



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACTITUD DE LOS PADRES Y SU INTERFERENCIA
EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA
DE LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos
establecidos para optar por el título de
Odontóloga

Profesora Guía
Dra. Susana Loayza

Autora
Verónica Alejandra Guarderas Puebla

Año
2016

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Susana Loayza
Especialista en Odontopediatría
C.C.: 180291242-6

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Verónica Alejandra Guarderas Puebla
C.C.: 171776637-0

AGRADECIMIENTO

Por este trabajo de titulación quiero dar las gracias primero a Dios por bendecirme y permitir que este sueño tan anhelado se haga realidad. Agradezco a mis Padres Manuel y Mercedes por siempre estar a mi lado cuando más lo he necesitado, de la misma manera a toda mi familia en especial a mis hermanas, cuñados, sobrinos; a mi novio Darío le agradezco por ser mi apoyo durante todo este trayecto. A la Universidad De Las Américas por acogerme en todo mi periodo estudiantil, a mis profesores por brindarme todas las enseñanzas profesionales, en especial a mi directora de tesis, Dra. Susy Loayza quien con su paciencia, conocimientos y experiencia lograron a que este trabajo sea culminado con éxito.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis Padres, Manuel y Mercedes quienes han sido un pilar muy importante en mi vida que gracias a su amor incondicional han hecho de mí una mejor persona y ahora una profesional. A mis hermanas Tatiana, Fernanda, Karina; Cuñados y mis sobrinos Alejandro, Josías, Felipe, Paula, Joaquín, Martina; quienes con su ternura me dieron las fuerzas necesarias para hacer de esta tesis un excelente trabajo, a mi novio Darío que siempre ha estado pendiente de mí demostrándome todo su cariño te dedico esta tesis mi amor, a todas estas personas importantes en mi vida les dedico con todo mi corazón.

RESUMEN

Acudir a la consulta odontológica es un reto muy grande tanto para el infante como para los padres de familia o representantes legales ya que en el veremos cuál es el comportamiento del niño según la actitud que presente el padre de familia, la vinculación que existe entre el padre y el niño es muy amplia y ahí es cuando el profesional sabrá qué tipo de padre es y la influencia que tiene sobre el niño, el profesional de la salud mediante este reto sabrá llevar a cabo la situación y decidirá si es o no factible que el padre permanezca en la consulta o bien sea en la sala de espera, para realizar así cualquier tipo de tratamiento odontológico.

El presente proyecto tuvo como objetivo el determinar la actitud de los padres y su relación con la conducta del niño en la primera consulta Odontopediátrica de la Clínica de la Universidad de las Américas, para ello se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, mediante la revisión crítica de los fundamentos teóricos y una investigación de campo centrada en la aplicación de un cuestionario a 135 padres o representantes de los niños de entre 4 y 12 años que asistieron a consulta. Se observó que el 48,9% de los niños investigados acudió acompañado por su madre, el 40% por otro familiar que no fuera su padre o madre y solo el 8,9% fueron acompañados por su padre.

El 32,6% de los acompañantes permitieron el trabajo sin interferir. El 35,6% de los padres se valoró como negligentes/indiferente, el 32,6% se valoraron como completamente colaboradores y el 15,4% como sobreprotectores. En cuanto a la actitud del niño se evidenció que el 52,6% de los niños y niñas asistidos, tuvieron un comportamiento positivo, el 27,4% definitivamente positivo es decir eran niños completamente colaboradores los cuales no tuvimos ningún tipo de problemas para atenderlos, en contraparte el 19,3% tuvieron un comportamiento negativo y el 0,7% definitivamente negativo. Este comportamiento no guardo relación con el tipo de acompañante grados de

familiaridad ($p > 0,05$), pero si guardó relación con el tipo de actitud demostrada por su acompañante ($p < 0,05$). Así, cuando el padre o acompañante era colaborador en el 65,9% de los casos el niño demostró un comportamiento definitivamente positivo, ante la presencia de un padre manipulador el 16,7% demostró una actitud definitivamente negativa, y cuando se presentó el caso de padres ansiosos, en el 100% se valoró como de conducta negativa.

ABSTRACT

It's a big challenge to go to a dental consultation for both the child and the parents, or the family's legal guardians because we will watch what would be the child's behavior according to the attitude shown by the parents. The type of connection between the parents and the child is very important as it will let the professional know the parents' character and how that character influences on the child behavior. Therefore, depending on the situation the dentist professional can decide whether or not is necessary that the parents remain present during the consultation. Otherwise, the parents would hold in the waiting room, in order to make any kind of dental treatment.

The purpose of this project was to determine the parents' attitudes and their interference in the first Pediatric Dental consultation at the University of the Americas Clinic. In order to make this, it was realized an observational, descriptive and cross-sectional study through a critical review of the theoretical facts and field research that was based on a survey applied to 135 parents or children's guardians whose children were between the ages of 4 and 12 years that attended to the consultation.

It was observed that 48.9% of the children were accompanied by their mother, 40% by other family member than their father or mother and only 8.9% were accompanied by their father.

The 2.6% of allowed companions work without interfering. 35.6% of parents was assessed as negligent / indifferent, 32.6% were rated as fully partners and 15.4% overprotective. As for the child's attitude was evidenced that 52.6% of boys and girls attended, performed positively, 27.4% definitely positive that is completely collaborators which were children who did not have any trouble serve them in counterpart 19.3% had a negative behavior and 0.7% definitely negative. This behavior was not related to the companions degrees of familiarity ($p > 0.05$), but was associated with the type of behavior by his companion (p

<0.05). Thus, when the parent or companion was a partner in 65.9% of cases the child showed a decidedly positive performance in the presence of a father manipulator 16.7% demonstrated a definitely negative attitude, and when the case was filed anxious parents, 100% was assessed as negative behavior.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Justificación.....	2
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Comportamiento del odontólogo infante padres	3
2.2 Características del Infante	4
2.3 Llanto	6
2.3.1 Tipos de llantos.....	6
2.3.2 Actitudes que se deben tomar en cuenta hacia los tipos de llanto.....	7
2.4 La Ansiedad	7
2.4.1 Componentes de la ansiedad	8
2.5 Actitud.....	9
2.5.1 Componentes de la actitud	9
2.6 Conducta del Niño	9
2.6.1 La influencia de los padres	10
2.6.2 La influencia con la escuela	12
2.6.3 Los antecedentes médico – dentales.....	13
2.7 Técnicas de Manejo de la Conducta	13
2.7.1 Decir, mostrar, hacer	14
2.7.2 Refuerzo Positivo.....	15
2.7.3 Distracción - voz distracción	15
2.7.4 El control de la voz.....	16
2.7.5 Comunicación no-verbal	16
2.7.6 Modelado	17
2.7.7 Inhibición latente.....	17
2.7.8 Exposición gradual.....	17
2.7.9 .Restricción física.....	18
2.7.10 Mano sobre la boca	18

2.8	Tipos de Padres	19
2.8.1	Estilo autoritario	20
2.8.2	Estilo democrático.....	20
2.8.3	El estilo indiferente, rechazo-abandono.....	21
2.8.4	Estilo permisivo-democrático-indulgente	21
3.	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivos General	23
3.2	Objetivos Específicos.....	23
4.	METODOLOGÍA	24
4.1	Tipo de estudio.....	24
4.2	Población	24
4.3	Muestra	24
4.4	Criterios de la Muestra	25
4.4.1	Criterios de Inclusión	25
4.4.2	Criterios de Exclusión	25
4.5	Descripción del Método.....	26
5.	RESULTADOS	27
6.	DISCUSIÓN	35
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
7.1	Conclusiones	37
7.2	Recomendaciones.....	37
8.	CRONOGRAMA.....	39
9.	PRESUPUESTO.....	40
	REFERENCIAS	41
	ANEXOS	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Acompañante del paciente	27
Figura 2: Comportamiento del acompañante durante la cita odontológica.....	29
Figura 3: Valoración del tipo de padre.....	30
Figura 4: Comportamiento del paciente durante la cita odontológica.....	31
Figura 5: Relación del tipo de acompañante con el comportamiento del infante.....	32
Figura 6: Relación de la actitud de acompañante con el comportamiento del infante.....	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Acompañante del paciente	27
Tabla 2: Comportamiento del acompañante durante la cita odontológica	28
Tabla 3: Valoración del tipo de padre	29
Tabla 4: Comportamiento del paciente durante la cita odontológica	31
Tabla 5: Relación del tipo de acompañante con el comportamiento del infante.....	32
Tabla 6: Relación de la actitud de acompañante con el comportamiento del infante.....	33
Tabla 7: Cronograma	39
Tabla 8: Presupuesto	40

1. CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La primera vez que el niño acude al odontólogo es una experiencia nueva, si el trato no es el adecuado podrá crear traumas o por el contrario si el trato es óptimo el niño tendrá satisfacción al asistir a la consulta.

Es importante que el profesional debe asesorar a los padres de familia por que son la base del progreso del infante y también el éxito frente a las diferentes situaciones que se puedan presentar dentro de la consulta dental. Por consecuente la actuación del niño en la consulta odontológica es un reflejo de la actitud de los padres que se transmite a los hijos.

En la consulta dental se pueden encontrar diversos estímulos que ocasionan temor en el infante, como los sonidos muy fuertes, movimientos inesperados y bruscos, el contacto con personas que por primera vez conocen, experiencias totalmente desconocidas así como también la separación o la no de los padres de familia o sus representantes legales.

Hay que tomar en cuenta que la clave de un buen tratamiento odontológico está en la comunicación que existe entre paciente y odontólogo todo esto brindando una correcta información para analizar y prever el comportamiento en cuanto la experiencia clínica empieza.

La conducta del infante se ve influenciada por factores como el nivel sociocultural, su medio ambiente, familia y personal.

Uno de los aspectos más importantes en Odontopediatría es el control de la conducta del niño, ya que sin cooperación no es posible realizar con éxito su tratamiento dental.

Varios estudios han podido demostrar que los padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos muy amistosos, atentos, y sobre todo que cooperan; pero a diferencia de los padres indiferentes generan hijos intolerantes con conductas muy negativas.

Cuando el infante observa que su padre o madre se sienten placenteros con todo el equipo de trabajo odontológico, empieza a sentir menos ansiedad en la consulta.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El motivo de esta investigación es evaluar la actitud que tienen los padres con los niños al acudir por primera vez a la consulta odontológica, que en este caso se llevará a cabo en la Universidad de las Américas; se determinará cual es la persona que con mayor frecuencia acompaña al niño a la consulta y relacionar el comportamiento de los niños con la actitud de de sus padres o representantes legales, de acuerdo a lo observado el estudiante permitirá o no la permanencia de los padres en la consulta.

2. CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO - INFANTE - PADRES

El desafío del Odontopediatra es llevar a cabo con éxito el tratamiento clínico de sus pacientes tomando en consideración los aspectos psicológicos y clínicos.

Los diferentes problemas asociados con la salud bucal de los niños a su vez están relacionados con la influencia que los padres ejercen sobre ellos, pues esto determina si serán atendidos en citas programadas (con un enfoque preventivo) o acuden sólo de urgencia (con un enfoque curativo). (Núñez, 2006).

Debemos tomar en cuenta las variables que van a influir en el comportamiento del niño; así vamos a tener:

- 1) La ansiedad materna, generar miedo en el niño.
- 2) Las vivencias negativas anteriores donde la experiencia del dolor dental genera miedo a la consulta odontológica.
- 3) La más grave de ellas, cuando los padres desconocen la importancia que tiene la salud oral de sus hijos o la naturaleza de los tratamientos odontológicos.

La relación entre el padre, el odontólogo y el niño es muy importante porque ésta se basa en la confianza; es necesario que exista una buena interacción tanto con los representantes como con sus hijos, informando sobre los procedimientos que se van a realizar, sea en una o en varias sesiones dependiendo de la actitud del niño y de los problemas clínicos que éste presente.

Si esta triada (odontólogo – padres – paciente) se establece con éxito se conseguirá que se genere confianza en el paciente hacia el equipo de trabajo por tanto es posible que el niño permanezca en la consulta solo durante los procedimientos dentales.

La influencia que tiene el medio en el que se desarrolla el niño también influye en su comportamiento social que se refleja en la consulta dental, el especialista debe tomar en cuenta este factor porque también es importante para aplicar las técnicas psicológicas en su paciente.

Cuando los padres regresan con sus niños en una segunda visita, el profesional deberá analizar si es necesario empezar con procedimientos un poco más complicados que conlleven más tiempo o seguir en una etapa inicial de conocimiento y confianza, esto nos va a servir para que el niño no tenga traumas ni problemas durante su crecimiento, para esto también es muy importante la actitud que el odontólogo transmita al niño y a sus padres.

Si el niño asiste de manera regular a la consulta se podrá educar y motivar en la importancia que tiene la salud bucal, se establecerán la frecuencia de citas clínicas y radiográficas de acuerdo a su diagnóstico de riesgo cariogénico. Si el niño demuestra una actitud positiva será premiado. (Nuñez, 2006)

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL INFANTE

De acuerdo a la Academia Americana de Odontología Pediátrica en 1986 se mencionó que la primera visita al odontólogo de un niño debe ser alrededor de los 6 meses de edad. Esta atención odontológica es necesaria para mejorar el mantenimiento de la salud oral y para permitir que el niño se acostumbre a procedimientos dentales de rutina. Sin embargo, han sido poco estudiados los aspectos psicológicos de la atención dental a esta edad.

El conocimiento sobre el desarrollo psicológico de la primera infancia es fundamental para la comprensión de los aspectos de la conducta relacionados con la atención odontológica en esta edad. La observación de las respuestas de comportamiento de los niños a los estímulos dentales permite establecer patrones de comportamiento. En los niños que se consideran "normales", el enfoque utilizado con frecuencia es la edad del niño en base a los conceptos de desarrollo psicosocial y psicomotriz, la edad cronológica y mental tienen una influencia significativa en el tiempo necesario para que los niños acepten el tratamiento dental.

Klein menciona que la forma en que el niño asimila su experiencia con el dentista es decisiva para la formación de actitudes y expectativas hacia el tratamiento dental. (Zaze, Fraga & Cunha, 2009)

Así vamos a tener que durante el periodo del nacimiento y los primeros meses de vida el niño va a ir desarrollando su estado de afecto y de confianza en este caso con la madre que es con la persona que va a estar más en contacto va a ir desarrollando su sistema motor, su sistema visual, auditivo, social y afectivo es por eso que el niño debe estar en un ambiente rodeado de amor y confianza para que cuando empiece las visitas al Odontólogo sean más factibles.

Durante el primer y segundo año se presenta un periodo de desarrollo físico y emocional, con nuevos patrones de habilidades, comportamientos, nuevas relaciones sociales ya sean amigos de su misma edad o personas adultas, en esta etapa también se ven las relaciones con personal de salud y en este caso el odontólogo, el niño va a empezar a desarrollar nuevas experiencias y sus padres representan un amparo de fuerza, seguridad y conocimiento.

En la etapa preescolar que va de 3 a 5 años vamos a tomar en cuenta que el miedo va a predominar teniendo pánico a los fantasmas, monstruos y son muchas de las amenazas de los padres hacia sus hijos que utilizan como castigo, por lo tanto la reacción del niño será una respuesta a todo esto como

por ejemplo llorando, golpeando o pataleando, este tipo de situaciones son las más encontradas por los niños.

Los niños de 6 a 12 años crecen y se desarrollan normalmente pero ocurren también muchos cambios en su boca, Esta etapa se produce el cambio de la dentición temporal a la definitiva. Las revisiones de rutina resultan importantes durante estos años para poder evaluarla posición de los dientes, la relación intermaxilar y establecer nuevas técnicas de higienización para el control mecánico del biofilm.

2.3 LLANTO

Una de las primeras formas de la comunicación ante cualquier tipo de malestar es el llanto, esta es la expresión que con frecuencia los niños van a recurrir frente a la ansiedad, el miedo, y una de las primeras formas de reacción que se observa desde el punto de vista odontológico. (Olivera, 2007)

2.3.1 Tipos de llantos

- **El llanto atemorizado:** este es el llanto que se caracteriza por tener abundantes lágrimas, vocalización lastimera, quejas, solicitud de llamar a la madre, realiza movimientos con la cabeza para evitar cualquier situación así como también cubre su rostro con las manos evitando el contacto visual con el especialista.
- **El llanto herido con poco volumen:** es un llanto en la cual el niño va a respirar de forma alterada y va a tener movimientos de las manos y sus extremidades van a ser tensas.
- **El llanto obstinado:** va a consistir en un tipo de llanto fuerte, con órdenes, amenazas, gritos, movimientos de la musculatura y se observara una conducta agresiva con actitud desobediente tipo pataleta.
- **El llanto compensador:** este tipo de llanto es muy distinto ya que va a consistir en una serie de sonidos que más bien sirven para compensar,

neutralizar los ruidos que se van a producir por los equipos o instrumentos odontológicos. (Olivera, 2007)

2.3.2 Actitudes que se deben tomar de acuerdo a los tipos de llanto

Las actitudes del odontólogo tienen que ser diferentes ante estos diversos tipos de llanto, ya que son varias las causas que lo provocan. Se va a requerir de una actitud firme, el control de la voz debe ser clara. El segundo, por el contrario, demanda comprensión y apoyo, para disminuir el temor, explicaciones técnicas del tipo decir - mostrar - hacer, en acciones traumáticas y breves para permitir al odontólogo que tome el control de las situaciones que se pueden presentar. Cuando el especialista durante el procedimiento dental provoca involuntariamente dolor al paciente este reaccionará con llanto herido por lo que la situación se debe corregir inmediatamente.

La técnica que se aplique va a depender mucho también de la empatía. Los tipos de llanto pueden ayudar a entender como se siente un niño. Se ha observado que la conducta del odontólogo es influenciada por la conducta de los niños.

Los odontólogos manifiestan alto estrés frente a pequeñas muestras de llanto, a movimientos agresivos y gritos, de tal modo que parece esta situación involucrada al control emocional del profesional. (Olivera, 2007)

2.4 LA ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción automática que tienen las personas como reacción a las situaciones que se le pueden presentar.

La ansiedad puede ser:

- **Sana:** es la que se encuentra asociada a miedos que nos preservan la vida. Podemos haberlos aprendido por observación o por experiencias vividas; pero también nacemos con muchos otros que heredamos a través de la evolución como la oscuridad, separación, terrores nocturnos, etc.

- **Patológica:** Es la que nos afecta en la vida haciéndonos infelices, como las fobias o las manías. Puede tratarse de una ansiedad ligada a una situación o un estímulo concreto o puede ser generalizada.

Si hablamos en la parte odontológica esta reacción va a influir claramente el estado de salud oral ya que es obstáculo para la atención del paciente así como también para futuro tratamiento. Este tipo de trastorno es una señal que actuará como barrera para impedir que el niño viva situaciones y experiencias nuevas. (Staberg, 2013).

La ansiedad se desencadena dependiendo el tipo de tratamiento que se realice así podemos decir que el mayor riesgo de ansiedad se produce cuando se realiza un proceso de exodoncia o tratamientos que produzcan dolor lo que pasa al contrario el nivel de ansiedad es mínimo cuando se realiza una limpieza dental; no podemos olvidar mencionar que la ansiedad también tiene que ver con experiencias vividas o previas a la consulta con el odontólogo. (Caicedo, Cortez y Gama, 2008)

2.4.1 Componentes de la ansiedad

La ansiedad se va a manifestar con tres componentes básicos que son:

- **Sistema motor:** implica las conductas motoras, externas, que ocurren como incremento de la activación (temblar, tartamudear, etc.) o como medio de escape (huir, no acercarse, etc.).
- **Cognitivo:** lo que el individuo piensa o siente en esa situación (temor, malestar, etc.).
- **Sistema fisiológico:** tales como aumento del gasto cardiaco, de la presión sanguínea, etc. (Staberg, 2013).

2.5 ACTITUD

Es la postura en la que se va a expresar una visión de algo, el estado de ánimo o alguna intención. Dentro del campo de la psicología la definición de actitud más conocida y de mayor influencia es la de Allport, la cual define a las actitudes como: “Un estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia directa o dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Otro autor como Thurstone define a las actitudes como “La suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico”. Por lo tanto podemos afirmar que todo cuanto nos rodea es un objeto de actitud. (Olivera, 2007)

2.5.1 Componentes de la actitud

- **Cognoscitivo.-** este va a estar compuesto por las creencias y las percepciones hacia un objeto, que sería la información que vamos a obtener del mismo.
- **Afectivo.-** referente a los sentimientos y emociones que siguen a las ideas.

Por lo tanto tenemos que este es el componente con mayor característica de las actitudes pues en él se va a hallar una de las principales diferencias entre las opciones que caracterizan al componente cognoscitivo y las creencias.

- **La conducta:** concerniente a la reacción que va a tener hacia los objetos de distinta manera.(Olivera, 2007)

2.6 CONDUCTA DEL NIÑO

Dentro del desarrollo psicológico vemos que hay una correlación entre el ambiente y la herencia, el ambiente es muy diverso así como complejo, ciertas

variables tienen relación con el comportamiento con el odontólogo y la mayoría de veces va a estar representada por la influencia de los padres, el grupo de referencia en la escuela y en este caso los antecedentes que haya tenido en el odontólogo. (Escobar, 2004).

Dentro de los factores ambientales que influyen en la conducta del niño encontramos:

2.6.1 La influencia de los padres

Hay cierto tipo de actitudes de los padres que influyen en algunas condiciones en el niño. (Escobar, 2004).

- **Sobreafecto:** El sobreafecto es más frecuente cuando son hijos únicos o fueron concebidos en una edad avanzada, niños adoptados, o si es el último integrante de la familia, este tipo de infantes son niños que presentan un desarrollo inadecuado para ser parte de la sociedad tanto en la escuela o en su mismo hogar. En la consulta va a demostrar un tipo de temor y recurrirá a su madre o representante para que este con él en ese momento, el niño se va a rehusar a abandonar a su madre le sujeta fuerte su mano o a su vez la abraza sin querer abandonarlo.
- **Sobreprotección:** La sobreprotección será observada con mayor frecuencia en la madre quienes quieren proteger al niño impidiendo que se relacione con otros niños, dando argumentos como que le pueden hacer daño, contagiarlo de alguna enfermedad o simplemente ensuciarlo. El niño por su parte se va a comportar de una forma autoritaria controlando la situación y sin compartir con otros niños de su misma condición, pretende manipular y guiar al especialista en todo lo que se le va a realizar, evitando los procedimientos odontológicos, este tipo de niños tienen falta de disciplina y por ende no colaboran por la sobreprotección y actitud que presenta su madre.

- **Sobreindulgencia:** La sobreindulgencia es la consecuencia del tipo de actitud que presenten los padres hacia sus hijos esto quiere decir que no les niegan nada. Los padres tratan de compensar las carencias de su infancia de tal manera que le dan todo a su hijo, también hay otro aspecto con este tipo de padres cuando ellos están solamente por periodos y eligen la vía de complacerlos para no tener dificultades con los infantes, o así también ocurre este tipo de sobreindulgencia con la mayoría de los abuelos, el resultado será que este niño sea exigente y demandante, como muestra de esto se verá reflejado las pataletas, y el llanto impidiendo que la atención odontológica se realice con normalidad. (Escobar, 2004).
- **Sobreansiedad:** Es el tipo de actitud que se observa en las diferentes familias que hayan tenido algún tipo de pérdida familiar o personas cercanas, así como también cuando los padres son jóvenes y no tienen experiencia o cuando tienen un hijo único que fue obtenido con demasiada dificultad. Se ejercerá sobre el niño sobreprotección y sobreafecto motivados por la ansiedad y el temor. El infante va a depender siempre de sus padres para cualquier toma de decisiones y para realizar ciertas actividades, siempre va a responder con cobardía, timidez ante las diferentes situaciones.
- **Sobreautoridad:** Es cuando los padres van actuar de una manera posesiva para moldear a sus representados con un determinado comportamiento, imponiendo una disciplina muy inflexible, severa, cruel. Como consecuencia el niño será inseguro, negativo y el especialista por lo tanto juega un papel de la persona con autoridad sobre el.

El odontólogo debe permitir al niño que manifieste su temor, creando un ambiente de confianza y respondiendo a sus necesidades con tolerancia y sobre todo paciencia. (Escobar, 2004).

- **Falta de afecto:** La falta de afecto es la indiferencia que van a presentar los padres de familia o representantes legales con el niño, este tipo de situación se va a manifestar cuando ellos no disponen de tiempo necesario para compartir y atenderlo. Las causas de la falta de afecto pueden ser varias como la inconformidad con el sexo del niño o cuando su nacimiento no fue planeado. El niño que es parte de este tipo de situación tiene como característica principal ser muy indeciso, tímido, retraído, tiene temor a varias cosas ya que se asusta con facilidad, entre otras características es llamar la atención con diferentes hábitos como la onicofagia, se rehusa a comer, presenta succión digital, si el especialista le brinda el suficiente afecto y cariño la relación puede ser de gran satisfacción tanto para el niño como para el odontólogo. (Escobar, 2004).
- **Rechazo:** Tiene similitud con las causas que hablamos anteriormente es la falta de afecto pero son más representadas por los celos que presentan los padres cuando el niño tiene mas apego a uno de ellos, por la inmadurez, la falta de economía en el hogar, entre otras, este tipo de situaciones se verá reflejado con una actitud negativa de critica constante, de disciplina muy exagerada, con castigos cotidianos y el resultado de esto puede ser un infante imperioso, desobediente con las características de mando inexistente, mentiroso, propenso a dar pataletas, y hasta cierto modo adquirir vicios como el robo.
En este caso el especialista debe ser comprensivo creando un ambiente de afecto y confianza aun que el niño indique una actitud de rechazo. (Escobar, 2004).

2.6.2 La influencia con la escuela

Existe una diferencia entre los niños que asisten a preescolar vs los niños que van directo a la escuela. La diferencia es que los niños que ingresan a una edad temprana a la guardería a recibir clases con parvularias y a estar relacionados con otros niños de su edad tienen una gran ventaja por que

comparten mas con niños de su edad, conversan, juegan y se relacionan, en el campo de la salud es más fácil entrevistar a los infantes ya que ellos se comunican mejor a diferencia de los que van directamente a la escuela son más tímidos y no tienen un buen desenvolvimiento en la sociedad. (Escobar, 2004).

2.6.3 Los antecedentes médico – dentales

La emoción es un estímulo propio como respuesta del umbral de salud del niño. Para el odontólogo siempre será de gran ayuda saber si es que los niños han estado en ciertas ocasiones enfermos en casa por periodos largos de tiempo, porque se puede verificar las conductas con actitudes indulgentes o sobreprotectoras por parte de los padres de familia, mientras que los infantes que por varios motivos se encontraron hospitalizados podrían tener una mejor adaptación a cualquier requerimiento que tenga relación en el campo de la salud. (Escobar, 2004).

2.7 TÉCNICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA

La clave para el éxito en el manejo de la conducta del infante es utilizar ciertas técnicas como modelos de aprendizaje que están encaminadas a controlar las diversas emociones del paciente.

El manejo de los diferentes comportamientos de los infantes se va a fundamentar en el conductismo que de acuerdo a la psicología se plantea que el comportamiento de dicha persona puede modificarse tomando en cuenta la alteración de las condiciones ambientales que rodearan al niño y basándose en el control de las emociones del infante.

El tratamiento dental es fundamental para la relación que se establece entre el niño y el odontólogo, la cual si no es bien tratada se puede desarrollar el miedo y ansiedad que son los principales síntomas dentro de la consulta odontológica.

Es importante tomar en cuenta la técnica de manejo que vayamos a utilizar para los niños para que ellos cooperen y así poder prevenir el miedo y la ansiedad que ellos puedan manifestar. (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014)

2.7.1 Decir, mostrar, hacer

La técnica decir – mostrar - hacer es muy usada para que el infante se familiarice con el personal que trabaja en la consulta dental así también con los instrumentos y de los procedimientos que se realizarán, el profesional va a proceder a la explicación y a indicarle al niño todo lo que se le va a realizar en la consulta, hay que tomar en cuenta que el especialista así como el auxiliar deben tener un vocabulario de acuerdo a cada edad del niño, precautelando el uso de aquellas palabras que puedan ocasionar miedo y ansiedad entre dichas palabras están; sangre, aguja, dolor, sacar dientes, suturas, etc., en vez de este tipo de palabras el profesional y el equipo de trabajo puede utilizar palabras como por ejemplo la palabra “rojito” se cambia por la palabra sangre, “extraer la pieza” por sacar el diente, “incomoda” por dolor, “punta” se cambia por la palabra aguja, “lazo” en vez de sutura, etc.

En niños de 5 años o en los bebés también los nombres de los equipos y los instrumentos podrían ser cambiados por nombres de cosas que puedan estimular la imaginación y que sean agradables para el infante como por ejemplo puede ser "almohada para el dientecito" que sería el abridor de boca, "ducha" se cambia por motor de alta rotación, "tractorcito" para el motor de baja rotación, "paraguas" para el dique de goma, “anillo para el diente” una grapa o clamp, etc.

Mientras que a los niños de 6 a 12 años de edad que se encuentran en una etapa preescolar no les gusta que el trato sea muy infantil, es por eso que hay que utilizar con mucha cautela el uso de diminutivos con los infantes de esta edad analizando así cada caso de acuerdo con la edad. (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014)

La técnica se puede elaborar mediante un acondicionamiento a distancia que consiste en la demostración de los procedimientos por medio de videos o material didáctico como modelos de estudio y acondicionamiento directo en el paciente.

Es importante tomar en cuenta que el tipo de reacondicionamiento se debe elaborar cada vez que el infante demuestre un comportamiento negativo hacia el tratamiento, mientras que en los bebés el reacondicionamiento deberá ser realizado en todas las citas odontológicas pues es limitada la retención en su edad, de la misma manera se recomienda que esta técnica no sea usada al momento que el especialista vaya a proceder a la colocación de una inyección de anestésico, al momento que el infante observa la aguja va a producir miedo y ansiedad en él, en la etapa preescolar en casos muy específicos cuando los infantes tengan un nivel bajo y moderado de miedo y ansiedad se podría realizar el acondicionamiento anestésico mostrando el carpule obviamente sin aguja o a su vez rompiendo la misma para que el niño solo observe el goteo del líquido del anestésico, y al realizar esta técnica el auxiliar debe estar pendiente y entregar a la altura del cuello y recubierta la aguja con algodón evitando así que observe directamente el carpule con la aguja. (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014)

2.7.2 Refuerzo Positivo

Esta técnica va a consistir en estimular al niño de tal manera que se le dará una recompensa por su buen comportamiento, el premio será de bajo costo, es fundamental brindar elogios al niño utilizando frases como "eres muy inteligente y me estas ayudando mucho" o "te comportaste súper bien hoy", " te mereces nota 20 sobre 20", " te ganaste una carita feliz", etc.

2.7.3 Distracción - voz distracción

Tiene como objeto provocar la atención del niño y estimular la imaginación con el propósito de distraerlo del procedimiento que se le vaya a realizar, utilizando

objetos animados o muñecos de forma educativa esta técnica es muy recomendada para bebés y niños menores de 5 años, mientras que para los niños con edad preescolar son el uso de juegos de video, cuentos, etc., una de las alternativas es distraerlo conversando con la madre sobre la vida diaria o sobre los juegos favoritos del pequeño, de cuantos amigos tiene y como se llaman, súper héroe favorito o la princesa favorita del niño, entre otros, esta técnica de distracción es una técnica muy efectiva para evitar la ansiedad del infante.

2.7.4 El control de la voz

La atención del niño se gana con el cambio de voz, aumentando el tono durante la conversación para ganar el mando. Se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla. Está indicada en el niño que no coopera ni presta atención, sus limitaciones son los niños que no sean capaces de comprender debido a la edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional. (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014)

2.7.5 Comunicación no-verbal

Esta técnica va a incluir diferentes formas de expresiones a las palabras, entre estas podríamos tener las expresiones faciales, caricias tranquilizadoras, gestos amigables, contacto visual, se le indicará al infante el uso de señales que sirva para no interrumpir el tratamiento odontológico y así el niño mostrará que algo le está incomodando, esta técnica es más usada para los niños con una edad superior a los 3 años, el tipo de señal que se le enseña al niño es que levante su brazo del lado contrario del profesional para así indicar que tiene alguna molestia y que el tratamiento sea pausado, es así como esta técnica tiene una sensación de control dándole crédito al infante para que tenga mayor confianza con el especialista.

2.7.6 Modelado

Esta técnica se utiliza para disminuir los comportamientos negativos de la ansiedad estimulando así al infante a que se comporte de acuerdo a cada situación dentro de la consulta odontológica, de tal manera que intervenga la relación con otro niño del mismo género y un aproximado de edad para que el niño siga esta relación y tenga un buen comportamiento, el modelo se observará desde la llegada a la consulta, dentro del tratamiento y a la salida del consultorio, en el caso de los niños menores de 4 años el especialista podrá utilizar a su madre o a un niño mayor que el paciente para que este pretenda modelar.

2.7.7 Inhibición latente

Este tipo de acondicionamiento es importante ya que tiene como objeto organizar el tratamiento de una manera más simple, existe una teoría que es la que inicia con el tratamiento del niño con una evaluación clínica, se explica la dieta que debe llevar el infante así como la importancia de una buena higiene dental colocación de flúor todo en cuanto a procedimientos no curativos que no causen dolor ni temor al infante, esto ayudará al niño a tener la suficiente confianza con el especialista. (Vergara, 2013)

2.7.8 Exposición gradual

Esta técnica es simple y esencial en el tratamiento odontológico ya que ayudará al infante lentamente a habituarse en el tratamiento dental, consiste en familiarizar al niño con el sillón odontológico equipo de trabajo e instrumental odontológico estos deben variar siempre de una exposición mínima a una exposición máxima, y se puede utilizar en todas las fases del tratamiento como por ejemplo se utiliza desde que el niño llega a la consulta como una introducción hasta el uso de la turbina anestesia, etc..

2.7.9 Restricción física

El movimiento de brazos, piernas, cabeza, resistencia durante el tratamiento son actitudes que presentan los bebés y preescolares, es por eso que la protección de este tipo de movimientos por medio de la restricción física será necesaria con el fin de impedir algún tipo de accidente, principalmente durante la colocación de anestésico o al momento de ingresar la turbina. Se puede realizar la restricción de dos formas:

De forma activa que es cuando la madre o acompañante va a sujetar las rodillas e inmoviliza las manos estando de pie, o cuerpo a cuerpo esto es cuando la madre se sentara en la parte anterior de sillón en una posición de cabalgata, o a su vez cuando se usa la técnica indicándole a la madre que se recueste en el sillón y sostenga a su bebe en brazos esta técnica es utilizada para infantes menores de un año de edad.

De forma pasiva se usa dispositivos como son los Pedi-wrap o Papoose Board estos dispositivos únicamente son recomendados cuando la madre o representante no puede tener un control de restricción activa, aun así se recomienda la restricción activa ya que siempre habrá un contacto visual de parte de su madre o representado que ofrecerá al infante una mayor seguridad para el procedimiento. Sin embargo se debe recordar que la restricción física no es muy utilizada en niños de edad escolar esto quiere decir que son infantes pasado los 5 años de edad ya que estos entenderán con mayor claridad las ordenes efectuadas por el odontólogo y responderán positivamente. (Vergara, 2013)

2.7.10 Mano sobre la boca

Esta técnica debe ser usada solamente con niños de más de tres años de edad que tenga un comportamiento muy dificultoso e inapropiado y será utilizado después de haber ocupado todas las otras técnicas habladas anteriormente.

Para el uso de esta técnica se deberá explicar y tener el consentimiento informado firmado por el padre o representante del niño, para evitar futuros problemas legales, para la cual se va a recomendar que el padre o representado salga de la consulta durante la atención odontológica.

Se podrá efectuar de dos formas ya sea con o sin restricción de las vías aéreas, en la técnica sin restricción el especialista colocará su mano con mucha firmeza sobre la boca del infante para así controlar el mal comportamiento, esta técnica se puede repetir las veces que sean necesarias hasta que el comportamiento del infante cambie, es esencial el uso de tono de voz para que el paciente permanezca quieto y él pueda escuchar todas las instrucciones de parte del odontólogo.

La técnica con restricción es cuando se limitará los movimientos del niño para facilitar los procedimientos dentales y disminuir las lesiones en el paciente, para realizar esta técnica necesitamos la autorización de los padres.

Es de suma importancia considerar que la presencia de los padres dentro del tratamiento odontológico no siempre será oportuno, ellos podrán estar presentes con el infante siempre y cuando ellos colaboren con el especialista y cuando obviamente no aumenten la ansiedad en el niño; la mayoría de los casos el pedir a la madre que se retire de la consulta ayudara al infante a obtener un comportamiento positivo para lo cual su gran recompensa será el regreso de su madre a la sala odontológica. (Álvarez, Pinto, Bönecker y Correa, 2014)

2.8 TIPOS DE PADRES

La experiencia del dolor dental genera temor a la consulta odontológica. La comunicación con los padres es fundamental para el manejo del comportamiento del niño, siendo de importancia el saber que es lo que piensan y cuáles son sus creencias y actitudes con respecto a la visita al

odontólogo. Los estudios encaminados a analizar ésta situación son muy pocos. Dado que el profesional no puede decidir el tratamiento del paciente, sin el consentimiento del padre o del representante; se los debe incluir en la consulta, para la toma de decisiones, aunque en ocasiones pueden influir negativamente en el curso del tratamiento. Se presentan diferentes tipos de padres según las prácticas educativas que brinden, sus propias experiencias o las vividas con sus hijos; algunos presentan cierto grado de ansiedad, de tal manera que alteran su comportamiento, el de sus hijos y el curso normal de la consulta.

Podemos encontrar padres altamente comunicativos, o de bajos niveles de comunicación; los padres comunicativos utilizan el razonamiento, tienen en cuenta la opinión de sus hijos, los animan a expresarse, escuchan razones; lo contrario pasa en niños con padres poco comunicativos en ellos se observa bajos niveles de comunicación, son padres que no abordan los problemas con sus hijos, no explican las reglas de comportamiento. (Vergara, 2013)

2.8.1 Estilo autoritario

Son aquellos que aplican normas estrictas y utilizan el castigo cuando el niño tiene mala conducta, no contribuyen al diálogo, conceden importancia a la obediencia y a las medidas disciplinarias; la comunicación padre e hijo es escasa.

2.8.2 Estilo democrático

Son padres que demuestran afecto, tienen una comunicación significativa con sus hijos, evitan el castigo, son afectuosos, no son indulgentes, sino que plantean exigencias e independencia, marcan límites, orientan y escuchan las ideas de sus hijos para llegar a un acuerdo con ellos.

2.8.3 El estilo indiferente, rechazo-abandono

Es el estilo utilizado por padres que rechazan y son negligentes, que no son receptivos ni exigentes y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes. Prácticamente no tienen normas que cumplir pero tampoco hay afecto que compartir; siendo lo más destacable la escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto de las conductas del niño (Vergara, 2013).

2.8.4 Estilo permisivo-democrático-indulgente

Son los padres sobreprotectores, demuestran cariño, una buena comunicación con ellos, no utilizan el castigo, pero es difícil que orienten o controlen a sus hijos.

(Cárdenas, 2000), a su vez identifica cinco tipos de padres donde se incluyen “factores objetivos, tales como el estado civil, la edad, el número de hijos y el grado de escolaridad, así como sus rasgos emocionales”, y distingue los siguientes tipos:

- **Padres motivados:** padres interesados en el tratamiento de sus hijos y su salud oral, participan y aceptan las recomendaciones del odontólogo.
- **Padres ansiosos:** son padres motivados y colaboradores, pero presentan alto nivel de ansiedad, lo cual puede ser inoportuno al momento de la consulta. (Vergara, 2013)
- **Padres autoritarios:** se caracterizan por ser personas de imposición absoluta y exigencia extrema. Básicamente este tipo de padres son insensibles a las necesidades emocionales de sus hijos. Los padres autoritarios son así porque quieren protegerlos de malas influencias, de malas decisiones, de conductas no apropiadas y creen que sus hijos no son aptos para tomar las riendas de su vida, así que ellos los controlan.

- **Padres manipuladores:** son padres con intención de hacer sutilmente que el odontólogo haga lo que ellos desean en el tratamiento, pueden hacer que el odontólogo pierda seguridad y capacidad de decisión.
- **Padres indiferentes:** son padres desinteresados en la salud oral de sus hijos, no están atentos a las necesidades odontológicas, excepto cuando hay una urgencia, o necesidad estética. (Vergara, 2013)

3. CAPITULO III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERAL

- Determinar la actitud de los padres y su influencia en la primera consulta Odontopediátrica de la Clínica de la Universidad de las Américas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el comportamiento de los padres en la primera cita odontopediátrica.
- Identificar el tipo de comportamiento de los niños odontopediátricos en la primera consulta odontológica.
- Relacionar el tipo de padres y sus actitudes con el comportamiento de los infantes frente a la primera consulta odontológica.

4. CAPITULO IV. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional, descriptivo, de corte transversal.

4.2 POBLACIÓN

El universo de la muestra será constituido por todos niños que acudan con sus padres o representantes legales a la consulta odontológica de la Universidad de las Américas en el periodo de Agosto 2015 a Diciembre del 2015.

De acuerdo a un análisis censal se determinó que la población fue de 164 niños, de los cuales 157 cumplían con los criterios de inclusión.

4.3 MUESTRA

Para la toma de la muestra se consideró entonces un universo de 157 casos clínicos con la siguiente fórmula:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Ecuación 1. Fórmula para la toma de muestra

Siendo:

$k = 1.96$ (95% de confiabilidad)

$e =$ Error de la estimación = 10%

$p = 0,5$; $q = 0,5$ $pq = 0,25$

$N =$ universo = 157

$$n = \frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

$$n = \frac{1,96^2 * 157 * 0,5 * 0,5}{10\%^2(157 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

$n = 135$

Se estableció una muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, que consistió en 135 unidades muestrales.

4.4 CRITERIOS DE LA MUESTRA

4.4.1 Criterios de Inclusión

- Niños y Niñas que acuden a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas por primera vez.
- Padres, representantes legales que acompañen al niño durante la primera cita odontológica.

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Niños que acudan a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas por alguna emergencia.
- Niños que presenten algún tipo de discapacidad que altere el comportamiento de los padres.

- Niños que acudan al centro odontológico de alguna fundación sin sus padres o representantes legales.

4.5 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

Para realizar la toma de la muestra de nuestro estudio se procedió como primer punto realizar una solicitud a la Universidad de las Américas para poder tomar los datos necesarios por medio de una encuesta la cual era de carácter observacional la misma que determinó la actitud de los niños frente a la primera consulta con el odontólogo y así como también la actitud que tenían los padres con los niños. Dependiendo de la actitud de los padres los niños permanecieron solos o acompañados durante los procedimientos dentales.

Para verificar que nuestra encuesta no tuviese errores se procedió a tomar la prueba piloto del estudio la cual realizamos a 20 padres y representantes legales con los que llegaron los niños.

Todo este procedimiento se realizó en el periodo de Agosto – Diciembre del 2015.

5. CAPITULO V. RESULTADOS

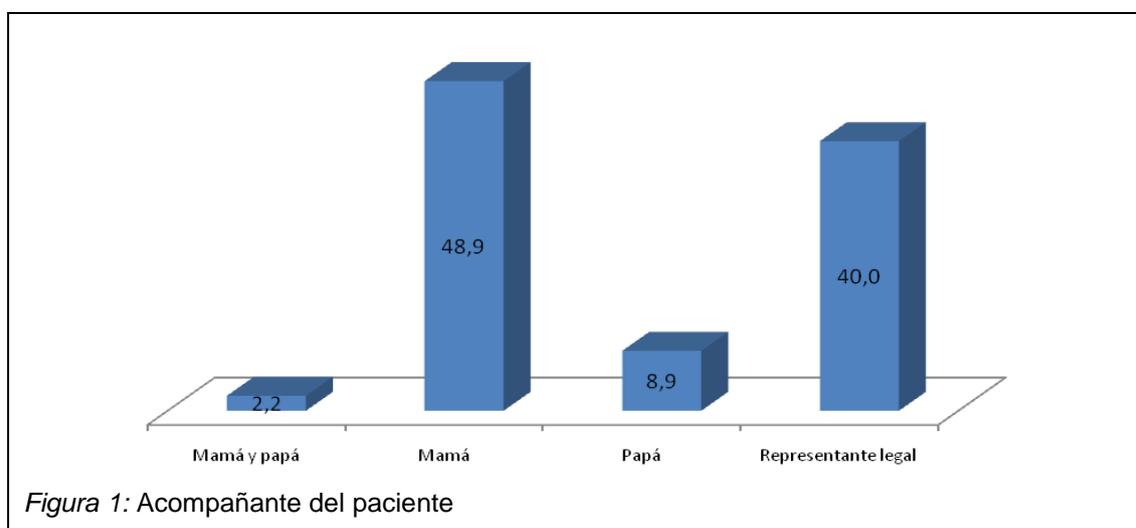
La información obtenida mediante la aplicación de la ficha de observación, permitió el diseño de una base de datos en el programa SPSS 23, en el que se codificó la información relativa a acompañante del paciente, comportamiento del acompañante, tipo general de comportamiento del acompañante y comportamiento del niño.

Se determinó la frecuencia absoluta y porcentual en relación a los datos de cada dimensión de la variable, así como a la posible relación entre variables, mediante una tabla de contingencia acompañada del respectivo resultado inferencial de acuerdo a la prueba de chi cuadrado.

Los resultados, su análisis e interpretación pueden observarse en las siguientes tablas y gráficas:

Tabla 1: Acompañante del paciente

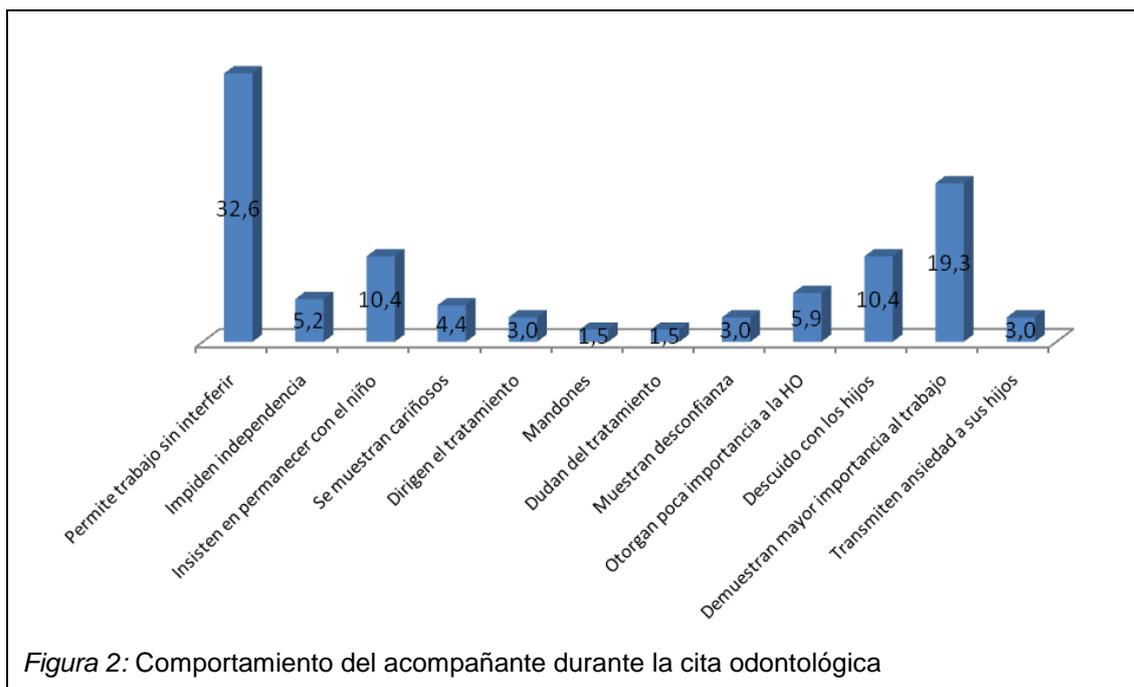
Acompañante	Frecuencia de citación	Porcentaje
Mamá y papá	3	2,2
Mamá	66	48,9
Papá	12	8,9
Representante legal	54	40,0
Total	135	100,0



El 48,9% de los pacientes estuvo acompañado únicamente por su madre, en el 40% de los casos, los pacientes infantiles fueron acompañados por un representante legal (familiar o amigo), en el 8,9% por su padre y apenas en el 2,2% por el papá y la mamá. Estos datos refieren que en el medio tradicionalmente quien se ocupa y preocupa por la salud de los infantes es la madre, y en otros casos; debido a que papá y mamá tienen ocupaciones laborales, quien acompaña y asiste al infante es un miembro de la familia ampliada quien finge como representante legal.

Tabla 2: Comportamiento del acompañante durante la cita odontológica

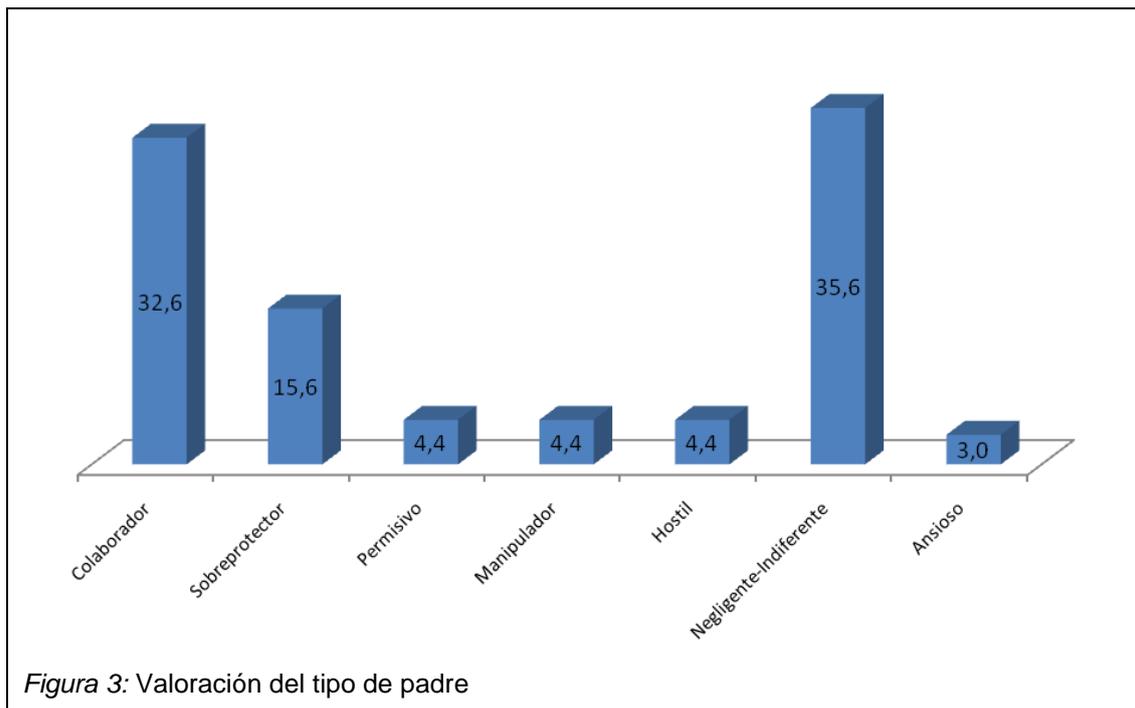
Actitud	Frecuencia de citación	Porcentaje
Permite trabajo sin interferir	44	32,6
Impiden independencia	7	5,2
Insisten en permanecer con el niño	14	10,4
Se muestran cariñosos	6	4,4
Dirigen el tratamiento	4	3,0
Mandones	2	1,5
Dudan del tratamiento	2	1,5
Muestran desconfianza	4	3,0
Otorgan poca importancia a la HO	8	5,9
Descuido con los hijos	14	10,4
Demuestran mayor importancia al trabajo	26	19,3
Transmiten ansiedad a sus hijos	4	3,0
Total	135	100,0



En forma específica, se observa que el 32,6% de los acompañantes permitieron el trabajo sin interferir, el 19,3% demostraron que los progenitores prestan mayor atención al trabajo, el 10,3% insistieron en permanecer con el infante, el 10,4% demostró descuido con la salud oral del niño. Las otras valoraciones fueron poco frecuentes.

Tabla 3: Valoración del tipo de padre

Tipo	Frecuencia de citación	Porcentaje
Colaborador	44	32,6
Sobreprotector	21	15,6
Permisivo	6	4,4
Manipulador	6	4,4
Hostil	6	4,4
Negligente-Indiferente	48	35,6
Ansioso	4	3,0
Total	135	100,0

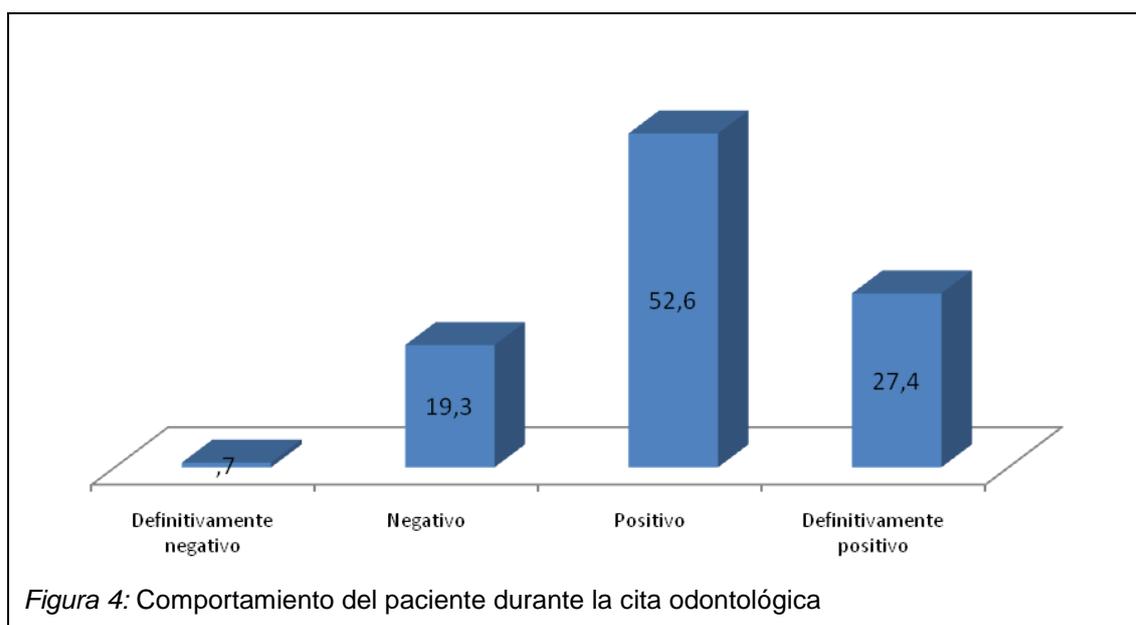


En relación a las actitudes demostradas por los acompañantes se determinó que el 35,6% de los padres podía valorarse como negligentes/indiferentes, el 32,6% se mostraron como colaboradores, el 15,4% como sobreprotectores, en tanto que las otras clasificaciones tuvieron valoraciones similares; entre 3% y 4,4%.

Al analizar los cuestionamientos acompañante (figura 1) y valoración (figura 3) del tipo de padre, se pudo inferir que una proporción importante de los atendidos fueron acompañados por una persona que no era padre ni madre, denotando una despreocupación de éstos por la salud oral de sus hijos. Otro indicio de esta despreocupación es que solo un tercio de los investigados demostraron colaboración en el diseño de tratamiento.

Tabla 4: Comportamiento del paciente durante la cita odontológica

Comportamiento	Frecuencia de citación	Porcentaje
Definitivamente negativo	1	,7
Negativo	26	19,3
Positivo	71	52,6
Definitivamente positivo	37	27,4
Total	135	100,0

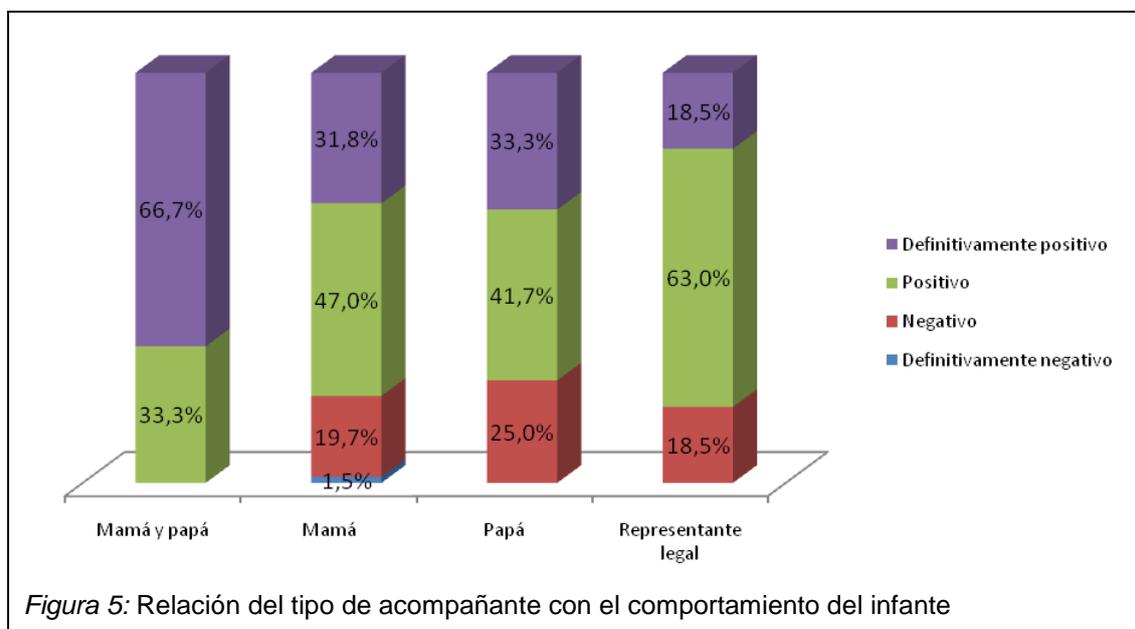


El 52,6% de los niños y niñas asistidos, tuvieron un comportamiento positivo, el 27,4% definitivamente positivo, en contraparte el 19,3% tuvieron un comportamiento negativo y el 0,7% definitivamente negativo.

En síntesis puede decirse que el 20% presentó problemas de comportamiento durante la atención odontológica.

Tabla 5: Relación del tipo de acompañante con el comportamiento del infante

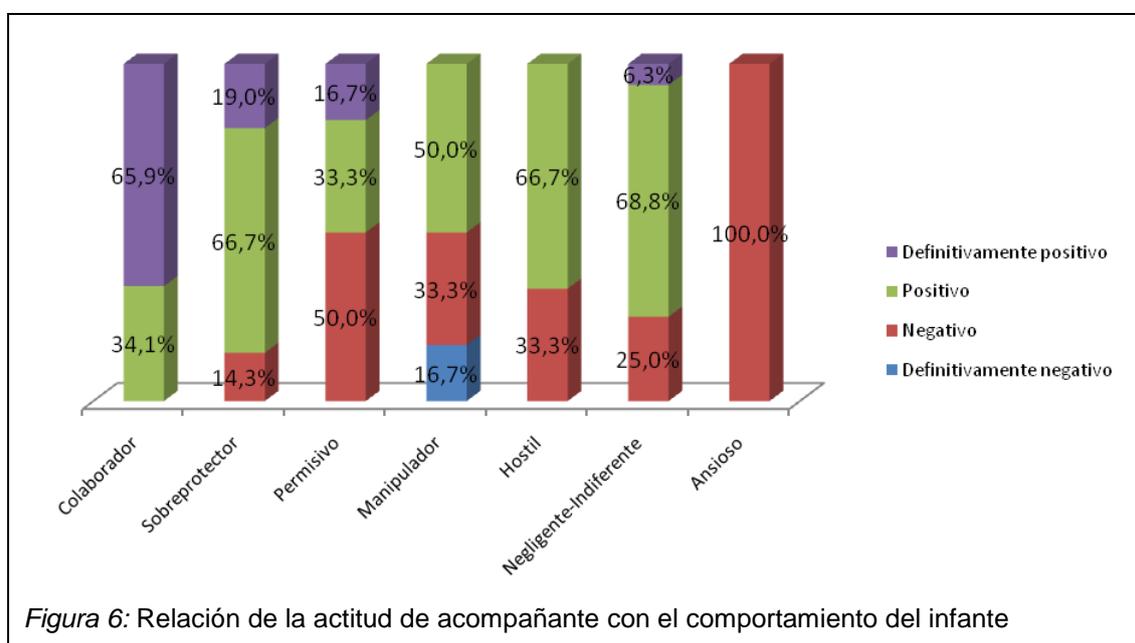
Acompañante	Frecuencia	COMPORTAMIENTO NIÑO				Total
		Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo	
Mamá y papá	F	0	0	1	2	3
	%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
Mamá	F	1	13	31	21	66
	%	1,5%	19,7%	47,0%	31,8%	100,0%
Papá	F	0	3	5	4	12
	%	0,0%	25,0%	41,7%	33,3%	100,0%
Representante legal	F	0	10	34	10	54
	%	0,0%	18,5%	63,0%	18,5%	100,0%
Total	F	1	26	71	37	135
	%	,7%	19,3%	52,6%	27,4%	100,0%



No se observó una tendencia contundente, aun así se determinó que cuando asistieron la madre y el padre a la cita del hijo el comportamiento fue positivo, en tanto que cuando asistió uno solo de los dos padres la actitud se valoró como negativa. La prueba de chi cuadrado estimó una significancia $p = 0,51$ que permitió inferir que el acompañante (en relación familiar) no influyó en el nivel de comportamiento del infante tratado.

Tabla 6: Relación de la actitud de acompañante con el comportamiento del infante

Tipo	Frecuencia	COMPORTAMIENTO NIÑO				Total
		Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo	
Colaborador	F	0	0	15	29	44
	%	0,0%	0,0%	34,1%	65,9%	100,0%
Sobreprotector	F	0	3	14	4	21
	%	0,0%	14,3%	66,7%	19,0%	100,0%
Permisivo	F	0	3	2	1	6
	%	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
Manipulador	F	1	2	3	0	6
	%	16,7%	33,3%	50,0%	0,0%	100,0%
Hostil	F	0	2	4	0	6
	%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
Negligente-Indiferente	F	0	12	33	3	48
	%	0,0%	25,0%	68,8%	6,3%	100,0%
Ansioso	F	0	4	0	0	4
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	F	1	26	71	37	135
	%	,7%	19,3%	52,6%	27,4%	100,0%



Al correlacionar el comportamiento del paciente infantil atendido y el tipo de padre, se determinó que cuando el padre o acompañante era colaborador en el 65,9% de los casos el niño demostró un comportamiento definitivamente

positivo, ante la presencia de un padre manipulador el 16,7% se mostró como definitivamente negativo, y en esta categoría fue de forma exclusiva. Frente a padres ansiosos el 100% se valoró como de conducta negativa.

La prueba de chi cuadrado estimó una significancia $p < 0,05$ que permitió concluir que la actitud del adulto se relacionó con el comportamiento del paciente infantil atendido.

6. CAPITULO VI. DISCUSIÓN

El comportamiento de los padres con los niños juega un papel muy importante durante la visita odontológica, en nuestro estudio realizado en la clínica de la Universidad de las Américas observamos que 66 de 135 niños asistieron a la consulta acompañados por su madre, 54 niños por sus representantes legales, 12 por su padre y a penas 3 de 135 niños fueron acompañados por mamá y papá, lo que coincidía con los estudios de Pérez, Gonzalez, Pinto y Nahas (2002) que en su investigación menciona que el 50% de los niños asistieron acompañados solo por su madre, Boj y Azanza (1990) en un estudio realizado para ver el comportamiento de los padres durante la atención dental determinó que el 76% de niños asistía a la consulta con su madre, el 24% iba con su padre y solo el 10% de niños iba acompañados por sus padres; mientras que en el estudio realizado por Enciso, Posada, Quintero y Claudia (2001) donde trataba sobre la aceptabilidad y técnicas de manejo en pacientes pediátricos 81 de 100 niños asistieron a la consulta odontológica con sus padres (papá y mamá).

Medina (1998) menciona en su estudio que la actitud de los padres tiene relación con la actitud del niño en el consultorio dental, así al momento de hablar sobre el comportamiento del acompañante durante la cita al odontólogo en el presente estudio se observa que el 32,6% de los acompañantes permiten trabajar sin que haya interferencia alguna con los procedimientos a realizar, 5,2% interfirieron en relación odontólogo paciente, el 10,4% insistieron en permanecer con su hijo y el mismo porcentaje demostró un descuido por el infante; Nuñez, Páres y López (2006) categorizó el comportamiento de los padres como excelente, bueno, regular y malo donde la buena actitud es decir que los padres permitían que trabajen con normalidad era del 50%, un comportamiento regular del 50% que consistía en que los padres permanecían con sus hijos dentro de la consulta y la actitud excelente y mala tenía un 0% y al ver estos porcentajes ellos procedieron a realizar una segunda evaluación luego de enseñarles técnicas de persuasión donde los porcentajes fueron variando pero no de una manera notable.

Gonzalez, Pinto y Nahas (2002) relaciona el comportamiento del niño durante la visita al Odontólogo lo clasificó como bueno, regular y malo donde el 60% de niños demostró un mal comportamiento, el 30% de niños tenía un comportamiento regular y el 10% tuvo buen comportamiento y al momento de comparar con nuestro estudio se obtuvo lo contrario tomando en cuenta que se realizó una escala de comportamiento en la cual los valores eran: definitivamente positivo, positivo, negativo y definitivamente negativo donde el 52,6% de los niños atendidos demostró un comportamiento positivo, el 27,4% tuvo un comportamiento definitivamente positivo, el 19,3% fue negativo y a penas el 0,7% fue definitivamente negativo.

Al relacionar la actitud del acompañante con el comportamiento del niño se determinó según la tabla que realizamos la cual era definitivamente negativo cuando el acompañante era manipulador, que el 100% fue negativo cuando la persona que iba con el niño tenía un comportamiento ansioso, que cuando el padre era sobreprotector el 66,7% de niños tuvo un comportamiento positivo, y que el 65,9% de niños obtuvo un comportamiento definitivamente positivo cuando el acompañante era colaborador; Montaña, Ríos, Cuairan, & Gaitán (2006) demostraron que los padres tenían otro tipo de comportamiento al explicarles las técnicas a realizar sobre sus hijos que el grado de colaboración cambiaba no solo del padre sino también del niño, también menciona en el mismo artículo que los padres influyen para el tratamiento dental. Se observó que el 55,7% de madres presentaban un alto grado de ansiedad y que esta actitud estaba relacionada con una conducta completamente negativa del infante hacia el tratamiento odontológico.

7. CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Se determinó que el 32,6% de las personas que acompañaban a los niños permitían que el especialista trabaje sin interferir durante los procedimientos que se iban a realizar. (Tabla 2)
- Dentro de la valoración del tipo de padre (Tabla 3) se verificó que el 35.6% que son negligentes e indiferentes demuestran mayor importancia al trabajo y por ende descuido en la higiene oral de sus hijos o representados.
- Con respecto al comportamiento del infante durante la atención odontológica (Tabla 9) el 52,6% tenía una actitud positiva, seguida por el 27,4% que tenía una actitud definitivamente positiva, el 19,3% eran negativos y apenas el 0,7% tenían un comportamiento definitivamente negativo
- Dentro de las conclusiones más importantes es que el paciente pediátrico tiene un comportamiento positivo cuando su padre o representado es colaborador, dando así en esta investigación un 65,9%(Tabla 6), mientras que un padre manipulador el comportamiento del niño fue un 16,7% definitivamente negativo, y un padre o representado ansioso se determina en un 100% que el comportamiento del niño es negativo; esto quiere decir que la actitud del padre o representado se relacionó totalmente con el comportamiento del infante.

7.2 RECOMENDACIONES

- Es importante que el odontólogo antes de empezar cualquier tratamiento, realice una técnica de acondicionamiento indicada de acuerdo a la edad y perfil psicológico del niño para que su experiencia con el odontólogo sea placentera.

- Se recomienda tener un buen diálogo con los padres e indicarles los procedimientos que se realizarán en sus hijos o representados para formar un vínculo de confianza, además educarlos y motivarlos para que el cuidado de la salud dental de los niños sea reforzado en casa.
- Tomando en cuenta el porcentaje de representantes legales que acudieron a la consulta odontológica, en esta investigación se hace un llamado de atención a los padres de los niños para que tengan un poco más de interés en acompañar a sus hijos a la consulta dental.
- El odontólogo tiene que estar capacitado para que de una forma cordial indique al padre que su presencia puede alterar el comportamiento del niño; que si es una persona colaboradora se le podrá permitir que esté presente durante los procedimientos que se realizará y así se podrá trabajar en equipo con resultados favorables.
- En relación al estudiante de la Universidad de las Américas se recomendará realizar un plan de tratamiento adecuado para cada niño por lo que deberá organizar el equipo, instrumental y materiales que va a utilizar para cada procedimiento que va a realizar optimizando el trabajo en el sillón dental toda vez que el niño no está psicológica y neurológicamente capacitado para tolerar largas jornadas en el sillón.
- Vale recalcar que cada estudiante de la Universidad de las Américas en la siempre deberá realizar técnicas de acondicionamiento para así disminuir la ansiedad del niño,
- Es importante que en las primeras citas del niño el estudiante de la Universidad de las Américas se encuentre respaldado por un tutor.
- El tipo de comunicación a ser entregada sobre el tratamiento de los niños a los padres de familia o representados deberá ser clara sencilla y entendible.

8. CAPITULO VIII. CRONOGRAMA

Tabla 7: Cronograma

Actividades	1	2	3	4	5	6
Inscripción del tema	X					
Planificación (revisión de texto con tutor)		X	X			
Prueba Piloto				X		
Recolección definitiva de la muestra				X		
Análisis de resultados					X	
Redacción de la discusión					X	
Redacción del texto final						X
Presentación del borrador al corrector						X
Entrega del empastado						
Defensa de la tesis						

9. CAPITULO IX. PRESUPUESTO

Tabla 8: Presupuesto

RUBROS	VALOR
Materiales y Suministros (encuesta)	60
Viajes Técnicos	20
Subcontratos y servicios	200
Recursos Bibliográficos y Software	50
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	90
Transferencia de resultados (Publicaciones o eventos)	100
Total	520

REFERENCIAS

- Álvarez, J., Pinto, K., Rezende, C., Bönecker, M., Nahás Pires, F. y Nahás Pires, M. (2014). Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatológica Herediana*, 20(2), 101. Recuperado el 5 de agosto de 2015 de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1769/1788>
- Boj, J. & Azanza, N. (1990). *Actitud de los Padres frente al tratamiento Odontológico*. Recuperado el 10 de marzo de 2015 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/68590/1/053500.pdf>
- Bordoni, N. & Escobar, R. (2010). *Odontología Pediátrica*. (1ra. Ed.). Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Castro, A., Oliveira, F., Paiva Novaes, M., Ferreira, A. & Cunha, D. (2013). Behavior guidance techniques in Pediatric Dentistry: attitudes of parents of children with disabilities and without disabilities. *Special Care in Dentistry*, 33(5), 213-217.
- Eaton, J., McTigue, D., Fields, H. & Beck, F. (2005). Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatric dentistry*, 27(2), 107-113.
- Enciso, A., Posada, M., Quintero, A. & Claudia, V. (2001). Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica Ces Sabaneta. *Revista CES Odontología*. Recuperado el 21 de enero de 2015 de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/651/386>
- Escobar, F. (2004). *Odontología Pediátrica*. (1ra. Ed.). Caracas, Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A.
- Islas, A., Vidrio, G. & Aguirre, A. (2007). Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de

- conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Revista Odontológica Mexicana*, 11(3), 135-139.
- Klingberg, G. (1994). Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. *Swedish dental journal. Supplement*, 103, 1-78.
- Liddell, A. & Gosse, V. (1998). Characteristics of early unpleasant dental experiences. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 29(3), 227-237.
- Medina, J. (1998). *Adaptación del niño a la consulta odontológica*. Recuperado el 6 de febrero de 2015 de http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp.
- Montaño, Y., Ríos, R., Cuairan, V. & Gaitán, L. (2006). Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. *Revista Odontológica Mexicana*. Recuperado el 17 de octubre de 2015 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2006/uo063f.pdf>
- Núñez, I. (2006). *Revista Odontológica Mexicana*. Recuperado el 20 de noviembre de 2015 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2006/uo061e.pdf>
- Osorio, A. (2014). *Niveles de ansiedad y respuesta fisiológica en el niño de 5 a 10 años de edad ante los procedimientos Odontopediátricos*. Recuperado el 19 de noviembre de 2015 de <http://www.gacetadental.com/2011/09/estudio-de-la-ansiedad-infantil-ante-el-tratamiento-odontolgico-25464/>
- Peretz, B., Kharouba, J. & Blumer, S. (2013). Pattern of Parental Acceptance of Management Techniques Used in Pediatric Dentistry. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, Vol. 38, No. 1.
- Pérez, N., González, C., Guedes, A. y Nahás Pires, M. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Revista Cubana de Estomatología*, Vol. 39, N° 3. Recuperado el 9 de septiembre de 2015 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000300003&script=sci_arttext

- Rodríguez, P. (2011). *Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico*. Madrid, España: Facultad de Odontología, Universidad Complutense Madrid.
- Staberg, M., Noren, J., Johnson, M., Kopp, S. & Robertson, A. (2013). Parental attitudes and experiences of dental care in children and adolescents with ADHD--a questionnaire study. *Swedish dental journal*, 38(2), 93-100.
- Vela, F. (2007). *Separación Padre Hijo: Elección de los padres durante la atención dental en la Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UANL*. Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Vergara, C. (2014). *Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación Hospital de La Misericordia en el primer semestre del año 2013*. Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia.
- Zaze, A., Fraga, R. & Cunha, R. (2009). Evaluation of children's behavior aged 0-3 years during dental care: A longitudinal analysis. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 27(3), 145.

ANEXOS

ANEXO 1

N° de Historia Clínica _____ N° de formulario: _____ Fecha: ___ / ___ / ___ /

ESCALA DE COMPORTAMIENTO						
	ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN	SI PERMITE EL TRATAMIENTO	NO PERMITE EL TRATAMIENTO	ACOMPAÑANTE		
				M	P	RL
Padres						
Padres colaboradores						
Permite el Tratamiento sin interferir						
Padres Sobreprotectores						
Impiden independencia.						
Insisten en permanecer con el niño.						
Padres Permisivos						
Padres cariñosos						
Padres Manipuladores						
Dirigen el tratamiento						
Padres exigentes						
Mandones.						
Padres Hostiles						
Dudan del tratamiento						
Desconfianza.						

ANEXO 2

Quito 08 de Julio 2015

Dra. Lupe Poussin.

Coordinadora del Centro Odontológico de la Universidad de las Américas

PRESENTE.-

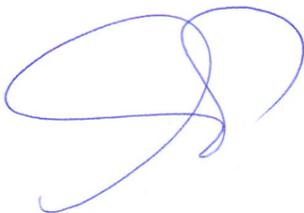
Yo Verónica Alejandra Guarderas Puebla C.I. 1717766370 y número de matrícula 702136 solicito muy comedidamente se me autorice el ingreso al Centro Odontológico de la Universidad de las Américas ya que necesito realizar un estudio observacional a los padres y niños que acudan al centro odontológico en el área de odontopediatría en el periodo de la Clínica de verano y en el semestre subsiguiente, es de suma importancia por el motivo de que me encuentro realizando mi proyecto de titulación referente a la "Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediátrica de la Clínica de la Universidad de las Américas."

Por la atención que le dé a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Verónica Alejandra Guarderas Puebla

C.I. 1717766370



Dra. Lupe Poussin
REHABILITACIÓN ORAL
MSP: L: 1 • F: 10 • N°: 29

Autorizado.

Dra. Lupe Poussin.

Coordinadora del Centro Odontológico de la Universidad de las Américas

ANEXO 3

FOTOS DEL ESTUDIO





