetivo de esta investigación fue conocer las técnicas de manejo más utilizadas por los estudiantes para el abordaje del paciente pediátrico en la consulta odontológica. El estudio es descriptivo, transversal en 211 estudiantes de las clínicas de Odontopediatría, semestres séptimo a décimo, en la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín, con una muestra representativa de 137 estudiantes, quienes contestaron una encuesta voluntaria y confidencial. Los resultados reportan que el 57% de los estudiantes expresaron que el motivo de consulta no influye en el comportamiento del niño y lo explican por otros factores como miedo y ansiedad o la relación del niño con el entorno familiar. Refieren que el tipo de conducta más frecuente del paciente al momento de la consulta es positivo y totalmente positivo en 70%. La técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer en 78,1%, seguida de refuerzo positivo en 45,3%, y la menos utilizada fue la técnica mano sobre boca en 58,4%. El 91,9% de los estudiantes considera muy fácil y fácil la utilidad de la técnica de manejo decir-mostrar-hacer, y el 80,3% de los estudiantes cree que el acompañamiento del docente influye en el comportamiento del niño. El estudio concluye que los estudiantes se sienten satisfechos respecto al conocimiento y práctica de las técnicas de manejo del paciente pediátrico, y seguros en la atención clínica del niño; valoran su experiencia como buena.<sup>10</sup>

**Cardoso R. et al. (2010)** España: realizaron un estudio de metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación, el estudio fue descriptivo donde se revisó la metodología para la realización de la traducción y adaptación de instrumentos de medida de un idioma y su cultura a otro, y la comprobación de sus propiedades psicométricas de un test. La investigación dio como resultado que la verificación de la validez y de la fiabilidad son aspectos primordiales e importantes para que un instrumento se considere bien adaptado. Además consideraron que para verificar los instrumentos de medida elaborados o adaptados y que son o no aptos para ser utilizados en un estudio se debe considerar el parámetro de la comunidad científica, que ha desarrollado algunos indicadores que son de extrema utilidad los cuales son la fiabilidad y la validez de medida. Por otro lado encontraron importante tener en cuenta que existen algunos factores que son capaces de afectar la precisión de un test y en consecuencia alterar su fiabilidad. Dentro de esos factores tenemos que la fiabilidad es mayor cuando existe: una mayor variabilidad de la muestra, un mayor número de ítems, un mayor tiempo para realizar el examen, una menor amplitud de la dificultad de los ítems, mayor homogeneidad del contenido del test, mayor experiencia con el formato del test, mayor motivación, y menos preguntas de contenido emocional. Finalmente concluyeron que La verificación de las propiedades métricas del instrumento como son la fiabilidad mediante el cálculo del alfa de Crombach y el acumulo de evidencias de validez de contenido, interna y externa, culmina con la obtención de una herramienta perfectamente aplicable en un contexto diferente al de origen.<sup>11</sup>

**Castrejón P. et al. (2010)** México: realizaron un estudio de validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos, cuyos objetivos fueron: Traducir, adaptar culturalmente y validar una nueva versión en español del instrumento denominado perfil de impacto de la salud bucal (OHIP) en adultos mayores. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad y si vive solo), clínicas (número de dientes presentes, caries coronal y radicular, higiene de la dentadura, y uso de prótesis removible y dentadura total) y de autopercepción (necesidad de tratamiento dental y de salud general). Como valor del OHIP-Mx-49

se tomó la suma de las puntuaciones alcanzadas en sus siete dimensiones: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad. Se evaluó la consistencia interna (coeficientes alfa de Cronbach), la repetibilidad (coeficiente de correlación intraclase) y la validez convergente y discriminativa (pruebas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis). Resultados. De las 131 personas entrevistadas (edad promedio:  $73,8 \pm 8,3$  años), 77,9% eran mujeres. Se obtuvieron valores elevados de consistencia interna, tanto del OHIP-Mx-49 (0,96) como de las dimensiones (0,79–0,86), y de repetibilidad en el instrumento (0,877) y todas las dimensiones, excepto inhabilidad social (0,176). En Conclusión, El OHIP-Mx-49 es un instrumento confiable y válido que puede aplicarse en adultos mayores mexicanos.<sup>12</sup>

**Soto RM. et al. (2005)** Venezuela: realizaron un estudio bibliográfico sobre manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica. El objetivo de la revisión bibliográfica fue describir algunas de las más conocidas y eficaces técnicas que se utilizan en el manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica; enfocando y resaltando la importancia de que el odontopediatra este apto para enfrentar y resolver los diferentes cuadros emocionales del paciente en sus diferentes etapas del desarrollo. El estudio concluye que el manejo de las emociones en el niño en la consulta odontológica, significa lograr mantener la colaboración de este durante el tratamiento, por medio de procesos de enseñanza y aprendizaje, promoviendo así en el niño una actividad positiva hacia la consulta, Además la selección de la técnica que utilice el odontólogo va a influir notoriamente en el estado emocional del niño, también refiere que no existe una técnica determinada para manejar las emociones en el niño, ya que no existen situaciones específicas que pudieran presentarse entre un paciente y otro, ya que son muchas las variables, Por último es necesario evaluar y adaptar al paciente pediátrico, mediante la aplicación de diversas técnicas, manejando las emociones a través del abordaje psicológico, por medio de un conocimiento y entrenamiento de la evolución sociológica y emocional del niño, para poder crear cambios en su comportamiento, recordando que este tipo de paciente es un

receptor emocional al que siempre se le debe hablar, independientemente de la edad, adecuando el lenguaje y el tono de voz a su estado emocional.<sup>13</sup>

Antecedentes nacionales.

**Cupe A. et al. (2015)** lima: realizaron un estudio de conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. El estudio fue observacional, prospectivo, descriptivo y transversal teniendo como objetivo de investigación “validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbanas marginales de la provincia de Lima en el año 2012. La recolección de datos fue a través de un cuestionario estructurado. El estudio menciona como resultado que se obtuvo la validez de contenido por medio de la prueba estadística de coeficiente de validación V de Aiken, se calculó con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia el aspecto de reproductibilidad, también se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial para la validez de constructo. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos mediante la prueba estadística Alfa de Cronbach. Los investigadores concluyeron que el instrumento es seguro y confiable.<sup>14</sup>

## 2.2 Bases teóricas

### 2.2.1 instrumento de medición

Se define como un proceso por el cual vincula conceptos abstractos con indicadores empíricos, el cual se debe realizar mediante un plan explícito y organizado para clasificar (y con frecuencia cuantificar) los datos disponibles (los indicadores), en términos del concepto que el investigador tiene en mente. El instrumento de medición o de recolección de datos en este proceso tiene un papel primordial. Sin él, no hay observaciones clasificadas.<sup>25</sup>

Un instrumento de medición adecuado se define como aquel que registra datos observables que representan los conceptos o las variables verdaderamente que el investigador tiene en mente.<sup>25</sup>

### 2.2.2 Requisitos de un instrumento de medición

Existen tres requisitos fundamentales que deben cumplir toda medición o instrumento de recolección de datos, que son la confiabilidad, validez y objetividad.<sup>4</sup>

### 2.2.3 Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición está referido al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales.

Por ejemplo, si se mide con un termómetro la temperatura ambiental y éste indica que hay 22°C, y un minuto más tarde se repite la medición y señala 5°C, tres minutos después nuevamente se repite la medición y éste indica 40°C, el instrumento de medición no sería confiable, porque produce resultados diferentes en su repetidas aplicaciones .<sup>25</sup>

### 2.2.4 Reproducibilidad

Es la capacidad que tiene una prueba o experimento de ser reproducido o replicado por otros, en particular, por la comunidad científica. Es uno de los pilares del método científico.

Muestra hasta qué punto un instrumento de medición proporciona resultados similares cuando se aplica a una misma persona en más de una ocasión, pero en idénticas condiciones.

#### 2.2.5 Validez

La validez, en términos generales, se refiere al grado de que un instrumento debe medir realmente la variable que pretende medir. Por ejemplo, un instrumento con validez para medir la inteligencia debe medir la inteligencia y no la memoria. En todo instrumento de medición debe alcanzarse la validez a pesar de ser compleja. Kerlinger, establece la siguiente pregunta respecto de la validez: ¿está midiendo lo que cree que está midiendo? Si es así, su medida es válida; si no, evidentemente carece de validez.<sup>4</sup>

La validez tiene distintos tipos de evidencia como:

1. Evidencia relacionada con el contenido (validez de contenido)
2. evidencia relacionada con el criterio (validez de criterio)
3. Evidencia relacionada con el constructo (validez de constructo).<sup>25</sup>

##### 2.2.5.1 Validez de contenido

Establece el grado en que un instrumento de medición refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el nivel en el que la medición representa al concepto o variable medida. Como requisito indispensable el instrumento debe tener representados a todos o la mayoría de los componentes del dominio de contenido de las variables que se van a medir.<sup>25</sup>

Está establecido por la literatura (marco teórico y antecedentes) el dominio de contenido de una variable. En indagaciones exploratorias en las que las fuentes previas son escasas, el investigador comienza a adentrarse en el problema de estudio y a proponer cómo puede estar constituido tal dominio. De cualquier manera, en cada investigación uno debe probar que el instrumento utilizado es válido.<sup>25</sup>

Para la validez de contenido, la pregunta es: ¿El instrumento mide adecuadamente las principales dimensiones de la variable en cuestión?

#### 2.2.5.2 Validez de criterio

Se establece al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento. Cuanto más se relacionen los resultados del instrumento de medición con los del criterio, la validez será mayor.

El principio de la validez de criterio es sencillo: si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, deben arrojar resultados similares.<sup>25</sup>

#### 2.2.5.3 Validez de constructo

La validez de constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico.<sup>4</sup>

Un constructo es una variable medida y tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o modelo teórico. Es un atributo que no existe aislado sino en relación con otros y debe ser inferido de la evidencia que tenemos en nuestras manos y que proviene de las puntuaciones del instrumento aplicado.<sup>25</sup>

La validez de constructo incluye tres etapas:

Primera etapa: Sobre la base de la revisión de la literatura, se establece y especifica la relación entre el concepto o variable medida por el instrumento y los demás conceptos incluidos en la teoría, modelo teórico o hipótesis.

Segunda etapa: Se asocian estadísticamente los conceptos y se analizan cuidadosamente las correlaciones.

Tercera etapa: Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que se clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es conveniente llevar a cabo tal validación, a menos que exista un marco teórico que soporte la variable en relación con otras variables.<sup>25</sup>

#### 2.2.5.4 Validez total

La validez total se debe evaluar sobre la base de todos los tipos de evidencia. Mientras un instrumento de medición tenga mayor evidencia de validez de contenido, de validez de criterio y de validez de constructo se aproximará más a representar las variables que pretende medir.<sup>25</sup>

Por ende tenemos que la validez total = validez de contenido + validez de criterio + validez de constructo.

#### 2.2.5.5 Indicadores

Es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que nos permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables.<sup>4</sup>

#### 2.2.5.6 características

Es importante que cumplan estos requisitos y elementos, para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Las características más importantes son:

1. Oportunidad: Deben permitir obtener información en tiempo real, de forma adecuada y oportuna, medir con un grado aceptable de precisión los resultados alcanzados y los desfases con respecto a los objetivos propuestos, que permitan la toma de decisiones para corregir y reorientar la gestión antes de que las consecuencias afecten significativamente los resultados o estos sean irreversibles.

2. Excluyentes: debe evaluar un aspecto específico único de la realidad, una dimensión particular de la gestión.

3. Prácticos: Que se facilite su recolección y procesamiento.

4. Claros: Deben ser comprensibles, tanto para quienes lo desarrollen como para quienes lo estudien o lo tomen como referencia.
5. Explícitos: Deben definir de manera clara las variables con respecto a las cuales se analizará para evitar interpretaciones ambiguas.
6. Sensibles: Deben reflejar el cambio de la variable en el tiempo.
7. Transparente/Verificable: Su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.

#### 2.2.6 Fundamentos y características de un instrumento de medida

La utilización de las escalas de evaluación se basa en la psicofísica y la psicometría. La psicofísica nos aproxima al proceso de cuantificación de la percepción. Así, para trasladar a un sistema numérico fenómenos intangibles, como los síntomas o la discapacidad, se deben establecer analogías. La psicometría nos permite estudiar la adecuación de la escala al fenómeno objeto de la medición y la calidad de la medida.

El proceso de construcción y validación de un cuestionario/escala de medida es relativamente complejo y requiere el conocimiento teórico claro del aspecto que queremos medir, así como poseer conocimientos estadísticos avanzados y saber manejar programas informáticos para realizar las pruebas estadísticas.

Lo que se pretende es garantizar que al cuestionario que se diseñe se le puedan aplicar los mismos criterios de validez y fiabilidad que exigimos a un esfigmomanómetro. Por tanto, como todo instrumento de medida, ha de reunir las siguientes características:

1. Ser adecuado para el problema de salud que se pretende medir (teóricamente justificable), validez de contenido e intuitivamente razonable.
2. Ser válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que pretenden medir y no otras.
3. Ser fiable, preciso, es decir, con un mínimo de error en la medida.

4. Ser sensible, que sea capaz de medir cambios tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
5. Delimitar claramente sus componentes (dimensiones), de manera que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente (validez de constructo).
6. Estar basado en datos generados por los propios pacientes.
7. Ser aceptado por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.

#### 2.2.6.1 Definición del constructo o aspecto a medir

Antes de proceder a medir algo debemos tener una idea muy clara de lo que queremos medir; a eso se le llama «definir el constructo». Ello puede requerir la realización de una revisión de la bibliografía y la consulta con expertos en la materia. Sean actitudes, conductas o conocimientos, se debe definir en forma clara y precisa el objeto de la medida y, a ser posible, determinar y conocer la teorías que sustentan la definición que se acuerde. Un problema puede definirse desde distintas perspectivas teóricas y, por tanto, pueden proponerse definiciones diferentes de un mismo constructo.

Pensemos, por ejemplo, en la definición de la salud y su evolución; no será lo mismo diseñar un cuestionario de evaluación del estado de salud que defina la salud como la ausencia de enfermedad, que elaborar el cuestionario desde una perspectiva más positiva, de bienestar biopsicosocial. Finalmente, la validez del constructo implicará el grado en que el instrumento de medida refleja las teorías relevantes del fenómeno que mide.

#### 2.2.6.2 Propósito de la escala

Se trata de establecer el contenido del cuestionario, definir la población a la que va dirigida, la forma de administración y el formato del cuestionario. El propósito de la escala va a determinar en gran medida el contenido de sus ítems y algunos aspectos relacionados con su estructura y la logística de la recogida de los datos.

Si nuestro constructo o aspecto a medir fuera la calidad de vida, deberíamos revisar exhaustivamente todas las posibles características que conforman la calidad de vida: independencia física, vitalidad, equilibrio emocional, sueño, capacidad para relacionarse con otros... Cada una de estas características se denominan «dimensiones» o «factores», y la clara definición de cada una de ellas nos facilitará la construcción de las preguntas que nos ayuden a explorar esa parte del aspecto que queremos medir.

Cuando se inicia el proceso de construcción de un cuestionario, se debe tener en cuenta la población a la que va dirigido, o, en el caso de que se elija un cuestionario ya validado, conocer con qué población (edad, patología, nivel cultural, intereses...) se ha validado el cuestionario. Por otro lado, de acuerdo con el tema que se vaya a estudiar, deberemos decidir cómo se va a administrar el cuestionario, si será auto cumplimentado, si el procedimiento de recogida de la información será telefónico o si se realizará mediante una entrevista personal.

Estos aspectos es importante tenerlos en cuenta, pues también obligarán a redactar las preguntas de forma distinta o incluso a dar un formato diferente al cuestionario. Cada una de las formas de recogida de información tiene sus ventajas e inconvenientes. Las encuestas telefónicas o mediante entrevista personal suelen tener mejor tasa de respuesta que las que se envían por correo postal, pero su coste también es más elevado y, en el caso de la encuesta telefónica, si el cuestionario es largo puede cansar al entrevistado. En ambos se requiere entrenar al encuestador o adjuntar un mínimo de instrucciones en los auto administrados.

#### 2.2.6.3 Composición de los ítems

Los cuestionarios se componen de una serie de ítems. El ítem es la unidad básica de información de un instrumento de evaluación, y generalmente consta de una pregunta y de una respuesta cerrada.

#### 2.2.6.4 Número

Como regla general, se considera que el número mínimo de ítems para evaluar un fenómeno sería de 6, pero el número de ellos puede ir desde 10 a 90, de manera que puedan abarcar de forma proporcional cada una de las dimensiones definidas con anterioridad en el constructo. Se recomienda realizar el doble de ítems de los que van a necesitarse en la versión definitiva del cuestionario.

#### 2.2.6.5 Contenido

En función del contenido, los cuestionarios pueden ser uni o multidimensionales. En los primeros, más del 80% de los ítems evalúa una sola dimensión (por ejemplo, el cuestionario de dolor de McGill). En los multidimensionales, los ítems evalúan dos o más dimensiones (por ejemplo, las escalas de calidad de vida, SF-361).

#### 2.2.6.6 Definición y ordenación

La definición de cada ítem ha de ser exhaustiva y mutuamente excluyente. Por otro lado, al formular la pregunta deben tenerse en cuenta factores como la comprensión (es necesario adaptar el lenguaje y el tipo de elección de respuestas al nivel sociocultural de los individuos a quienes va dirigido el cuestionario), así como la aceptabilidad para el sujeto que es preguntado.

Existen una serie de criterios para la redacción de las preguntas, que son los siguientes:

- Utilizar preguntas breves y fáciles de comprender.
- No emplear palabras que induzcan una reacción estereotipada.
- No redactar preguntas en forma negativa.
- Evitar el uso de la interrogación «por qué».
- No formular preguntas en las que una de las alternativas de respuesta sea tan deseable que difícilmente pueda rehusarse.
- Evitar preguntas que obliguen a hacer cálculos o esfuerzos de memoria. En la figura 1 se muestran ejemplos de criterios a considerar en relación con la

formulación de las preguntas. Una vez redactados los ítems, éstos deben ordenarse. A veces, la lógica del cuestionario nos orientará sobre el orden a seguir, pero si no fuera así se pueden ordenar aleatoriamente.

#### 2.2.7 Coeficiente de V. AIKEN

Este coeficiente es una de las técnicas para cuantificar de validez de contenido o relevancia del ítem respecto a un dominio de contenido en N jueces, cuya magnitud va desde 0.00 hasta 1.00; el valor 1.00 es la mayor magnitud posible que indica un perfecto acuerdo entre los jueces respecto a la mayor puntuación de validez de los contenidos evaluados. La interpretación del coeficiente usa la magnitud hallada y la determinación de la significancia estadística mediante las tablas de valores críticos que se pueden hallar en Aiken (1985).

La ecuación, algebraicamente modificada por Penfield y Giacobbi (2004), es:

$$V = \frac{S}{N(C - 1)}$$

Donde:

S = Número de acuerdos

N = Número de jueces

C = Número de valores con el cual se trabaja en la escala.

#### 2.2.8 Coeficiente de correlación intraclase

El índice apropiado para cuantificar la concordancia entre diferentes mediciones de una variable numérica es el llamado coeficiente de correlación intraclase (CCI). Dicho coeficiente estima el promedio de las correlaciones entre todas las posibles ordenaciones de los pares de observaciones disponibles y, por lo tanto, evita el problema de la dependencia del orden del coeficiente de correlación. Así mismo, extiende su uso al caso en el que se disponga de más de dos observaciones por sujeto.

La forma de cálculo más habitual se basa en un modelo de análisis de la varianza (ANOVA) con medidas repetidas. La idea es que la variabilidad total de las mediciones se puede descomponer en dos componentes: la variabilidad debida a las diferencias entre los distintos sujetos y la debida a las diferencias entre las medidas para cada sujeto. Esta última, a su vez, depende de la variabilidad entre observaciones y una variabilidad residual o aleatoria asociada al error que conlleva toda medición. El CCI se define entonces como la proporción de la variabilidad total que se debe a la variabilidad de los sujetos.

En la actualidad el valor del CCI puede obtenerse de modo directo con algunos programas informáticos como el SPSS. Otra forma sencilla de obtener el valor del CCI es a partir de una tabla ANOVA para medidas repetidas.

El CCI se puede calcular como:

$$CCI = \frac{k \cdot SC_{ENTRE} - SS_{TOTAL}}{(k-1) \cdot SS_{TOTAL}}$$

Donde:

K= es el número de observaciones que se toman en cada sujeto. En el ejemplo:

$$CCI = \frac{k \cdot SS_{ENTRE} - SS_{TOTAL}}{(k-1) \cdot SS_{TOTAL}} = \frac{2 \times 73597,683 - 73940,183}{73940,183} = 0,991$$

Como toda proporción, los valores del CCI pueden oscilar entre 0 y 1, de modo que la máxima concordancia posible corresponde a un valor de CCI=1. En este caso, toda la variabilidad observada se explicaría por las diferencias entre sujetos y no por las diferencias entre los métodos de medición o los diferentes observadores. Por otro lado, el valor CCI=0 se obtiene cuando la concordancia observada es igual a la que se esperaría que ocurriera sólo por azar. A la hora de

interpretar los valores del CCI, toda clasificación es subjetiva, si bien resulta útil disponer de una clasificación como la que proponen otros autores.

Valor del CCI	Fuerza de la concordancia
>0,90	Muy buena
0,71-0,90	Buena
0,51-0,70	Moderada
0,31-0,50	Mediocre
<0,30	Mala o nula

#### 2.2.9 Análisis factorial

Los factores son seleccionados para explicar las intercorrelaciones entre las variables. Las variables originales juegan el papel de variables dependientes que se explican por factores comunes y únicos, que son observables. El análisis factorial implica la elaboración de un modelo que requiere la formulación de hipótesis estadísticas y la aplicación de métodos de inferencia. El análisis factorial puede ser exploratorio o confirmatorio. En el análisis factorial exploratorio no se conoce con anterioridad el número de factores, y es en la aplicación empírica donde se determina el número. En el análisis factorial confirmatorio los factores están fijados con anterioridad, utilizando contrastaciones empíricas para su corroboración.

#### 2.2.10 Kured-Richarson

Es el estimado de homogeneidad usado para instrumentos que tienen formatos de respuestas dicotómicas, (Si - No o Falso - Verdadero), la técnica se establece en una correlación que es basada sobre la consistencia de respuestas a todos los ítems de un test que es administrado una vez. El mínimo aceptable del puntaje de KR-20 es 0.70.

#### 2.2.11 Alfa de CronBach

Es el más común de los métodos usados para medir la consistencia interna, propuesto desde 1951 por Cronbach. Gracias a la gran facilidad para obtener los datos necesarios (solo en una aplicación) y a la sencillez de su cálculo este coeficiente es uno de los más utilizados para hallar la confiabilidad de una prueba.

#### 2.2.12 Situación Odontológica pediátrica.

Para comprender el significado de situación odontológica es conveniente iniciar con el concepto de situación. “que es el conjunto de las realidades cósmicas, sociales e históricas en cuyo seno ha de ejecutar un hombre los actos de su existencia personal”<sup>10</sup>.

Siempre que enunciamos “situación”, este hecho está inmerso en el tiempo: en una determinada era, un periodo, una fase, una hora.

Entendemos que la situación odontológica es genuina y depende de los diversos elementos de los cuales está compuesto. Puesto que a la consulta el infante no concurre solo. La situación odontológica no solo dependerá únicamente del infante y el odontólogo, además incluye la persona acompañante y de sus respectivas historias. Estos personajes se comunican por conductas.<sup>7</sup>

##### 2.2.12.1 Conducta

En el entorno de la psicología tenemos dos significados de conducta. Como primer significado define “la acción que un individuo ejecuta” y el segundo define como la relación que se establece entre elementos de una asociación. Si hablamos significando acción, coincidimos con el sentido ordinario de este término y conectamos también con el hablar científico y técnico que lo asume; tal es el caso de discurso de la psicología diferencial y de los discursos presentes en la psicología aplicada.<sup>12</sup>

##### 2.2.12.2 Teorías del desarrollo de la conducta infantil.

**a. Estructura psíquica, Sigmund Freud** La mente se expresa a través de actos en diferentes planos: el consciente, el preconscious y el inconsciente. Los actos conscientes son sólo una fracción de la vida psíquica y están constituidos por

casi todas las manifestaciones de la vida cotidiana, actos de los cuales las personas están plenamente enteradas. La actividad del inconsciente solo se conoce por medio de fenómenos que se consideran secundarios. Se hace presente en los sueños, en los actos fallidos, en el tratamiento psicológico, a través de la hipnosis y por la acción de drogas. Existe cierto material inconsciente que puede hacerse consciente con alguna facilidad, que constituye la memoria. Este material que se recuerda o se olvida según las circunstancias es el preconscious e inconsciente no es rígido, puede cambiar su calidad espontáneamente o con la ayuda de psicoterapia o drogas. Otra división de las funciones psíquicas se hace desde el punto de vista estructural. Se distinguen tres instancias: el ello, el yo y el superyó; estas áreas no son cerradas.<sup>10</sup>

**b. Enfoque psicosocial. Eric Erikson.** Erikson postuló la existencia de ocho fases o etapas de desarrollo que se extienden a lo largo de todo el ciclo vital del hombre. Cada una de ellas encierra ciertas tareas psicosociales que llamó crisis. Cada fase tiene un tiempo óptimo para cada función. Si se transita bien por cada una de ellas, se obtienen ciertas virtudes o fuerzas psicosociales que ayudan a construir los nuevos estadios. Por el contrario, si esto no ocurre, se pueden desarrollar malas adaptaciones y malignidades que ponen en peligro el normal desarrollo por seguir.

Al mismo tiempo trabajó en las interacciones entre generaciones a las que llamó mutualidad y demostró que los hijos influyen sobre el desarrollo de los padres y de los abuelos, hasta una cuarta generación.

Describe ocho etapas las cinco primeras que son las que se refieren a la niñez y adolescencia, en tanto que las del adulto se desarrollarán en "Perfil del adulto".

### **c. Psicología Evolutiva de Arnold gesell.**

Arnold y gesell dividieron la conducta en cuatro campos: motora, del lenguaje, adaptativa y personal- social; describieron el crecimiento y la maduración del niño desde la perspectiva de las diferentes edades. Finalmente formularon la teoría del desarrollo del niño en etapas.<sup>10</sup>

La conducta humana es un todo indivisible pero para observarla Gesell la divide en cuatro campos:

- Conducta motora: incluye todos los movimientos, la presión y las posturas.
- Conducta del lenguaje: incluye todas las formas de comunicación, el llanto, los gestos, hasta llegar al lenguaje articulado.
- Conducta adaptativa: es la capacidad de reconocer los elementos significativos e incorporarlos a experiencias previas. Gesell no ha subestimado el problema de la inteligencia, la llama conducta adaptativa y opina que ésta no es sino un aspecto de un intrincado sistema de reacciones en crecimiento.
- Conducta personal-social: abarca las reacciones del niño hacia las personas y el mundo social que lo rodea.

En cada campo de conducta analizó entre otras áreas las de higiene, comida, expresión, vida escolar, y en cada una de ellas pautó los rasgos que observó.<sup>10</sup>

#### **d. Psicología genética. Jean Piaget. Piaget**

Piaget plantea que la inteligencia es un proceso de adaptación con una compleja relación entre la persona y el medioambiente. Lo describe como

Un continuo de acción y de reacción, donde se produce un constante crecimiento y readaptación, fenómenos que se completan con la siguiente emoción que rodea cada acto del hombre.

La adaptación se produce por una serie de procesos complementarios de asimilación y acomodación, en una interacción del sujeto con el objeto motivo del aprendizaje.<sup>10</sup>

#### **2.2.12.3 Situación odontológica: Miedo, Dolor, Maltrato, Estrés y Ansiedad.**

La situación odontológica se produce dentro de una cultura. En odontología y principalmente en odontopediatría una intervención que no ha sido correctamente motivada puede culminar en una situación traumática.<sup>10</sup>

#### 2.2.12.4 Miedo

El miedo al odontólogo es una sensación generalizada y en estado latente. Este miedo se ha visto disminuido en las nuevas generaciones de jóvenes que recibieron atención odontológica con profesionales conocedores de los contenidos psíquicos.<sup>6</sup>

El miedo es un mecanismo importante de autodefensa que sirve para resguardar la especie. Es una forma de retirada real o incipiente de una situación para la cual el individuo no tiene una respuesta adecuada.<sup>9</sup>

#### 2.2.12.5 Dolor

El dolor es una experiencia perceptiva, cognitiva y afectiva desagradable y mortificante, que incluye una secuencia progresiva de cambios en el organismo, en gran medida reflejas o genética. En el ámbito psicológico los cambios, se producen de acuerdo con la etapa de desarrollo psicoinstintivo en que se encuentre el niño; en lo social, de acuerdo con las creencias sobre el dolor que tiene la familia y en el cognitivo, de acuerdo con las estructuras alcanzadas. Cada persona selecciona, recuerda, reacciona e interpreta un estímulo doloroso de una manera única.<sup>6</sup>

El dolor dental puede producir situaciones antagónicas; un niño puede cerrar la boca, cubrirla con sus manos y no querer ser atendido; otro puede permanecer con la boca abierta en total sumisión y su cuerpo estar dando muestras de tensiones y otro puede aceptar el tratamiento porque desea fervientemente dejar de sufrir.<sup>10</sup>

#### 2.2.12.6 Maltrato infantil

El maltrato infantil es un problema social al que cada vez se le da mayor relevancia. Su abordaje representa diversos problemas. Algunos de ellos son el

desconocimiento de la verdadera magnitud de los problemas, las raíces culturales e históricas involucradas, las dificultades para investigar y las repercusiones legales. El maltrato infantil surge con el hombre y es un problema universal; es una enfermedad de la sociedad.<sup>10</sup>

#### 2.2.12.7 Estrés

El estrés se define como procesos de origen social que actúan como determinantes o coadyuvantes no específicos, que frente a un estímulo nocivo directo pueden incrementar la susceptibilidad del organismo .<sup>9</sup>

Un motivo de estrés suele ser una consulta odontológica. El odontólogo o odontopediatra que acepte esta premisa puede disminuir los factores estresantes, amparando y permitiendo al niño introducirse en la odontología con el tiempo necesario. Según su edad e historia personal. En la recepción, un ambiente donde el niño encuentre una mesa y sillas adecuadas a su tamaño, hojas y lápices para dibujar y expresar sus sentimientos, un panel donde exhiba y encuentre sus dibujos, y la atención del odontólogo a las expresiones y narraciones que el niño hace de sus dibujos facilitarán la elaboración de la situación. <sup>14</sup>

#### 2.2.12.8 Ansiedad

Ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales. <sup>10</sup>

##### a. Etiología

La etiología está relacionada con el tratamiento doloroso en combinación con las actitudes negativas de los padres o del dentista, además adicionamos la relación con el número de extracciones dentarias a las que fue sometido el paciente y en relación también con la primera impresión al ambiente de la sala de espera y con las experiencias subjetivas dentales del niño. <sup>6</sup>

##### a. Principales síntomas de ansiedad

Los síntomas particulares difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona, tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples categorías.<sup>9</sup>

Síntomas subjetivos:

Entre los síntomas subjetivos tenemos la preocupación, inseguridad, Miedo o temor, Aprensión, Anticipación de peligro o amenaza, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

Síntomas Cognitivos, Motores u observables:

Entre los síntomas cognitivos, motores u observables tenemos: movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, conductas de evitación fisiológica o corporal.

#### 2.2.13 Escala de clasificación de conducta

Clasificación de la conducta según la escala de Frankl:

1. Tipo 1 Definitivamente negativo: Rechaza cualquier tipo de tratamiento, grita fuerte, está temeroso o tiene negativismo extremo.
2. Tipo 2 Negativo: Dificilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas.
3. Tipo 3 Positivo: Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
4. Tipo 4 Definitivamente positivo: Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

#### 2.2.14 Manejo de conducta

En el ámbito odontológico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño. De igual manera las tendencias sociales, las

actitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias acerca de los cuestionamientos jurídicos han llevado a que se reevalúen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente. <sup>11</sup>

#### 2.2.14.1 Técnicas de manejo de conducta

Es definida como “dirección de la conducta” el cual tiene como objetivo durante el tratamiento odontológico el obtener una relación amena infante-odontólogo debido a ello es importante conocer el desarrollo psicológico, motor y social del infante, inculcándole actitudes positivas hacia la odontología y brindándole un efectivo y eficaz tratamiento. <sup>10</sup>

#### 2.2.14.2 Técnicas no farmacológicas para el manejo de la conducta

##### Técnicas comunicativas

- Decir- Mostrar- Hacer.- Se considera la técnica de la fase educacional y preparativa del paciente odontopediátrico. La técnica permite que el paciente pediátrico conozca con atención que procedimientos se le van a realizar. Se realiza a través de una secuencia , se inicia explicándole con un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que lo que se va a hacer(Decir), luego se le hace una demostración (mostrar) y finalmente se le realiza el procedimiento (Hacer). Las explicaciones deben ser simples y fáciles de entender para el infante y no debe prologarse demasiado tiempo, la demostración debe ser simple y finalmente el tratamiento debe ser rápido y eficaz. <sup>3</sup>
- Técnica del refuerzo Positivo.- Es definida como: el refuerzo del comportamiento apropiado durante el tratamiento dental, buscando que se repita esta actitud positiva en las siguientes consultas a futuro. Debemos dar nuestra aprobación verbalmente a través de un gesto como un sonrisa agradable y diciéndole al infante que “está bien”, “bien hecho”, “eres uno de mis mejores pacientes” <sup>10</sup>
- Refuerzo negativo.- Esta técnica busca modificar el comportamiento desfavorable para la situación odontológica. Consiste en la eliminación de

algo que constituye un atractivo para el paciente, condicionando su regreso ante la mejoría de su comportamiento. <sup>10</sup>

- Técnica de control de voz.- En esta técnica se procede a usar el tono de voz, el cual ha de demostrar autoridad en el consultorio odontológico. La expresión facial del odontólogo deberá proyectar una actitud de confianza. Es una técnica muy eficaz para interceptar conductas negativas.<sup>3</sup>

Objetivo de la técnica: Desviar la atención del paciente de su conducta inadecuada, establecer comunicación y demostrar autoridad. Rechazar el comportamiento inadecuado a la situación odontológica. <sup>17</sup>

- Tiempo y fuera.- Es una variante de la técnica de refuerzo negativo, pero aplicada en pacientes de mayor edad. Consiste en suspender por unos minutos el procedimiento que se está efectuando o darla por terminada y solicitar al paciente y a sus padres regresar otro día cuando el paciente esté dispuesto a colaborar. <sup>24</sup>

Objetivo de la técnica: Modificar un comportamiento perturbado mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente, de modo que el tratamiento odontológico dependa casi en su totalidad de su voluntad propia de cooperar. <sup>19</sup>

- Técnica de Desensibilización.- Técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Conjuntamente se utiliza con la técnica Decir-Mostrar-Hacer.<sup>10</sup>
- Técnica mano sobre boca.- Esta es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se deberá hablar con voz baja pero clara al oído, explicándole que sólo se retirará la mano cuando él deje de llorar. <sup>10</sup> Se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres antes de aplicarla.

- Escape contingente.- Aunque con frecuencia se reconoce la necesidad de que el ser humano tenga cierto control sobre los sucesos de su vida, los pacientes pediátricos muchas veces reciben tratamientos sin esta consideración. Consecuentemente cuando una persona menor o adulta no tiene un recurso de control, los sentimientos de vulnerabilidad, atrapamiento o sentimiento de víctima, acentúan o exacerban el temor o la ansiedad; lo que el paciente percibe es que sin control, la situación odontológica se puede tornar peligrosa. <sup>17</sup>
- Distracción contingente.- Es una técnica básica de superación de sentido común utilizado para enfrentar la incomodidad y el dolor, desviando la atención del paciente de los procedimientos desagradables breves o por el tiempo prolongado del procedimiento, el niño se inquieta, condicionando su comportamiento mediante el manejo de contingencias.<sup>10</sup>

### **2.3 Definición de Términos Básicos**

Validez: Se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir.

Conducta: La conducta es la expresión del desarrollo mental .A medida que la mente crece, se desarrolla y madura. Lo expresa en conductas.

Conocimientos: Conjunto de información adquirido por un individuo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica de una materia o ciencia concreta de un asunto referente a la realidad.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1.-Hipótesis**

El presente trabajo no cuenta con hipótesis por ser trabajo netamente descriptivo.

### **3.2.- Variables**

Variable: Validación de un instrumento para medir los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas.

Covariables: Género (Masculino y Femenino).

Definición conceptual:

Validación: Proceso para confirmar que el procedimiento analítico utilizado para una prueba en concreto es adecuado para su uso previsto.

Técnicas de manejo de conducta no farmacológicas: Se definen como técnicas que abordan al paciente básicamente a través de la comunicación.

Género: Característica biológica determinante de lo masculino y lo femenino.

Indicadores:

1. Coeficiente de V. de Aiken.
2. Coeficiente de correlación intraclase (CCI).
3. Análisis factorial.
4. Alfa de Cronbach (Kuder-Richarson).

### 3.2.1 Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Valor
<b>V1: VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA NO FARMACOLÓGICAS</b>	Validez de contenido	Coefficiente de V. de Aiken	Ordinal	-no representativo  -Adecuado  -Representativo
	Reproducibilidad	CCI	Ordinal	-Muy buena  -Buena  -Moderada  -Mediocre  -Mala o nula
	Validez de constructo	Análisis Factorial	Nominal	-Nivel adecuado  -Nivel inadecuado
	Confiabilidad	Alfa de Cronbach (Kuder Richarson)	Ordinal	-Muy alta  -Alta  -Moderada  -Baja  -Muy baja
<b>COVARIABLE Género</b>	Masculino  Femenino		Nominal	

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

Tipo de investigación: no experimental

El método a emplearse en la presente investigación es:

De tipo descriptivo, por qué se realizará una descripción minuciosa sobre la variable estudiada, es transversal ya que la información se dará en un determinado día. Además de ser prospectivo.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **4.2.1. Población**

Está constituida por 80 alumnos del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017.

Criterios de inclusión:

- Los estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas periodo 2017 II que acepten resolver la encuesta.
- Los estudiantes de estomatología que asistan al internado de la Universidad Alas Peruanas periodo 2017 II, que firmen el consentimiento informado y el consecuente llenado del cuestionario.

Criterio de exclusión:

- Los estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas periodo 2017 II que no acepten resolver la encuesta.
- Los estudiantes de estomatología que asistan al internado de la Universidad Alas Peruanas periodo 2017 II, que denegaron la firma del consentimiento informado y el consecuente llenado del cuestionario.

### 4.2.3 Muestra y muestreo

Se aplicara un muestreo probabilístico y a conveniencia se consideran criterios de inclusión y exclusión, comprendiendo a 90 estudiantes que se encuentran matriculados en el internado de la Universidad Alas Peruanas periodo 2017 II. Se empleará un muestreo estratificado aplicando la siguiente fórmula para la población de estudiantes de estomatología.

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}} = 80$$

**Ecuación estadística para proporciones poblacionales**

**N** = Total de la población = 90 internado.

**Z $\alpha$**  = 1.40 al cuadrado (seguridad del 99%) nivel de confianza deseado.

**p** = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05).

**q** = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95).

**e** = precisión (error máximo permitido, 5%).

La muestra estará conformada por estudiantes (n= 80).

### 4.3 Técnica de recolección de datos

Para determinar la validez del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017, se realizó a través de 3 etapas:

1er Etapa

1. Proceso de validación

Con el apoyo de la Especialista en odontopediatría Ana Cupe Araujo Se diseñó un borrador definitivo, es decir, se delimito la información, se formuló las preguntas.

Además se definió y se ordenó el número de preguntas que se incluyeron en el cuestionario.

Luego se llevó a cabo la realización de la prueba piloto.

#### a. Prueba piloto (Pretest)

Se aplicó el borrador definitivo a 30 alumnos del noveno ciclo de la Universidad Alas Peruanas.

Este pretest nos permitió identificar:

- Tipo de pregunta más adecuada
- Si el enunciado era correcto y comprensible, y si las preguntas tienen la extensión adecuada.
- Si es correcta la categorización de las respuestas.
- Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algún enunciado.
- Si el ordenamiento interno es lógico; si la duración está dentro de lo aceptable por los encuestados.

En cuanto a los métodos utilizados para la realización del pretest cognitivo, éste se lleva a cabo mediante la realización de:

- Valoración del cuestionario por parte de los participantes en el estudio.

### 2da Etapa

#### 1. Juicio de experto

El cuestionario fue evaluado por 5 expertos especialistas en odontopediatría de la Universidad Alas Peruanas.

Se utilizó la matriz global de juicio de experto de la UAP y la matriz de juicio de experto ítem por ítem.

#### 2. Coordinación con la Escuela Profesional de Estomatología de la UAP

Se realizó la recolección de datos dentro de una investigación para el cual se presentó una solicitud a la Directora Miriam Vásquez Segura de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, para el

otorgamiento del permiso de acceso a las instalaciones de la Universidad Alas Peruanas.

### 3ra Etapa

#### 1. Validación del cuestionario

Validación de Contenido: La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado elaborado por el investigador y un experto de la especialidad de odontopediatría, éste contenía 20 afirmaciones sobre: 5 técnicas básicas e importantes del manejo de conducta odontopediátrica: Decir-Mostrar-Hacer, Refuerzo positivo, Distracción contingente, Tiempo y fuera y Modelamiento; con dos alternativas de respuesta dicotómica verdadero o falso , el puntaje fue de 0 a 20 según el Ministerio de Educación del Perú donde establecen muy bueno(20-18), bueno(17-14),regular(13-11),Deficiente(10-0) ; a su vez fue revisado por 5 odontólogos especialistas en odontopediatría, y 2 odontólogos especialistas en metodología de la investigación, todos con más de 10 años de experiencia en dichas áreas y validación. La prueba que se utilizó fue el Coeficiente de Validez (V de Aiken).<sup>14</sup>

Reproducibilidad: Se evaluó una muestra de 30 estudiantes del noveno ciclo, que asistían de forma frecuente a la Universidad Alas Peruanas, diferente a la muestra seleccionada para el constructo. El tamaño para la reproducibilidad tomo en cuenta lo estimado por Arribas y Cupe .Luego de aplicada la primera encuesta (n=20 preguntas), se volvió a aplicar la misma a las 2 semanas, pero cambiando el orden de las preguntas para evitar el sesgo de memoria (fiabilidad test-retest). La fiabilidad, fue calculada con el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI).<sup>14, 36</sup>

Validez de constructo: Se evaluaron los conocimientos sobre técnica de manejo de conducta no farmacológica a 80 estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas con el cuestionario elaborado y corregido por el juicio de expertos. Finalmente, se analizaron las respuestas y se aplicó la prueba de análisis factorial.<sup>14, 36</sup>

Confiabilidad: Los resultados obtenidos de la muestra sirvieron para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de alfa de Cronbach.<sup>14</sup>

#### **4.4 técnica estadística para el procesamiento de la información**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excel 2013 y el paquete estadístico SPSS 25. Para la representación de los procesos estadísticos: tablas, figuras estadísticas de tal forma que se aprecien los resultados obtenidos.

#### **4.5 Aspectos éticos.**

Este estudio no representará riesgo alguno para los participantes durante su desarrollo, dado que la investigación tiene como sustento el respeto irrestricto a los tres principios éticos primordiales en los que se basan las normas de conducta ética durante la investigación:

-Principio de beneficencia, el cual asegura la confidencialidad de la información brindada por los participantes, por tanto, ésta no se usará para fines distintos a los que competen a la investigación.

-Valor social, define que la investigación tiene como objetivo primordial la concientización de los conocimientos de los estudiantes de estomatología a los maestros y autoridades pertinentes de la escuela de estomatología con el fin de reforzar y mejorar los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas ya que es de gran importancia en la práctica clínica.

-Selección equitativa de los sujetos, la selección equitativa conlleva a tomar en consideración el hecho de incluir a aquellos participantes que pueden beneficiarse de modo positivo con el resultado de la investigación

- Consentimiento informado, la finalidad del consentimiento informado se sustenta en el debido aseguramiento a los participantes de la investigación, que la misma es de todo compatible con sus indicadores personales en valores, intereses, preferencias y en el desempeño de su práctica estomatológica; y que su participación sea voluntaria, para todo lo cual se le proporcionará en conjunto el

conocimiento necesario y suficiente del alcance de la investigación, y los objetivos y procedimientos de la misma, a la toma de una decisión con responsabilidad sobre sí mismos.

## CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1 Análisis descriptivo

El presente estudio tuvo como finalidad determinar la validez del instrumento de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

Tabla N°1. Validez de contenido.

Tabla 1 Coeficiente de validez de Aiken por ítems.

Ítems	Jueces						Coeficiente de validez de Aiken (V)
	1	2	3	4	5	6	
a1	A	A	A	A	A	A	1.0
a2	A	A	A	A	A	A	1.0
a3	A	A	A	A	A	A	1.0
a4	A	A	A	A	A	A	1.0
a5	A	A	A	A	A	A	1.0
a6	A	A	A	A	A	A	1.0
a7	A	A	A	A	A	A	1.0
a8	A	A	A	A	A	A	1.0
a9	A	A	A	A	A	A	1.0
a10	A	A	A	A	A	A	1.0
a11	A	A	A	A	A	A	1.0
a12	A	A	A	A	A	A	1.0
a13	A	A	A	D	A	A	0.8
a14	A	A	A	A	A	A	1.0

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

#### Análisis e interpretación

En la tabla 1 se presenta el coeficiente de validez de Aiken por ítem, donde podemos apreciar que todos los ítems tienen un coeficiente de validez muy alto, solo un ítem no tiene un coeficiente de validez alto. En general se puede concluir que el instrumento tiene validez de contenido.

Tabla N°2. Validez de constructo.

Tabla 2

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,249	21,244	21,244
2	2,015	10,077	31,321
3	1,919	9,597	40,918
4	1,406	7,032	47,950
5	1,354	6,769	54,719
6	1,186	5,928	60,647
7	,970	4,852	65,499
8	,952	4,761	70,260
9	,888	4,440	74,701
10	,805	4,023	78,724
11	,649	3,243	81,967
12	,617	3,083	85,050
13	,602	3,009	88,059
14	,521	2,606	90,664
15	,414	2,068	92,732
16	,386	1,929	94,661
17	,351	1,753	96,414
18	,305	1,525	97,939
19	,238	1,192	99,131
20	,174	,869	100,000

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador

#### Análisis e interpretación

En la tabla 4 Se presenta los autovalores y la varianza explicada obtenido mediante el análisis de componentes principales. Vemos que se generó seis dimensiones con autovalor superior a 1. También se muestra en esta tabla el porcentaje individual y acumulado de los autovalores, donde las seis dimensiones explican el 60,647% de varianza total explicada.

Tabla N° 3. Confiabilidad.

Tabla 3 Estadística de confiabilidad total y por ítems de la escala “conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado”

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación de elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a1	14,2025	11,343	-0.027	0.764
a2	14,6582	10,382	0.217	0.761
a3	14,2785	11,357	-0.054	0.771
a4	14,4304	10,018	0.416	0.744
a5	14,3797	10,033	0.458	0.741
a6	14,4430	9,942	0.435	0.742
a7	14,3671	10,261	0.376	0.747
a8	14,4430	9,917	0.445	0.741
a9	14,3924	10,036	0.443	0.742
a10	14,8354	10,626	0.152	0.766
a11	14,2405	11,031	0.174	0.759
a12	14,5823	9,990	0.355	0.749
a13	14,2911	10,876	0.183	0.759
a14	14,3038	11,035	0.093	0.764
a15	14,4304	9,761	0.517	0.735
a16	14,7975	10,523	0.179	0.764
a17	14,3418	9,895	0.577	0.734
a18	14,4304	9,838	0.486	0.738
a19	14,4304	10,325	0.298	0.753
a20	14,3291	9,993	0.554	0.736
<b>Total</b>				<b>0.760</b>

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador

#### Análisis e interpretación

En la tabla 3 se presenta el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach cuando se elimina un determinado ítems, también se presenta la confiabilidad general. Donde podemos observar que la confiabilidad es alta ( $\alpha = 0,760$ ).

Tabla N°4. Rango y nivel de confiabilidad.

Tabla 4 Rango y nivel de confiabilidad

Rangos	Nivel de confiabilidad
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador

#### Análisis e interpretación

De acuerdo a los niveles de confiabilidad de la tabla 4, la escala que mide “conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado”, presenta una confiabilidad alta.

Tabla N°5 Reproducibilidad

Tabla 5 CCI

	CCI (Coeficiente de correlación intraclase)						
	Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig
Medidas únicas	,802 <sup>a</sup>	,626	,900	8,969	29	29	,000
Medidas promedio	,890	,770	,948	8,969	29	29	,000

Modelo de efectos aleatorio de dos factores donde tanto los efectos de personas como los efectos de medidas son aleatorios.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlación intraclase de tipo A que utilizan una definición de acuerdo absoluto.

#### Análisis e interpretación

En la tabla 5 se presenta el coeficiente de correlación intraclase, donde podemos observar una fuerza de concordancia muy buena de 0.89.

Tabla N° 06. Distribución de la frecuencia y porcentaje según el género de los estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017.

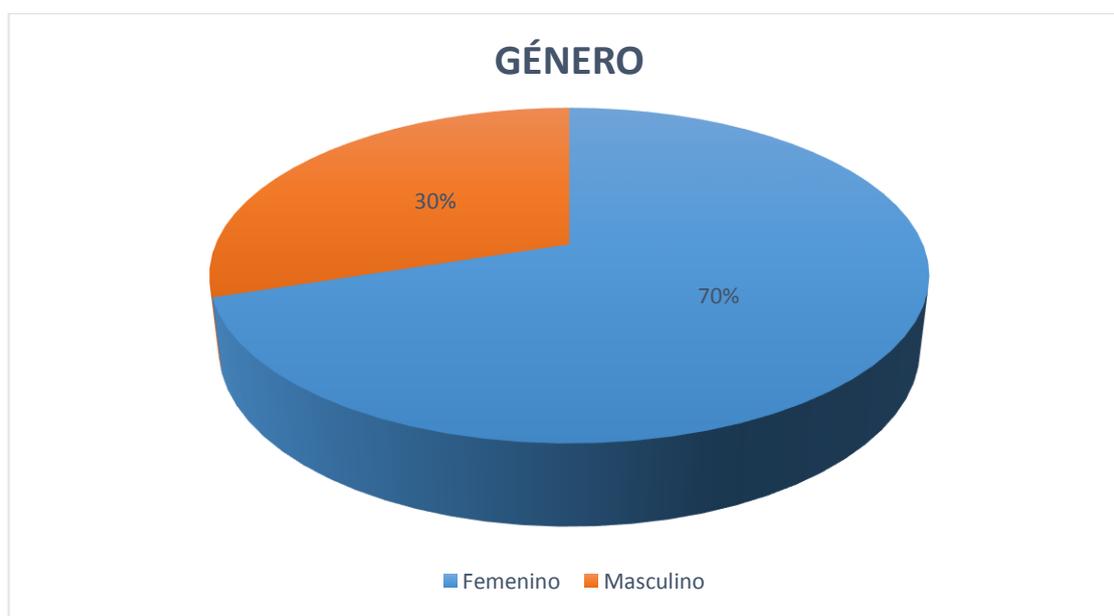
GÉNERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	56	70	70	70
	MASCULINO	24	30	30	100
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

#### Análisis e interpretación

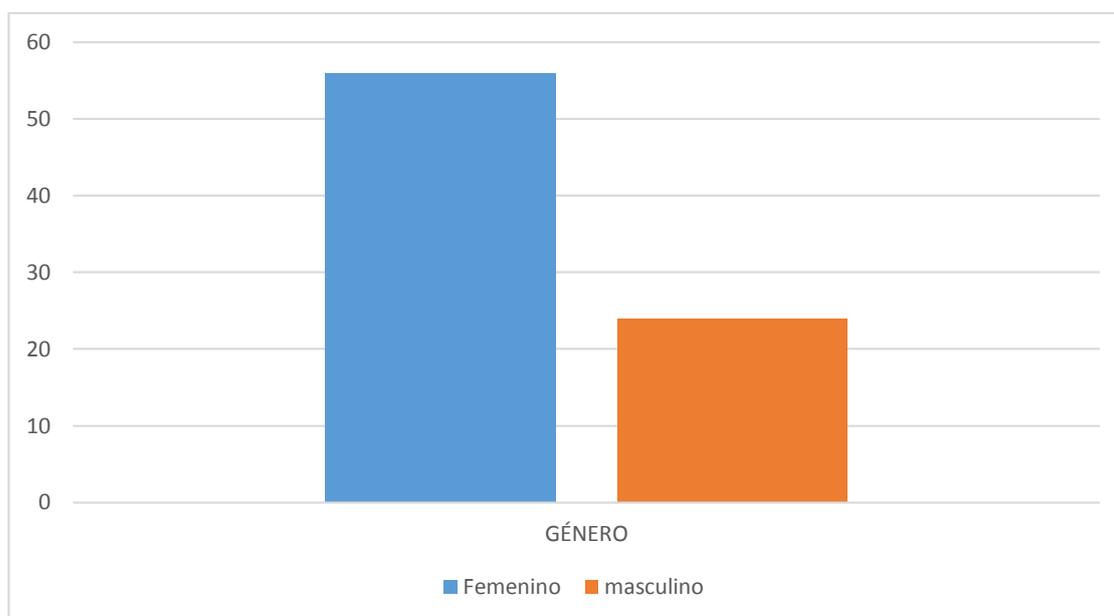
El total de población estudiada 80 alumnos, se encontraron 56 (70%) son de género femenino y 24 (30%) son de género masculino, de acuerdo con esto la población en las mujeres es mayor en el internado de la Universidad Alas Peruanas

Gráfico N° 1. Distribución del porcentaje del género de los estudiantes.



Fuente: Tabla elaborada por el Investigador

Gráfico N° 2. Distribución de la frecuencia del género de los estudiantes.



Fuente: Tabla elaborada por el Investigador.

Tabla N° 7. Distribución de la frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	6	7,5	7,5	7,5
	Regular	22	27,5	27,5	35,0
	Bueno	27	33,8	33,8	68,8
	Muy bueno	25	31,2	31,2	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Tabla elaborada por el Investigador

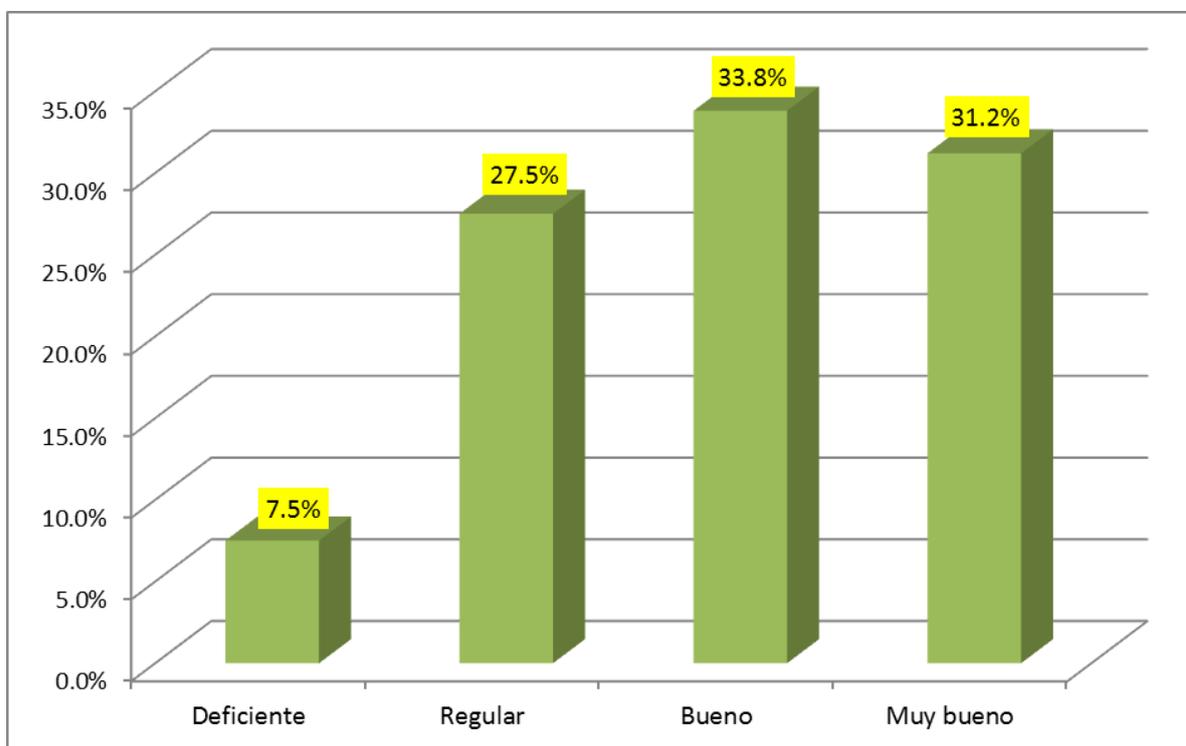
#### Análisis e interpretación

De acuerdo a la tabla 1, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 33.8% (27) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de manejo de conductas no farmacológicas, 31.2. (25) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno frente a las

técnicas de manejo de conductas no farmacológicas, el 27.5% (22) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular y el 7.5% (6) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado.

Gráfico N° 3. Distribución de la frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la universidad alas peruanas-2017.

Gráfico 3



Fuente: Gráfico elaborada por el Investigador.

Tabla 8. Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de decir-mostrar-hacer de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

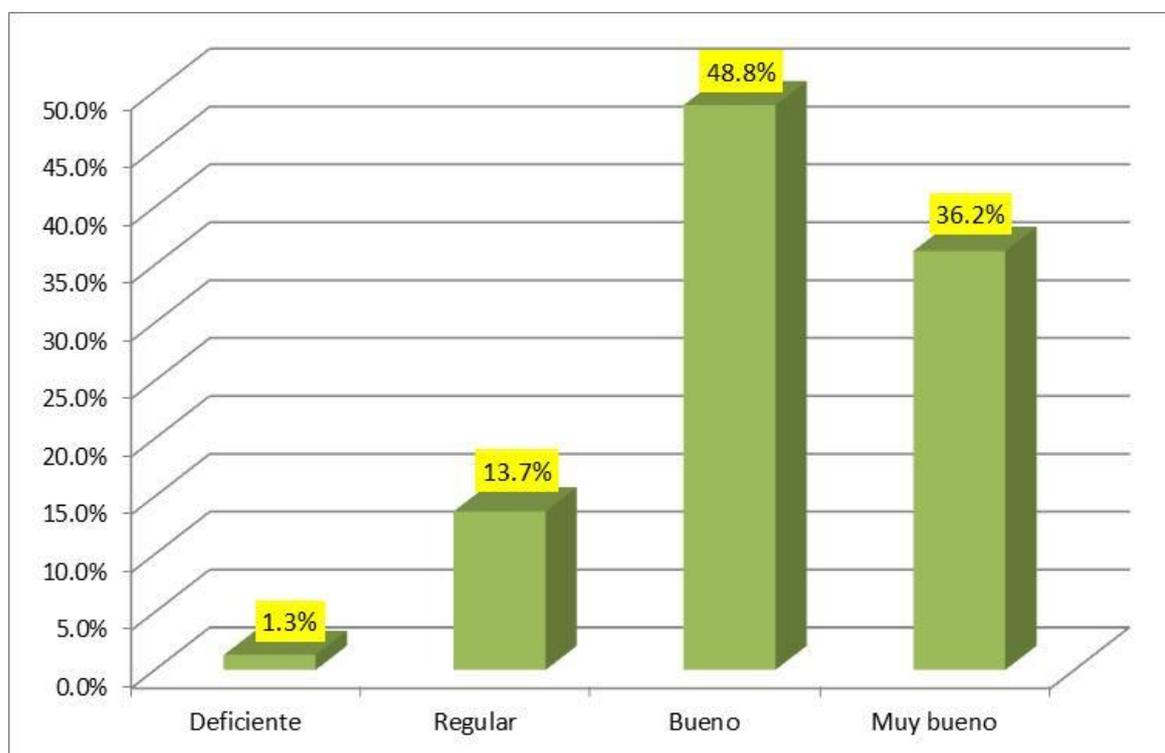
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	1	1,3	1,3	1,3
	Regular	11	13,7	13,7	15,0
	Bueno	39	48,8	48,8	63,8
	Muy bueno	29	36,2	36,2	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Tabla elaborado por el investigador

#### Análisis e interpretación

De acuerdo a la tabla 7, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 48.8% (39) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de decir-mostrar-hacer de manejo de conductas no farmacológicas, 36.2 (29) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno frente a las técnicas de decir-mostrar-hacer de manejo de conductas no farmacológicas, el 13.7% (11) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular y el 1.3% (1) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado.

Gráfico 4. Conocimientos sobre técnica de decir-mostrar-hacer de manejo de conductas no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.



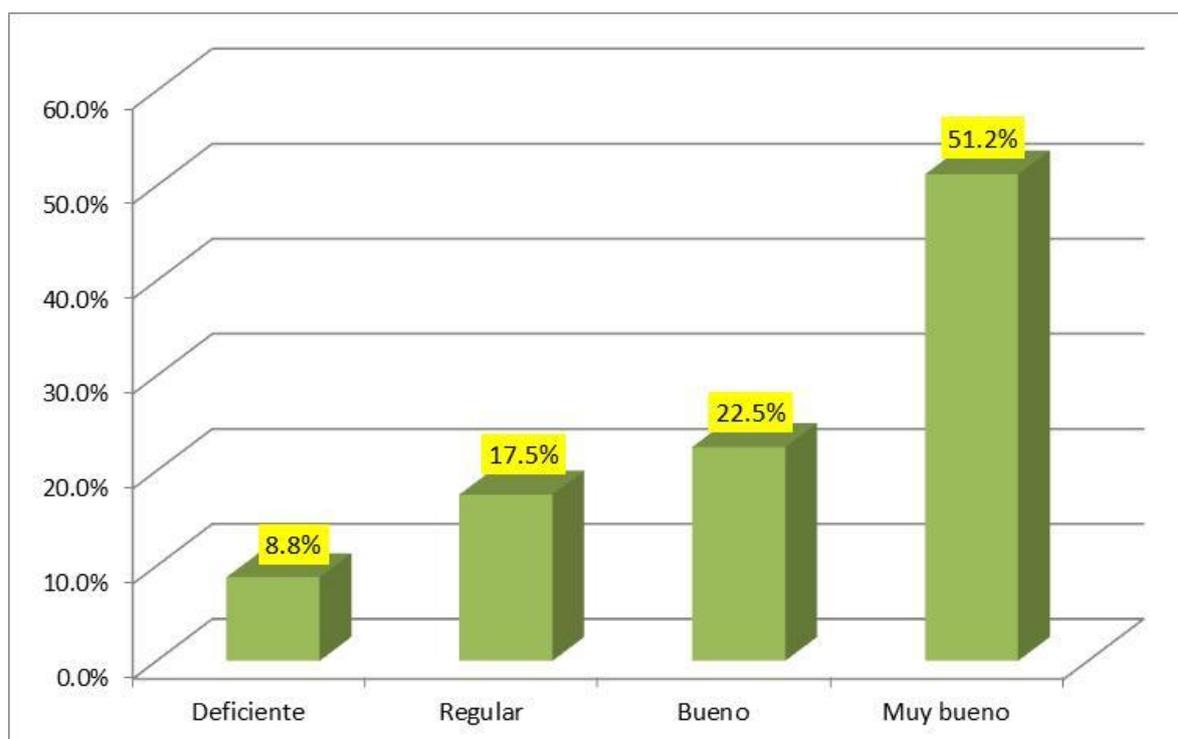
#### Análisis e interpretación

De acuerdo a la tabla 7, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 48.8% (39) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de decir-mostrar-hacer de manejo de conductas no farmacológicas odontopediátrica, 36.2 (29) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno frente a las técnicas de decir-mostrar-hacer de manejo de conductas no farmacológicas odontopediátricas, el 13.7% (11) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular y el 1.3% (1) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado.

Tabla 9. Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de refuerzo positivo de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	7	8,8	8,8	8,8
	Regular	14	17,5	17,5	26,3
	Bueno	18	22,5	22,5	48,8
	Muy bueno	41	51,2	51,2	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Gráfico 5. Conocimientos sobre técnica de refuerzo positivo de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.



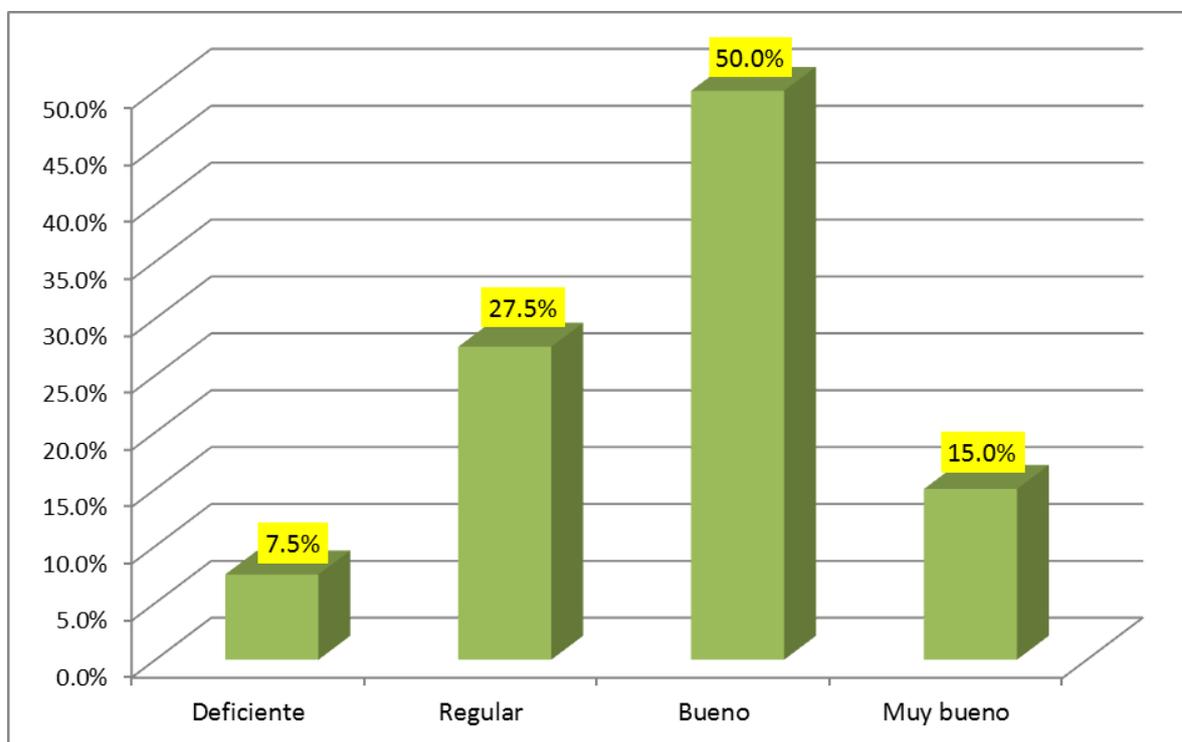
## Análisis e interpretación

De acuerdo a la tabla 8, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 51.2% (41) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno frente a las técnicas de refuerzo positivo de manejo de conductas no farmacológicas odontopediátrica, 22.5% (18) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de decir-mostrar-hacer de manejo de conductas no farmacológicas odontopedriátricas, el 17.5% (14) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular y el 8.8% (7) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado.

Tabla 10. Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de distracción contingente de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	6	7,5	7,5	7,5
	Regular	22	27,5	27,5	35,0
	Bueno	40	50,0	50,0	85,0
	Muy bueno	12	15,0	15,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Gráfico 6. Conocimientos sobre técnica de distracción contingente de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.



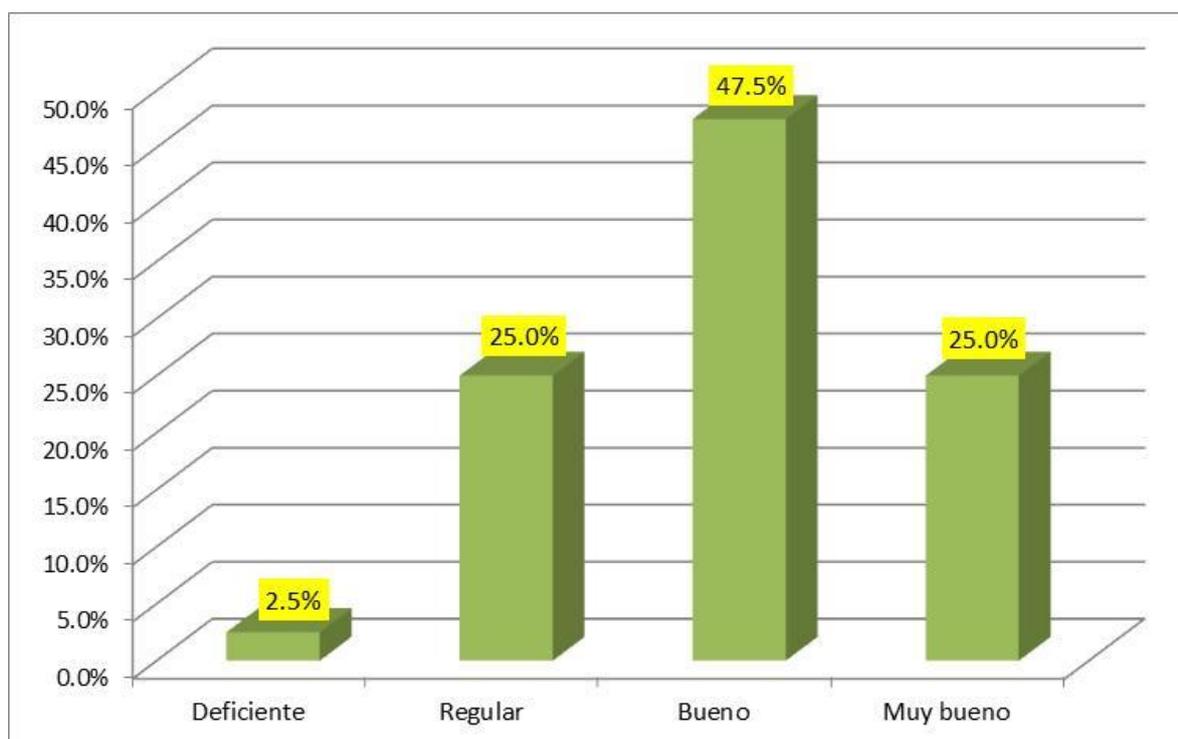
#### Análisis e interpretación

De acuerdo a la tabla 10, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 50% (40) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de distracción contingente de manejo de conductas no farmacológicas odontopediátrica, 27.5% (22) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular, el 15% (12) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno y el 7.5% (6) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado.

Tabla 11. Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de tiempo fuera de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	2	2,5	2,5	2,5
	Regular	20	25,0	25,0	27,5
	Bueno	38	47,5	47,5	75,0
	Muy bueno	20	25,0	25,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Gráfico 7. Conocimientos sobre técnica de tiempo fuera de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.



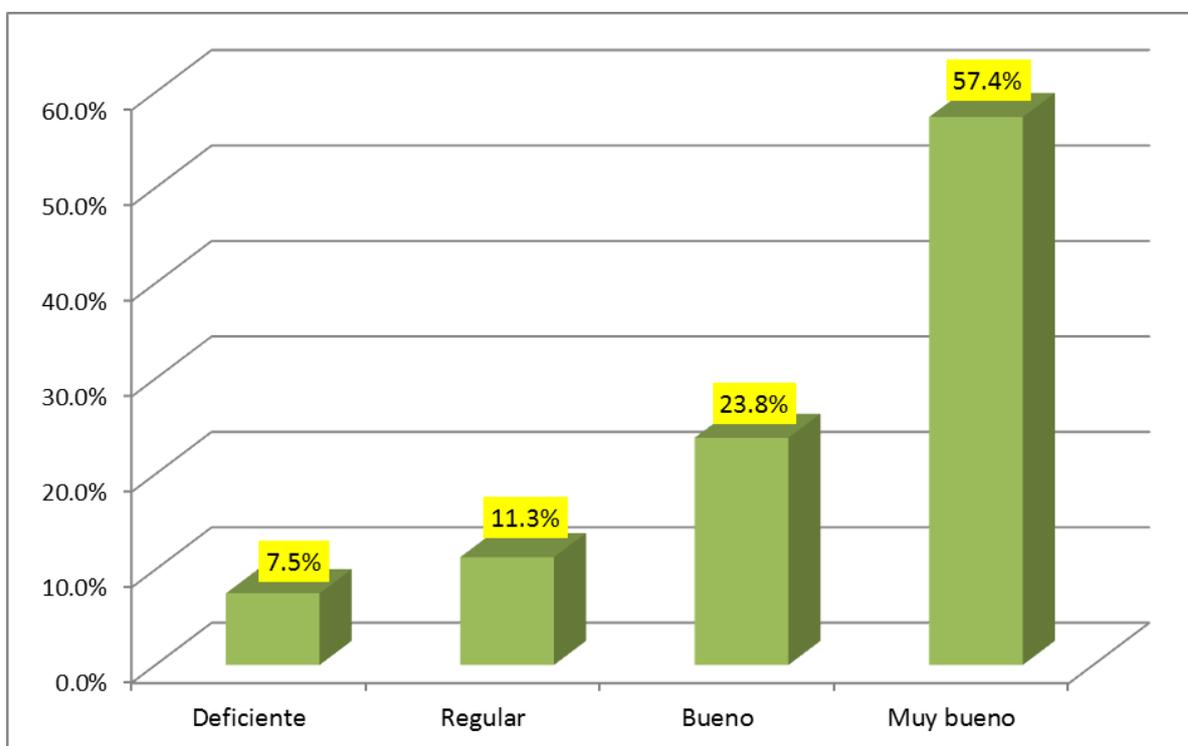
## Análisis e interpretación

De acuerdo a la tabla 1, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 47.5% (38) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de tiempo fuera de manejo de conductas no farmacológicas odontopediátrica, 25% (20) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular, el 25% (20) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno y el 2.5% (2) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado

Tabla 12. Distribución de frecuencia y porcentaje de conocimientos sobre técnica de modelamiento de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	6	7,5	7,5	7,5
	Regular	9	11,3	11,3	18,8
	Bueno	19	23,8	23,8	42,5
	Muy bueno	46	57,4	57,4	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Gráfico 8. Conocimientos sobre técnica de modelamiento de manejo de conducta no farmacológica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.



De acuerdo a la tabla 1, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 57.4% (46) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno frente a las técnicas de modelamiento de conductas no farmacológicas, 23.8% (19) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno, el 11.3% (9) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular y el 7.5% (6) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado.

## 5.2 Comprobación de la hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

El presente trabajo no tiene hipótesis por ser trabajo netamente descriptivo, se usó las tablas de contingencia para analizar las variables empleadas en el trabajo. La Medida de correlación entre las variables usadas fue el chi-cuadrado de pearson.

## 5.3 Discusión

El presente trabajo se centró en poder brindar a la comunidad científica, un instrumento validado en Lima, que permita estudiar con mayor acierto los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

Los resultados presentados generan a su vez una serie de observaciones y comentarios, los que fueron tratados de acuerdo al sistema hipotético planteado en esta investigación de enfoque cualitativo, por lo cual se tendrán en cuenta los niveles de análisis a través de tablas y gráficos de acuerdo a las dimensiones de estudio, con la finalidad de determinar el uso de instrumentos estadísticos frente al nivel de conocimientos sobre técnica de manejo de conductas no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017, el tamaño muestral estuvo representado por 80 estudiantes del internado de ambos sexos, se utilizó como instrumentos una prueba de evaluación, con un nivel validez de contenido de V. de Aiken de 0.98 para la variable de estudio, nivel representativo.

Dicho resultado se encuentra fundamentado por Cupe A. et al. en el 2015 comprobaron la validez de contenido por medio de la prueba estadística de coeficiente de validación de V de Aiken con un valor de 0.95, que les permitió obtener un instrumento seguro y confiable.

Por otro lado Cardoso R. *et al.* en el 2010 mencionan que la verificación de las propiedades métricas del instrumento como son la confiabilidad mediante el cálculo de alfa de cronbach y el acumulo de evidencias de validez de contenido culmina con la obtención de una herramienta perfectamente aplicable.

Merida R. et al. en el 2015 comprobó la validez de contenido a través del acuerdo y consenso de nueve expertos mediante la técnica de Delphi y la validez de comprensión determinada lo cual indicó que el cuestionario mostró ajustes adecuados tanto de validez de comprensión como de contenido.

Aravena C et al. en el 2014 sostiene que el conocimiento de los conceptos de validez y confiabilidad, de sus diversos componentes obliga a los investigadores y clínicos del área odontológica a ser críticos con los métodos de medición utilizados.

En segundo lugar, se verificó la reproductibilidad para esto se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclase, obteniendo un resultado de 0,89 que corresponde a una fuerza de concordancia muy buena.

Castrejón P et al. en el 2010 comprobó la repetibilidad o reproductibilidad mediante la prueba estadística de coeficiente de correlación intraclase, obteniendo como resultado un valor elevado de  $>0.8$  de repetibilidad del instrumento. Concluyendo en un instrumento confiable.

Para la validez del constructo se utilizó el análisis factorial, obteniéndose valores que oscilan entre 0,42 hasta 0,77; la puntuación más baja se obtuvo en la afirmación número 9 sobre la técnica distracción contingente y la más alta en la afirmación sobre la técnica de modelamiento.

Para analizar la confiabilidad se realizó la prueba estadística alfa de Cronbach (Kurer-Richardson), obteniéndose como resultado 0,760 que va de “moderada” a “alta”.

Sánchez S *et al.* en el 2016 comprobó la consistencia interna o confiabilidad mediante la prueba estadística alfa de Cronbach con un nivel de consistencia interna buena de 0.724 y concluyó que el instrumento diseñado permitió evaluar con garantía, además mencionó que el nivel de significación estadística fue del 95 % de confianza.

Loreto N. et al. en el 2015 comprobó El instrumento CPQ-Esp11-14 mostró ser válido en su consistencia interna (Alpha de Crombach), estabilidad temporal (test-retest) y validez de constructo (correlación con CAOD), en su versión completa.

De acuerdo a los datos estadísticos aplicados a las variables de estudio, se evidencia que en la tabla 1, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 33.8% (27) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de manejo de conductas no farmacológicas, 31.2. (25) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno frente a las técnicas de manejo de conductas no farmacológicas, el 27.5% (22) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular y el 7.5% (6) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado.

Dichos resultados se encuentran fundamentado por Hassan M *et al.* en el 2015 comprobó que el 62 % de su población reportaron haber recibido un entrenamiento formal sobre técnicas de manejo del comportamiento pero un 90 % reportan tener habilidades inadecuadas para aplicar las técnicas concluyendo que la mayoría de los participantes conocían las técnicas de manejo del comportamiento, aunque pocos reconocían tener las habilidades adecuadas para aplicar las técnicas.

Por otro lado Lima L. en el 2013, sostiene que aunque los estudiantes conozcan más de 4 técnicas de manejo de la conducta únicamente ponen en práctica tres. Se sabe que cada niño tiene personalidad distinta y a veces alguna técnica puede ser efectiva en cierto niño pero no lo puede ser para otro por eso es necesario no solo conocer las técnicas de manejo de conducta en pacientes pediátricos sino saber cuándo y cómo aplicarlas.

Anil G. et al. en el 2014, sostiene que el uso exitoso de la gestión del comportamiento es una habilidad esencial que debe ser adquirida por todos los miembros del equipo dental que trata a los niños. Para ofrecer un cuidado dental más humanizado, la prevalencia de la ansiedad dental no debe pasarse por alto

en la práctica clínica, especialmente en odontopediatría. Estrategias para la evaluación, prevención y control de ansiedad dental debe ser implementado para permitir un mejor tratamiento para los niños y adolescentes.

Soto RM. et al. en el 2005 Sostiene que es necesario evaluar y adaptar al paciente pediátrico, mediante la aplicación de diversas técnicas, manejando las emociones a través del abordaje psicológico, por medio de un conocimiento y entrenamiento de la evolución sociológica y emocional del niño, para poder crear cambios en su comportamiento, recordando que este tipo de paciente es un receptor emocional al que siempre se le debe hablar, independientemente de la edad, adecuando el lenguaje y el tono de voz a su estado emocional.

Collaguazo EP en el 2017 Comprobó que la mayoría de los estudiantes conocen la parte teórica pero no la ponen en práctica debido al corto tiempo que se les da en las clínicas de Odontopediatría para realizar sus respectivos trabajos. Luego de haber pasado la materia de Odontopediatría los estudiantes no hacen un recordatorio de lo aprendieron en dicha cátedra, y muchos de ellos no ponen el interés de empoderarse de los conocimientos que ya fueron impartidos

De La Cruz FJ en el 2017 Sostiene que el buen manejo de conducta de los niños reduciría la necesidad de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general. Debemos tener objetivos de salud oral más concientizada tanto por el odontólogo para luego instruirlo a los padres y educarlos adecuadamente sobre la importancia de la prevención a nivel oral, incentivando la necesidad de revisiones periódicas dentales que controlen el riesgo de enfermedad oral en el niño.

Cuando se relaciona el nivel de conocimiento con el género, se obtiene que el 25.0% de los hombres presenta el conocimiento más alto frente a un 26.7 % de las mujeres .En el nivel de conocimiento Bueno se tiene un 48,75 %, del cual 48.2 % pertenece a las mujeres mientras que 48.75% a los hombres, no se encontró asociación entre las variables; sin embargo esto podría deberse más al número de individuos por grupo, que a la influencia del género sobre el nivel de conocimiento.

Lopera MD. et al. en el 2012 sostiene que el rango de edad estuvo entre los 19 y 45 años, con un promedio de  $23,6 \pm 3,5$  años; que más de la mitad de los participantes corresponde al género Femenino de estudiantes de odontología y que no influye en relación a los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta.

Por otro lado Collaguazo EP en el 2017 sostiene que en cuanto al género también se observó diferencia siendo el sexo masculino el que les ocasiona mayor dificultad en el momento de la atención odontológica.

De acuerdo a la tabla 7, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 48.8% (39) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de decir-mostrar-hacer de manejo de conductas no farmacológicas odontopediátrica, 36.2 (29) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno frente a las técnicas de decir-mostrar-hacer de manejo de conductas no farmacológicas odontropediátricas, el 13.7% (11) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular y el 1.3% (1) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado. Como se evidencia en los resultados la técnica más conocida fue Decir- Mostrar- Hacer por los estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

Lopera MD. et al. en el 2012 comprobó que la técnica más utilizada por los estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Odontología, sede Medellín, fue decir-mostrar-hacer. Además los estudiantes refieren entre muy fácil y fácil la utilidad de la técnica de manejo decir-mostrar-hacer.

Lima LSE en el 2013 sostiene que las técnicas decir- mostrar- hacer, instrucciones verbales y control de voz son la más conocidas probablemente porque son las más fáciles de recordar, aprender, comprender y posiblemente unas de las pocas que se enseñan en el curso de odontopediatria. Además refiere

que las técnicas más comprendidas fue decir-mostrar-hacer, instrucciones verbales y control de voz.

Hassan M et al. en el 2015 sostiene que todos los participantes que fueron odontólogos graduados y otros no graduados conocían la técnica Decir- mostrar-hacer.

De acuerdo a la tabla 10, del total de estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas, el 50% (40) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento bueno frente a las técnicas de distracción contingente de manejo de conductas no farmacológicas odontopediátrica, 27.5% (22) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular, el 15% (12) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento muy bueno y el 7.5% (6) de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento deficiente, datos obtenidos que evidencian la veracidad del estudio de acuerdo al proceso estadístico realizado, según el instrumento utilizado. Como se evidencia la técnica de distracción contingente fue la menos conocida por los estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

Lopera MD. et al. en el 2012 sostiene que la técnicas menos utilizada por los estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia , Facultad de odontología fue mano sobre la boca ,restricción física y tiempo y fuera.

Lima LSE en el 2013 sostiene que las técnicas extinción, saciedad e instigación son las técnicas de manejo de la conducta menos conocidas por los estudiantes de cuarto y quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Hassan M et al. en el 2015 sostiene que la técnica mano sobre la boca fue la menos conocida por los participantes (odontólogos graduados y no graduados) . Dicha técnica no se aplica universalmente en el país así que posiblemente su uso este olvidado.

## **CONCLUSIONES**

- Se comprobó que el cuestionario evidenció una validez de contenido muy alto a través de la prueba de Aiken.
- Se comprobó que la reproducibilidad corresponde a una fuerza de concordancia muy buena.
- Se evidencio un nivel adecuado de validez de constructo.
- Se comprobó que el instrumento presenta un nivel de confiabilidad alta.
- El nivel de conocimiento sobre técnica de manejo de conducta no farmacológica de los estudiantes del internado de la universidad alas peruanas, en general fue bueno siendo más de la mitad de la población frente a una población que fue casi la mitad entre un nivel regular y deficiente.
- Se evidenció asociación estadísticamente buena entre el nivel de conocimiento sobre las técnicas de manejo de conducta no farmacológica y los estudiantes.
- Según los resultados obtenidos del proceso de validación, este instrumento presenta valores adecuados de validez y confiabilidad, lo que se puede concluir que se encuentra validado para su uso en otras futuras investigaciones.
- Finalmente se comprobó que el instrumento probado es válido y confiable y se puede decir que el cuestionario cumple con las expectativas propuestas.

## **RECOMENDACIONES**

-Se recomienda realizar el estudio relacionándolo con problemáticas en la práctica clínica.

-Se recomienda realizar investigaciones sobre la percepción de las técnicas de manejo de conducta en el ámbito de la práctica clínica.

- Realizar estudios similares que tengan mayor tamaño muestral, para poder hacer una comparación entre los distintos niveles de conocimientos de los alumnos que ya estén en cursos de clínica.

Se recomienda realizar el estudio de investigación en uno o dos años más adicionando otro instrumento que evalúe la percepción de los alumnos sobre las técnicas de manejo de conducta en la práctica clínica con el fin de observar mucho mejor los resultados.

-Se recomienda utilizar la matriz de juicio de experto idónea de acuerdo al tipo de prueba estadística que se aplique.

-Se recomienda realizar investigaciones sobre la percepción de las técnicas de manejo de conducta en el ámbito de la práctica clínica.

-Se recomienda incorporar en la ficha de tratamiento de la historia clínica el tipo de técnica de manejo de conducta que se utilizó y el tipo de conducta del paciente al inicio y al término de la atención odontológica.

.

## FUENTES DE INFORMACION

1. De La Cruz FJ. Técnicas de manejo de conducta en las diferentes etapas. [Optar título de cirujano dentista].Lima: Facultad de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega, 2017.
2. Collaguazo EP. Manejo odontológico de pacientes pediátricos que acuden a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, antes y después de una capacitación en estudiantes de 8vo y 9no semestre. [Optar título de cirujano dentista].Quito: Facultad de odontología de la Universidad Central de Ecuador, 2017.
3. Sánchez SV, Aguilar MA, Vaqué CC, Raimon VM, González RF. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ciencias de la salud. Atención Primaria, 2016; 49,468-478.
4. Hassan M, Hawa S, Febronia K. Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners, The Open Dentistry Journal, 2015; 9, 455-461.
5. Loreto F, Ricardo C, Bravo D, Jiménez P, Fernández C, Mejía G. ADAPTACION Y VALIDACION AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO DE PERCEPCION INFANTIL CPQ-Esp11-14 EN POBLACIÓN COMUNITARIA CHILENA, Rev Esp Salud Pública 2015;89: 585-595.
6. Mérida R, Serrano A, Tabernero C. Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de la autoestima en la infancia, RIE, 2015, 33(1), 149-162.
7. Anil G, Charu M., Hind P, Vandana D. Behaviour management of an anxious child. Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal. 2014; 16(1).

8. Aravena PC, Moraga J, Carte-velasquez R, Manterola C. Validez y confiabilidad en investigación odontológica. *Int. J. Odontostomat.*, 8(1):69-75, 2014.

9. Lima S. Conocimiento de los estudiantes de cuarto y quinto año de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala sobre las técnicas de manejo de la conducta de pacientes pediátricos. [Optar título de cirujano dentista]. Guatemala: Facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2013.

Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/666/>

10. Lopera MP, Cardeño V, Muñetones D, Serna E, Díaz MV, Bermúdez 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* 2013; 9(16):59-65.

11. Cardoso C, Gomez-Conesa A, Hidalgo M. Metodología para la adaptación de instrumentos. *Revista Fisioterapia* 2010; 32(6):264–270.

12 Castrejón R, Borges A, Irigoyen M. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(5):321–9.

13. Soto RM, Reyes DD. Manejo de la emociones del niño en la consulta odontológica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.*2005.

Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art-10/>

14. Cupe A, García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev Estomatol Herediana.* 2015; 25(2):112-121.

15. Beltran R. Relación entre ansiedad y respuesta fisiología en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica [tesis para obtener el título de cirujano dentista].Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.

Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/>

16. Murillo A. Desarrollo de competencias en el manejo del comportamiento del paciente durante la consulta odontopediátrica en la formación de especialistas en odontopediatría [Tesis para optar al título de Magister en Educación].Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2012.

Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/9774/1>

17. Delacruz E. Ansiedad y miedos dentales en niños de edad escolar de la esc. primaria francisco h. Santos de Coatzacoalcos, periodo febrero-mayo del 2011[tesis para obtener el título de cirujano dentista].Veracruz,Mexico: Universidad veracruzana; 2011.

Disponible en: <https://docplayer.es/11817767-Universidad-veracruzana-facultad-de-odontologia-campus-de-minatitlan.html>

18. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología pediátrica la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.1eraEd.Buenos aires: Medica panamericana. 2010: pp.47 -102.

19. Paulina E. Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana [Tesis para optar título de cirujano dentista].Santiago, Chile: Universidad de chile.2013.

Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117582>

20. LLanco E. Eficacia del manejo de conducta con videojuegos versus el manejo de conducta convencional en la satisfacción y aceptabilidad del tratamiento restaurador odontopediátrico en niños de 3 a 5 años que acuden al centro médico odontológico San Carlos – Huancayo[ Tesis para optar título de cirujano dentista ].Huancayo, Perú: Universidad alas peruanas,2013.

Disponible en: [http://www.cop.org.pe/bib/tesis/LIZ\\_LLANCO\\_TAIPE\\_2014.pdf](http://www.cop.org.pe/bib/tesis/LIZ_LLANCO_TAIPE_2014.pdf)

21. García A, Parés G, Hinojosa A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta. Revista Odontológica Mexicana 2007; 11 (3): 135-139.

22. Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Av. Odontoestomatol 2014; 30 (1): 39-46.

23. Hossein A, Baradaran Y, Gharaei J, Mehra P, Zadhoosh S. The Effect of Parental Presence on the 5 year-Old Children's Anxiety and Cooperative Behavior in the First and Second Dental Visit. Iran J Pediatr 2011; 21(2): 193-200.

24. Gao X, Hamzah S, Yung C, McGrath, King N. Dental Fear and Anxiety in Children and Adolescents: Qualitative Study Using YouTube. J Med Internet Res 2013; 15(2): 29.

25. María J. Ferro T. Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica. Acta odontológica venezolana 2003; 43(2):18.

26. Josefa P. Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontológica venezolana 1998; 36 (2):4.

27. Abanto J, Revende K, Bönecker M, Corrêa F, Corrêa M. Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev. Estomatol Herediana 2010; 20(2):101-106.
28. Quiroz J, Melgar R. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Rev. Estomatol Herediana 2012; 22(2):129-136.
29. Soto R, Reyes D. Manejo de las emociones del niño en la consulta odontologica. [Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría] 2005. [Citado 25 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art-10/#>
30. Teixeira V, Guinot F, Bellet L. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría Revisión bibliográfica. Odontopediatr 2008; 16(2):108.
31. Nava V, Fragoso R. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. Revista Odontológica Mexicana. 2012; 16 (4): 242-251.
32. Asma M, Manal A. Saudi dental students' perceptions of pediatric behavior guidance techniques. BMC Medical Education.2015; 15:120.
33. Sampieri R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigacon.6taEd.Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA; 2014.
34. Castrejón R, Borges A, Irigoyen M. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(5):321–9.

35. Núñez L, Rey R, Bravo D, Jiménez P, Fernández C, Mejía G. Adaptación y validación al español del cuestionario de percepción infantil CPQ-Esp11-14 en población comunitaria chilena. Rev Esp Salud Pública 2015; 89: 585-595.

36. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión. 2004; 5(17):23-9.

## ANEXOS

## ANEXO N°01: Carta de presentación



Pueblo Libre, 14 de diciembre de 2017

CD. DAMARIS CANDELARIA LOYOLA ZEGARRA  
Administradora de la Clínica Estomatológica

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada **ALVAREZ ALFARO, KAREN JOHANNA**, con código **2009113243**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

**TÍTULO: "VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA NO FARMACOLÓGICAS ODONTOPEDIÁTRICA EN ESTUDIANTES X CICLO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL LIMA EN EL AÑO 2017"**

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA  
DIRECTORA

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

C.C.  
Dra. Jaqueline Céspedes Porras  
Dra. Luz Helena Echeverri Junca

## ANEXO N°2: Constancia de desarrollo



### CONSTANCIA DE DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 16 de noviembre del 2018

Karen Johana Alvarez alfaro, bachiller, de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas, código de matrícula 2009113243 identificada con DNI Nro.48052463.

Quien ha realizado la ejecución de su proyecto de investigación en las clínicas estomatológica pediátricas durante los meses de octubre al 17 de diciembre del 2017.

La tesista Karen Johana alvarez Alfaro realizó su ejecución del proyecto de investigación a completa satisfacción y mostro en todo momento eficiencia, puntualidad, responsabilidad y buena formación académica.

Se otorga la presente constancia para fines que el interesado considere conveniente.

  
CC. LUZ HELENA ECHEVERRI J  
ODONTÓLOGA  
COP. 16.816

Dra. Luz Helena Echeverri Junca.



# DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIOS DE EXPERTOS

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: ..... CUESTIONARIO TÉCNICAS DE MANEJO DE ECONOMÍA

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1		X		X		X		
2		X		X		X		
3		X		X		X		
4		X		X		X		
5		X		X		X		
6		X		X		X		
7		X		X		X		
8		X		X		X		
9		X		X		X		
10		X		X		X		
11		X		X		X		
12		X		X		X		
13		X		X		X		
14		X		X		X		
15		X		X		X		
16		X		X		X		
17		X		X		X		
18		X		X		X		
19		X		X		X		
20		X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): .....

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [ ]   Aplicable después de corregir    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: ..... NÚÑEZ DAIVA GALDÓS ..... DNI: ..... 07393601 .....

Especialidad del validador: ..... OBLITERACIÓN .....

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teor. o formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguno el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

FIRMA DEL EMITENTE: 



# DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIOS DE EXPERTOS

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: QUESTIONARIO TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

Nº	DIMENSIONES / ítems		Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias	
	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No		
1	X		X		X		X			
2	X		X		X		X			
3	X		X		X		X			
4	X		X		X		X			
5	X		X		X		X			
6	X		X		X		X			
7	X		X		X		X			
8	X		X		X		X			
9	X		X		X		X			
10	X		X		X		X			
11	X		X		X		X			
12	X		X		X		X			
13	X		X		X		X			
14	X		X		X		X			
15	X		X		X		X			
16	X		X		X		X			
17	X		X		X		X			
18	X		X		X		X			
19	X		X		X		X			
20	X		X		X		X			

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Cadaveri, Cecilia R. DNI: 09.644.432.04

Especialidad del validador: Odontopediatría

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado  
 \*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
 \*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

*Nota:* Suficiencia: se dice suficiente cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

FIRMA DEL EXPERTO: 

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : Salazar Cecilia Flores  
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : CAR  
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION :  
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO :

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado															
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos												X			
3. ACTUALIZACION	Esta adecuados los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X			
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.													X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												X			
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los items.												X			
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.												X			
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su aplicación												X			

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación   
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 20/04/17 DNI: 09649304 FIRMA DEL EXPERTO:



# DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIOS DE EXPERTOS

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: *CUESTIONARIO TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA*

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1		X		X		X		
2		X		X		X		
3		X		X		X		
4		X		X		X		
5		X		X		X		
6		X		X		X		
7		X		X		X		
8		X		X		X		
9		X		X		X		
10		X		X		X		
11		X		X		X		
12		X		X		X		
13		X		X		X		
14		X		X		X		
15		X		X		X		
16		X		X		X		
17		X		X		X		
18		X		X		X		
19		X		X		X		
20		X		X		X		

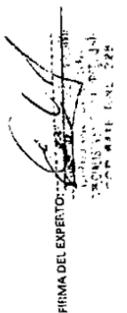
Observaciones (preclarar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    **Aplicable**     **Aplicable después de corregir**     **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador: Dña Mgr. *Salaazar Valdivia*    DNI: *2.9.577.496*

Especialidad del validador: *Psicóloga*

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
 \*Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.  
 \*Claridad: Se entiende sin dificultades alguna el enunciado del ítem, es conciso, preciso y directo.  
 Nota: Suficiencia, se da suficiencia cuando los ítems planteados con tal cual sea para medir la dimensión.

FIRMA DEL EXPERTO: 



# DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIOS DE EXPERTOS

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: QUESTIONARIO TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

Nº	DIMENSIONES / ítems		Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	
1	X		X		X		X		
2	X		X		X		X		
3	X		X		X		X		
4	X		X		X		X		
5	X		X		X		X		
6	X		X		X		X		
7	X		X		X		X		
8	X		X		X		X		
9	X		X		X		X		
10	X		X		X		X		
11	X		X		X		X		
12	X		X		X		X		
13	X		X		X		X		
14	X		X		X		X		
15	X		X		X		X		
16	X		X		X		X		
17	X		X		X		X		
18	X		X		X		X		
19	X		X		X		X		
20	X		X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:  No aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Mg. Carlos Figuera Cervantes DNI: 40051236

Especialidad del validador: Psicología Clínica

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se da a ciencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

FIRMA DEL EXPERTO:  
Carlos Figuera Cervantes  
Dr. Mg. Carlos Figuera Cervantes



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

- I. DATOS GENERALES:  
 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: Figueroa Cervantes Carlos  
 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA: UPEL - UAP  
 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION: .....  
 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO: .....

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACTUABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													X		
	Esta adecuados los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X		
3. ACTUALIZACION	Existe una organización lógica.													X		
4. ORGANIZACION	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													X		
5. SUFICIENCIA	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													X		
6. INTENCIONALIDAD	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.												X	X		
7. CONSISTENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													X		
8. COHERENCIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													X		
	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación													X		
9. METODOLOGIA														X		
10. PERTINENCIA														X		

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 17/04/17 DNI: 402801834 FIRMA DEL EXPERTO: Carlos Figueroa Cervantes

**ANEXO N°4: Consentimiento informado.**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

Área de investigación

Yo Karen Johana Alvarez Alfaro con DNI 48052463 se le ha informado por la bachiller: la realización de su trabajo de investigación titulado “Validación del instrumento de conocimientos sobre técnica de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017”.

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar los conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas-2017.

No es necesario que indique su nombre, los datos obtenidos serán confidenciales y usted podrá tener acceso a los resultados del estudio en el momento que desee.

Los datos obtenidos serán analizados por medios estadísticos para obtener resultados y posteriormente se obtendrán conclusiones y se elaborará un informe final al cual usted puede tener conocimiento de los resultados de la investigación.

SI USTED ESTA DE ACUERDO, en participar en esta investigación, por favor sírvase firmar de conforme y contestar a las siguientes preguntas.

FIRMA: \_\_\_\_\_

GÉNERO: F ( ) M ( )

## ANEXO N°5: Cuestionario Técnicas de manejo de conducta

1. Le presentamos a continuación una lista de afirmaciones, marque con una X en el cuadro que corresponda con la opción que usted crea correcto.

ITEMS	Verdadero	Falso
La técnica Decir-Mostrar-Hacer permite que el paciente conozca que procedimientos se le va a realizar.		
La técnica Decir-Mostrar-Hacer, está indicada en todos los tipos de comportamientos.		
Esta Técnica (Decir-Mostrar-Hacer), se realiza de una manera secuencial: se explica, se demuestra y se aplica.		
Decir-Mostrar-Hacer, tiene como objetivo disminuir la ansiedad del niño.		
El Refuerzo positivo se utiliza acompañado de la técnica Decir-Mostrar-Hacer.		
Refuerzo Positivo, también utiliza como reforzadores: regalos pequeños o premios.		
Refuerzo positivo, refuerza la conducta positiva con elogios o felicitaciones.		
Refuerzo positivo, Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento adecuado.		
La distracción contingente consiste en desviar la atención del niño mediante medios audiovisuales.		
La distracción contingente está indicada en cualquier paciente.		
La distracción contingente permite distraer al niño con el fin de disminuir su miedo.		
Distracción contingente, se realiza con la ayuda de medios audiovisuales, auditivos o realidad virtual.		
Tiempo fuera, consiste en suspender temporalmente el tratamiento o darla por terminada.		
Tiempo fuera, busca modificar un comportamiento negativo.		
Tiempo fuera, se pide al niño y a sus padres que regrese cuando esté preparado para cooperar.		
Tiempo fuera, está indicado en preadolescentes (9 a 13 años) o adolescentes (13 a 18 años).		
Modelamiento busca que el niño observe un modelo que está en una situación similar para que luego lo imite.		
El modelamiento disminuye el miedo del niño.		
El modelamiento refuerza un comportamiento positivo.		
Modelamiento, para su uso eficaz los modelos deben tener un correcto comportamiento.		

**Gracias por su colaboración.**

## ANEXO N° 6: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema principal</p> <p>¿El instrumento será adecuado para medir conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas odontopediátrica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017?</p> <p>Problema secundario</p> <p>¿El instrumento tendrá la validez de contenido adecuado para medir conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas odontopediátrica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017?</p> <p>¿El instrumento tendrá la reproducibilidad adecuada para medir conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas odontopediátrica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017?</p> <p>¿El instrumento tendrá la validez de constructo adecuado para medir el nivel de conocimiento sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas odontopediátrica en estudiantes de X ciclo de la universidad alas peruanas filial lima en el año 2017?</p> <p>¿El instrumento tendrá la confiabilidad adecuada para medir conocimientos sobre técnicas de manejo de conducta no farmacológicas odontopediátrica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>-Determinar la validez de un instrumento para medir conocimientos sobre las técnicas de manejo de conducta odontopediátrica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>-Determinar la validez de contenido de un instrumento para medir conocimientos sobre las técnicas de manejo de conducta odontopediátrica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017.</p> <p>-Determinar La reproducibilidad del instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre las técnicas de manejo de conducta odontopediátrica en estudiantes de X ciclo de la universidad alas peruanas filial lima en el año 2017.</p> <p>-Determinar la Validez de constructo del instrumento para medir conocimientos sobre las técnicas de manejo de conducta odontopediátrica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017.</p> <p>-Determinar La confiabilidad del instrumento para medir conocimientos sobre las técnicas de manejo de conducta no farmacológicas odontopediátrica en estudiantes del internado de la Universidad Alas Peruanas 2017.</p>	<p>V1:Validación de un instrumento</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Descriptivo, transversal</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>No experimental</p>

## ANEXO N° 7: Tabla de valoración

**Tabla 1.** Tabla de valoración de Coeficiente de validez V de AIKEN.

**Este coeficiente puede obtener valores entre 0-1, a medida que sea más elevado el valor el ítem tendrá una mayor validez de contenido**

Valor promedio de la calificación	V	IC 95% V
3,14	0,713	0,499-0,861
3,43	0,810	0,601-0,924
3,57	0,857	0,653-0,950
3,71	0,905	0,709-0,973
3,86	0,953	0,775-0,992
4.00	1,000	0,845-1,000

**Tabla 2.** Tabla de valoración de la concordancia según los valores del Coeficiente de correlación de Intraclase (CCI).

Valor del CCI Fuerza de la concordancia	
>0,90	Muy buena
0,71-0,90	Buena
0,51-0,70	Moderada
0,31-0,50	Mediocre
<0,30	Mala o nula

**Tabla 3. Tabla de valoración de confiabilidad**

Rango y nivel de confiabilidad

Rangos	Nivel de confiabilidad
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

$$KR-20 = \frac{20}{20-1} \left(1 - \frac{3.09}{11.23}\right) = 0.763 = 76.3 \% \text{ de confiabilidad}$$

Items	Jueces						S	v
	1	2	3	4	5	6		
a1	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a2	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a3	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a4	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a5	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a6	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a7	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a8	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a9	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a10	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a11	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a12	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a13	A	A	A	D	A	A	5	0.8
a14	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a15	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a16	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a17	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a18	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a19	A	A	A	A	A	A	6	1.0
a20	A	A	A	A	A	A	6	1.0

Individuos	Variables																				Puntaje
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	18
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	17
4	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	14
5	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	11
6	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	14
7	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	15
8	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	14
9	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18
13	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18
16	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
17	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	13
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	16
19	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	15
20	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
21	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	15
22	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
23	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	14
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
26	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	15
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	18
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
29	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17
30	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
31	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	17
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18
33	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	15
34	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17
35	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	16
36	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18
37	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
38	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17
39	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	15
40	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	13
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
42	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17
43	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	16
44	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18
45	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	13
46	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
47	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	11
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	18
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	19
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18
51	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	13
52	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	16
53	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
54	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
55	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17
56	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	11
57	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
58	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	10
59	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	15
60	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	11
61	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	15
62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	16
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
64	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
65	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	11
66	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	10
67	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	13
68	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	14
69	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	15
70	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	14
71	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	16
72	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	15
73	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	14
74	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	10
75	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
76	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	13
77	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	11
78	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	14
79	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	15
80	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	11

11.23

$$KR20 = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum p_i q_i}{\sigma_i^2} \right)$$

n  
20  
0.763

## **ANEXO N°8: Fotografías.**

### **Fotografía 1: prueba piloto**



Se realizó la recolección de datos de la prueba piloto en estudiantes de la clínica adulto II

### **Fotografía 2: recolección de datos**



Se realizó la recolección de datos en los estudiantes del internado

**Fotografía 3: Recolección de datos**



Aclaracion de cualquier duda que tenian con respecto al cuestionario.