

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ODONTOPEDIATRIA**



TESIS

**“Separación Padre- Hijo: Elección de los padres durante
la atención dental en la Clínica del Posgrado de
Odontopediatría de la UANL”**

POR:

Fannia Lucía Vela Sánchez
Cirujano Dentista
Universidad Autónoma de Nuevo León
2007

Como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias
Odontológicas con Especialidad en Odontopediatría

2011

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ODONTOPEDIATRIA**



TESIS

**“Separación Padre- Hijo: Elección de los padres durante
la atención dental en la Clínica del Posgrado de
Odontopediatría de la UANL”**

POR:

Fannia Lucía Vela Sánchez

Cirujano Dentista

Universidad Autónoma de Nuevo León

2007

C.D. Posgraduado en Odontopediatría., M.C. PhD. Jaime Adrián

Mendoza Tijerina.

Director de Tesis

Como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias
Odontológicas con Especialidad en Odontopediatría

2011

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Los miembros del jurado aceptamos la investigación y aprobamos el documento que avala la misma, que como opción a obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Odontopediatría presenta la CD. Fannia Lucía Vela Sánchez.

HONORABLES MIEMBROS DEL JURADO

Presidente

Secretario

Vocal

Asesores de la Tesis

CD. Posgraduado en Odontopediatría., MC. PhD. Jaime A. Mendoza

Tijerina.

Director

CD. Posgraduada en Ortodoncia., MC. PhD. Hilda H.H. Torre

Martínez.

Co- Director

Lic. Gustavo Martínez González.

Asesor Estadístico

CD. Posgraduada en Odontopediatría., MC. PhD. Martha E. García
Martínez.

Coordinadora del Posgrado de Odontopediatría

MEO. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda

Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser siempre mi guía y darme la fuerza para impulsarme a salir adelante en la vida y llegar a cumplir todas mis metas hasta este momento.

A mis padres quienes me han dado una excelente educación y valores, me han orientado en todo momento y han apoyado cada decisión tomada en mi vida tanto personal como profesional, me han enseñado que con amor y dedicación se puede alcanzar la felicidad. Gracias a su amor incondicional, esfuerzos y sacrificios he logrado la mejor realización de mi formación en todos los sentidos.

A mis amigos con quienes he compartido grandes momentos de mi vida y a los queridos compañeros de la maestría quienes siempre me brindaron su amistad, apoyo y cariño durante todo este tiempo, estuvieron del principio al fin a mi lado animándome a lograr mis objetivos profesionales.

A los doctores, Jaime Mendoza Tijerina director de tesis, Hilda Torre Martínez co-director de tesis, Alejandro Ramírez Peña asesor asociado, y a el Lic. Gustavo Martínez González asesor estadístico, gracias por su colaboración y asesoría brindada.

A la Dra. Martha Elena García Martínez, coordinadora del Posgrado de Odontopediatría y los maestros del Posgrado de Odontopediatría, por contribuir en mi formación profesional, compartiendo sus conocimientos, su amor y dedicación a la Odontopediatría.

Gracias, un millón de veces por darme las herramientas para construir este sueño y más gracias aún por vivirlo conmigo alentándome, corrigiéndome, comprendiéndome y celebrando los triunfos a mi lado, sin la ayuda de todos ustedes no hubiera sido posible alcanzar uno de mis grandes sueños.

Muchas Gracias!

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. ANTECEDENTES.....	7
3.1 El niño en el consultorio.....	8
3.2 Temor a la consulta dental.....	9
3.3 Ansiedad Dental.....	12
3.4 Relación Padres-Dentista.....	14
3.5 Relación Padre-Hijo.....	16
3.6 Los Padres en el consultorio.....	19
3.7 Lineamientos en la Guía de comportamiento para pacientes pediátricos.....	24
4. MARCO DE REFERENCIA.....	26
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	35
5.1 Población de estudio.....	36
5.2 Criterios de selección.....	36
5.2.1 Criterios de inclusión.....	36
5.2.2 Criterios de exclusión.....	36
5.3 Tamaño Muestra.....	37
5.4 Variables.....	38
5.5 Descripción de Procedimientos.....	39
5.6 Asociación de Datos.....	39
6. RESULTADOS.....	40
7. DISCUSIÓN.....	44

8. CONCLUSIONES.....	50
9. REFERENCIAS.....	52
10. ANEXOS.....	59
10.1 Anexo I- Hoja de encuesta.....	60
10.2 Anexo II- Hoja de captura de datos.....	62
10.3 Anexo III- Mapa del estrato socioeconómico por colonias del área Metropolitana de Monterrey 2005 INEGI.....	63
10.4 Anexo IV- Tablas.....	64
10.5 Anexo V- Figuras.....	67

1. RESUMEN

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Odontología
Subdirección de Estudios de Posgrado
Posgrado de Odontopediatría

C.D. Fannia Lucía Vela Sánchez.

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Odontopediatría 2011

RESUMEN

Páginas:

Área de Estudio: Posgrado de Odontopediatría. Facultad de Odontología U.A.N.L.

“Separación Padre- Hijo: Elección de los padres durante la atención dental en la Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UANL”

Propósito: Determinar la preferencia de los padres durante la atención dental de sus hijos, si desean estar presentes o ausentes, las razones de su preferencia y su relación con el nivel socioeconómico cultural .

Métodos de estudio: Se encuestó a 103 padres de niños que acudieron al Posgrado de Odontopediatría de la U.A.N.L. a recibir atención dental en el período de Octubre 2010 a Febrero del 2011. Se les interrogó los datos de los padres y de los niños, posteriormente se evaluaron las encuestas con los datos obtenidos.

Resultados: El 60% preferían estar ausentes, de ellos, el 89% respondió que podría causar el mal comportamiento del niño con su presencia y el 11% que su hijo tenía la edad suficiente para asistir solo al tratamiento dental. Del 40% que prefería estar presente, 32% de los padres se sentirían mejor si están presentes , el 27% respondió que los niños se sentirían mejor y 24% pensaba que su presencia podría ayudar al dentista con el procedimiento. No se encontró diferencia significativa ($p>0.05$) entre los dos grupos de preferencia respecto a género del niño, edades de padres e hijos, estrato socioeconómico, nivel de instrucción y si es la primera visita dental.

Conclusiones: En su mayoría los padres prefieren estar ausentes, debido a que pueden causar el mal comportamiento de sus hijos. No existe relación entre los grupos de preferencia y el nivel socioeconómico cultural. Las madres son quienes con mayor frecuencia acompañan a los niños al dentista, por lo que es importante que el profesional escuche las preferencias y deseos de los padres para que en la medida en que se establezca una buena relación con ellos y sus hijos, sea la medida en que se lleve a cabo el tratamiento con éxito y armonía.

Director de tesis _____

2. INTRODUCCIÓN

2. Introducción

La visita al consultorio dental representa en el niño una nueva experiencia así como también una situación compleja, pues es común que el dentista solicite la cooperación del paciente infantil y esto no sucede frecuentemente en los primeros intercambios adulto - niño.

Es importante evaluar el medio ambiente que rodea al niño, desde su familia hasta la sociedad en general porque toda esta atmósfera influye en el tipo de comportamiento que desarrolla el individuo. La educación de los padres es la que hará efectiva la superación de los instintos biológicos de los niños y el éxito para cooperar durante situaciones difíciles. Por lo tanto el comportamiento del niño en el sillón dental está influenciado por la actitud de los padres.

Por muchos años la ansiedad y el miedo al dentista se ha reconocido como una fuente de problemas para el manejo dental del paciente. Y en la consulta se pueden encontrar muchos estímulos que provoquen temor en el niño, como los ruidos fuertes, movimientos inesperados, el trato con gente nueva, la separación o no separación de los padres o experiencias desconocidas. Para que el dentista pueda llevar a cabo el tratamiento dental del paciente es necesario cierta información, para analizar y anticipar el comportamiento en cuanto la experiencia clínica comienza. El comportamiento puede ser previsto mediante factores que se encuentran clasificados en categorías tanto personal, como sociocultural, así entre más conozca el dentista sobre los pacientes, aumenta el entendimiento en cuanto al comportamiento.

Los padres son una parte muy importante en la odontopediatría para el niño, finalmente son ellos quienes deciden llevar al niño a la consulta dental, son quienes

aceptan el tratamiento. Se ha hecho énfasis en la importancia de los padres para el dentista el cual trata al niño, la información que el dentista quiere transmitir al niño puede ser compartida con el padre y puede ser de una forma que sea comprensible y tranquilizadora para el niño. Cuando el niño observa que su padre se siente cómodo con el personal dental, comienza a sentirse menos ansioso y relajado. Si la exposición a nuevas experiencias o estímulos se realizan acompañados del padre o la madre se puede disminuir el temor e incrementar el aprendizaje del paciente infantil.

Fue importante realizar este estudio debido a que a lo largo de los años ha sido controversial la separación padre-hijo durante el tratamiento dental . Uno de los principales problemas asociados al manejo del paciente infantil es si el padre debe o no estar presente durante la atención y tradicionalmente los padres han sido excluidos del operatorio dental para el tratamiento de sus hijos.

Existen muchos estudios acerca de las reacciones del niño a la separación de sus padres, los comportamientos que presentan, como aumenta el nivel de estrés, las respuestas del dentista ante la presencia de los padres y su preferencia. Pero hay muy pocas investigaciones acerca de que desea el padre para su hijo, cuales son las razones que él tiene para estar presente o si acepta la separación del niño. En la medida en que haya una buena relación y confort dentista- padre- paciente infantil, es la medida en que el tratamiento será llevado a cabo en armonía y con éxito.

Se ha demostrado que la presencia del padre en el operatorio dental beneficia el tratamiento, transmite seguridad al niño, disminuye el estrés y aumenta la cooperación en niños menores. Con la presencia de los padres propiamente instruidos y motivados, se puede establecer una perfecta armonía en el operatorio.

El objetivo general propuesto en este estudio fue para evaluar la preferencia de los padres respecto a estar presentes o ausentes durante la atención dental de sus hijos y su relación con el nivel socioeconómico cultural en el Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL.

Como objetivos específicos se buscó identificar las razones de la preferencia de los padres y determinar si existe relación entre los grupos que prefieren estar presentes o ausentes de acuerdo a género, edad, nivel de instrucción, estrato socioeconómico, y experiencia dental previa.

En este estudio se planteó una hipótesis donde los Padres prefieren estar presentes en la atención dental de sus hijos, debido a que los hace sentir más seguros tanto a ellos como a los niños, viéndose beneficiados en el comportamiento los niños más pequeños.

El estudio se clasificó en un estudio descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y transversal.

3. ANTECEDENTES

3. ANTECEDENTES

3.1 El niño en el consultorio

El encuentro entre dentista y paciente infantil es un fenómeno social altamente complejo. Para el niño representa no solo un experimento social con un nuevo adulto, sino también presenta un desafío en su programa de conductas establecidas, desde que el dentista a menudo solicita del niño una variedad de comportamientos cooperativos que no son comunes en la mayoría de los intercambios adulto- niño (Pinkham en 1982).

La conducta del niño hacia el dentista puede verse afectada por una serie de factores, principalmente el entorno en el cual vive. De acuerdo a la filosofía Adleriana, se hace énfasis para entender la personalidad de un individuo, y se basa principalmente en los debates de la constelación familiar y el ambiente familiar. La constelación familiar abarca todos los fenómenos sociológicos de la familia, ya que afecta a cada miembro de esa familia. Ejemplos de este fenómeno es la postura ordinal del niño, la presencia o ausencia del padre, etc. La atmosfera familiar describe la calidad de la relación emocional entre los miembros de la familia. La constelación familiar afecta el desarrollo por imposición sobre el niño a un conjunto particular de problemas, a los cuales el niño hace frente. El ambiente familiar afecta al niño influyendo a que tenga un comportamiento activo o pasivo, constructivo o destructivo en su búsqueda de la perfección.

Se ha notado que los ambientes cooperadores, de confianza mutua y respeto fomenta la constructividad, y en donde el ambiente es lo opuesto fomenta la

destruictividad. El énfasis familiar sobre la iniciativa personal fomenta la actividad, y en donde es poco o no existe énfasis en la iniciativa personal fomenta pasividad (Pinkham 1982).

El ser humano infantil, el más indefenso e incapaz de la comunidad humana, se le da la tarea de dominar las reglas de la sociedad, y en su caso para superar instintos biológicos innatos en el sentido de hacer compatible esta función a las necesidades de la comunidad humana, particularmente de los padres, familiariza al niño con las reglas del orden que su sistema social requiere y extingue los instintos innatos biológicos que podrían comprometer gravemente el potencial del niño, útil en la integración dentro de su sociedad. Entonces, el niño, bajo la tutela de sus padres, se enfrenta al proceso educativo de convertirse en un buen miembro social. En la terminología de Adler un buen compañero que con la efectividad educacional de sus padres y el éxito del niño en la superación de sus instintos biológicos, mantiene sus disposición a cooperar con otros, durante situaciones difíciles (Pinkham 1982).

Lo que los padres deben enseñar a sus hijos es a subordinar sus deseos egocéntricos, en orden de aproximar las necesidades objetivas de un grupo (Pinkham 1982).

3.2 Temor a la consulta dental

Los estímulos necesarios para provocar temor en un niño abarcan un amplio espectro: miedo a los ruidos fuertes, movimientos inesperados, dolor, conocer gente nueva, olores inusuales, ir a lugares solo, o temores relacionados con conversaciones

de adultos sobre experiencias desconocidas, todo lo cual se puede encontrar en la visita del niño al dentista (Frankl, Shiere y Fogels 1962).

En muchas ocasiones la conducta del niño hacia la consulta dental se ve agravada por el miedo. El miedo es una emoción, y en algunos casos, tiene gran utilidad para cualquier individuo. Cualquier emoción, como el miedo, que tiene la capacidad de aumentar el ritmo cardiaco, estimular la respiración, intensificar los reflejos, etc. Tiene la capacidad de realzar ciertos comportamientos. Por ejemplo, una persona motivada por el miedo puede ser fisiológicamente más capaz de huir del peligro comparado con un individuo que no experimenta la emoción.

Gran cantidad de literatura menciona los miedos del niño hacia el dentista y como el dentista debe manejar esos miedos (Pinkham 1983).

El temor puede llegar a ser útil para el niño, ya que estimula o refuerza una conducta que es interpretada por el niño como ventajosa para él. Establece por sí mismo la meta equivocada de buscar la atención indebida, particularmente de sus padres, este tipo de niño es el cual encuentra el miedo de gran utilidad porque el miedo disminuye la capacidad para hacer frente a los problemas, se lleva al niño a una lista de comportamientos primitivos como el llanto y gritos, que son más para llamar la atención que el conseguir comportamientos motivados por el miedo. Además, con frecuencia existe un círculo vicioso entre estos niños y sus padres, si bien la madre o el padre recompensan el miedo basado en esos comportamientos más que en un comportamiento maduro (Dreikurs y Soltz 1964).

El dentista debe darse cuenta de que los niños pequeños tienen un conjunto limitado de conductas aprovechadas para sobrellevar el estrés. Una capacidad de

afrontamiento del niño varía en función de su madurez, experiencia dental previa, la personalidad y patrones característicos de relacionarse con los adultos. Su comportamiento a menudo se guía por la necesidad de protestar por una situación desagradable y el impulso para protegerse del peligro percibido. Entre las conductas que podrían impedir el tratamiento dental están: hiperactividad, llanto, el movimiento de resistencia, negándose a abrir la boca y la agresión. El comportamiento del niño se debe al problema de fondo del miedo, en el cual su objetivo es la protección de uno mismo (Venham y Gualin-Kremer 1983).

Entre más conozca el odontólogo sobre los niños, independientemente si el conocimiento que adquiere es por la capacitación formal y el estudio o por la experiencia real, o ambos, es mayor la probabilidad de éxito en tres aspectos importantes relacionados con el manejo de los niños en el operatorio dental. Estas áreas incluyen la predicción de la conducta del niño en la situación clínica, el manejo exitoso de los problemas de conducta, y en el caso de un desafortunado manejo o forma inadecuada los problemas de comportamiento, mejora capacidad para explicar, racionalizar y hacer frente a la tensión auxiliar y la responsabilidad (Pinkham 1979).

Cierta información acerca del niño es necesaria para ayudar al dentista a analizar el comportamiento del niño y anticipar su comportamiento en cuanto la experiencia clínica comienza. La literatura describe los miedos o ansiedades ambos usuales o inusuales en la situación dental, y otros factores relacionados para predecir el comportamiento. Estos otros factores pueden ser clasificados dentro de una categoría sociocultural (familia, estado socioeconómico, ansiedad maternal, etc.) y una categoría personal (edad, sexo, historia dental previa, estado de desarrollo, tendencias

a estrés emocional, neurosis, padecimiento mental, etc.). El dentista quien conoce estas categorías ampliamente puede esperar aumentar el entendimiento en cuanto al comportamiento de sus pacientes infantiles (Pinkham 1979).

3.3 Ansiedad Dental

Por muchos años la ansiedad dental y el miedo al tratamiento dental ha sido reconocida como una fuente de problemas en el manejo dental del paciente infantil (Toledano y cols.1995).

La ansiedad dental es un importante, sino es que el mayor componente de angustia para los pacientes en el operatorio dental. La ansiedad dental es mas especifica que la ansiedad en general; es la respuesta específica del paciente hacia la situación dental. Si el dentista es consciente del nivel de ansiedad de su paciente, el no solo esta sobreaviso acerca del comportamiento de los pacientes, también puede tomar medidas para ayudar a aliviar la ansiedad durante el procedimiento quirúrgico.

Corah reporto que las personas con altos valores de ansiedad dental muestran mayor estrés en respuesta a la estimulación del procedimiento dental comparados con los de nivel bajo de ansiedad (Corah, Gale e Illig 1978).

El comportamiento del niño en el sillón dental está influenciado por la actitud de los padres: la excesiva participación de los padres puede crear ansiedad en el niño. Varios estudios han detectado diferencia en cuanto a género, mostrando una prevalencia de ansiedad dental por las mujeres, esto exhorta a una negativa influencia en el niño durante la consulta dental. Las madres especialmente ansiosas se encontraban en un rango de 36- 46 años de edad. Los resultados sugieren que las

madres alrededor de estas edades merecen especial atención con respecto a la situación odontológica del niño (Peretz y Zadik 1994).

Los factores más importantes en determinar si la persona puede reaccionar con ansiedad ante el tratamiento dental, depende de las actitudes y experiencias previas de alguien de la familia en relación con el dentista. (Shoben y Borland 1954).

El comportamiento de un niño pequeño en la situación dental puede estar directamente relacionado con el nivel manifestado de ansiedad en la madre, aquellos hijos de madres con niveles de ansiedad altos pueden mostrar un comportamiento negativo o no cooperador en la situación dental (Johnson y Baldwin 1969, Corkey y Freeman 1994).

Estudios muestran que las niñas son más ansiosas que los niños, y otros mencionan la edad como un factor no asociado al género (Toledano y cols 1995).

Solo después de cierta edad cronológica se muestran diferencias de ansiedad aparente entre niños y niñas, donde la edad disminuye la ansiedad. Para los seis o siete años de edad la ansiedad dental disminuye, la mayoría de los niños se dispone a cooperar con la situación dental. Parece ser que la edad cronológica puede ser usada como un predictor para saber cómo responderá el niño al tratamiento dental (Corkey y Freeman 1994).

Cuando se trata al niño ansioso, es importante para el dentista entender la razón por la cual el niño muestra nerviosismo. Uno de los factores frecuentes en la ansiedad es el dolor o la experiencia dental no placentera, también se puede desarrollar con el contacto con personas que no han tenido una buena experiencia dental. Los niños con un alto coeficiente intelectual muestran menos ansiedad dental en su visita dental y de

acuerdo a las variables de personalidad no existe ninguna relación con la ansiedad dental (Toledano y cols 1995).

Por otra parte, en el estudio de Chambers, se considera a la ansiedad desde una perspectiva humanística y conductual, como una reacción normal y sana hacia la consulta dental por parte del niño. Es necesario para el bienestar y la supervivencia del niño aprender cuando es apropiado ser ansioso. De hecho la ansiedad es la respuesta esperada para un niño ante una situación extraña, con un hombre extraño frente a él, explorándolo con instrumentos aparentemente peligrosos. El rol del dentista en educar sus pacientes infantiles, deberá ser ayudarlos a manejar su ansiedad y ajustarla a un nivel el cual sea apropiado para cada individuo y cada situación. La manera en que un niño puede aprender a manejar su ansiedad en la oficina dental, influenciara su futuro comportamiento en el operatorio. Existen cuatro medios generales para controlar el aprendizaje: buenas expectativas, modelado, refuerzo y asociación.

La ansiedad por sí sola no es el problema, lo son las inapropiadas estrategias para manejar la ansiedad y el dentista está comprometido en ayudar al paciente infantil a aprender las formas de manejar la ansiedad (Chambers 1970).

3.4 Relación Padres-Dentista

Los padres juegan un rol muy importante en la odontopediatría para el niño, son ellos quien finalmente toman la decisión de llevar al niño a su cita dental y deciden a qué edad deben hacerlo. Es prerrogativa de los padres aceptar o rechazar el plan de tratamiento y las sugerencias hechas por el dentista. En gran parte la importancia en

que los padres tomen una buena salud oral es lo que el niño la tomara de igual forma (Pinkham en 1982).

La literatura dental ha hecho énfasis en la importancia de los padres para el dentista el cual trata al niño. La importancia de que el padre y el dentista tengan una relación comunicativa en orden de facilitar la aceptación del tratamiento y la recomendación de procedimientos preventivos para el niño deben estar cubiertas.

La mayoría de los clínicos con experiencia considerable en odontología infantil se han encontrado con padres, con quienes por cualquier razón, no logran tener una buena relación, o con quienes no se puede hablar cómodamente.

Hay otros padres que parecen abiertamente sospechosos a los sentimientos que tiene el dentista hacia su hijo, o de la técnica de manejo o procedimientos que se utilizan. Estos últimos son aquellos padres que no creen que el dentista pueda entender totalmente a su hijo, piensan que el mal comportamiento de sus hijos es un resultado del mal manejo de los miedos del niño y que el dentista no es cálido y amable como debiera ser con su hijo (Pinkham en 1982).

Para manejar una buena estrategia con los padres, minimizar la ansiedad del dentista hacia ciertos padres y maximizar las oportunidades de que los padres acepten el manejo del dentista con el niño sin ninguna tensión, se puede aplicar el mismo principio observado en la medicina pediátrica: “el reto profesional más importante... es el cuidado y la pacificación de la madre”. Es lo correcto asumir que los clínicos que tratan a los niños se enfrentan a un reto profesional impresionante en lo que se refiere a las madres de los pacientes, entonces, ciertamente, la gestión de un padre es una preocupación para el clínico dental (Lear 1963).

El odontólogo debe ser alentado a formular una estrategia de oficina para el manejo de padres, al hacer esto, el dentista puede ser capaz de interceptar problemas potencialmente desconcertantes con los padres, en particular los que impiden la cooperación de los padres. El primer paso es proporcionar información a los padres antes de la cita del niño, acerca de la filosofía del dentista y las técnicas en el manejo de la ansiedad. El segundo paso es hacer frente a la posibilidad de un problema de manejo con los padres, en las etapas iniciales de la cita (Pinkham 1982).

La entrevista con los padres recopila información que puede ser integrada dentro del proceso donde el dentista predice el comportamiento del niño. La entrevista con los padres es importante no solo por la información que proporcionan para entender al niño, sino también se puede hacer la observación del comportamiento relevante del niño. Entre mayor información el dentista pueda encontrar acerca del niño, mejor entenderá las observaciones que está realizando (Pinkham 1979).

Al comenzar por hacer frente a la orientación de los padres, la información que el dentista quiere transmitir al niño puede ser compartida con el padre y puede ser redactada de una forma que sea comprensible y tranquilizadora para el niño. Mediante la comunicación a través del padre, el niño ansioso no se siente amenazado, observando que los padres responden positivamente al personal dental, el niño empieza a sentirse más cómodo y relajado (Venham y Gualin-Kremer 1983).

3.5 Relación Padre-Hijo

La reacción del niño a la separación de sus padres o no separación puede llevar a una serie de conductas asociadas con la ansiedad.

La relación de madre-hijo es el primer e indudablemente uno de los más importantes parentescos que el individuo experimenta en toda su vida. El recién nacido es totalmente dependiente de su madre por su bienestar físico y emocional. Así que este enlace temprano consanguíneo después del nacimiento, representa una unión psicológica con el neonato, requiriendo una relación física cercana tan íntima como era su conexión física para el desarrollo fetal en orden de que el pequeño desarrolle un sentimiento de satisfacción básica y seguridad. Este parentesco es esencial para saciar el hambre, amamantar, el sueño y la eliminación con el contacto físico cercano y cariñoso que es tan vital para cumplir los requisitos psicológicos básicos del niño (Stone 1957, Stuart y Prugh 1960).

Este periodo de la vida donde se desarrolla la confianza básica, en un tiempo durante el cual, si las necesidades fisiológicas y emocionales se cumplen, el niño imagina el mundo como un lugar seguro y confiado (Erikson 1950).

Para la mitad del segundo año de edad, las bases de autonomía, el deseo y la habilidad de ser independiente, están formuladas. De nuevo la madre juega un papel integral en ayudar a su hijo a volverse consciente de su cuerpo, sus habilidades y deficiencias particularmente en relación al control de esfínteres. El niño comienza a desarrollar un sentido de conciencia de sí mismo, la separación del ambiente físico y de otras personas.

Significativamente es en los años preescolares, aproximadamente a los 2.5 y 5.5 años, el cual representa un periodo de desarrollo emocional y físico. Nuevos patrones de comportamiento, habilidades, contactos sociales con amigos y otros adultos toman lugar, frecuentemente incluyendo al dentista. De cualquier forma, aun así que el niño

está progresando hacia el mundo y en constante expansión de experiencias y actividades, los padres aun representan un refugio de conocimiento, fuerza y seguridad.

Durante el periodo preescolar, el miedo aumenta. Miedo a los monstruos fantasmas y secuestradores son mayores para el niño, debido a su capacidad de crecimiento mental. Experiencias aterradoras pueden inicialmente ser resueltas por el niño durante el vuelo de la escena o si esto no fuera posible, el niño reaccionaría al estímulo produciendo el miedo por una variedad de respuestas: llorando, pateando, golpeando. Sin lugar a dudas, aquellas situaciones temerosas que son más comúnmente encontradas por los niños, son aterradoras por miedo al daño corporal o a la separación de los padres, que son las personas de quien el niño ha aprendido a depender por su protección y seguridad (Stone 1957, Stuart y Prugh 1960).

La exposición cuidadosa y supervisada a estímulos o nuevas experiencias, pueden disminuir el temor e incrementar el aprendizaje del niño a la naturaleza de la situación, especialmente si estos encuentros son realizados con el apoyo de una madre cariñosa y experta (Frankl, Shiere, Fogels 1962).

El separar o negarle al niño la fuente que le proporciona seguridad y amor en un momento de amenaza y peligro para muchos niños puede ser erróneo (Frankl, Shiere, Fogels 1962).

Es un error separar al niño pequeño de sus padres en la cita inicial debido a que la presencia del padre puede ayudar en la evaluación psicológica del comportamiento en un futuro (Olsen 1965).

Se ha encontrado que la presencia de ansiedad por separación ha agravado la tasa de trastorno de conducta en los niños, pero en las niñas parece tener un trastorno de conducta más moderado (Wright 2001).

3.6 Los Padres en el Consultorio

La separación padre-hijo durante el tratamiento dental ha sido un caso controversial a lo largo de los años (Wright, Starkey y Gardner 1983).

Entre los miembros de la profesión dental, existen sentimientos encontrados acerca de la presencia de los padres en el operatorio. Algunos clínicos asociados con odontopediatría adoptaron una actitud liberal, ellos abogaron por que la presencia de las madres podría ayudar en la consulta dental, dependiendo cada caso (Easlick 1935, Gould 1953, Tuma 1954, Finn 1959, Besombes 1958).

Otros dentistas refieren utilizar la técnica de presencia de los padres para manejo de comportamiento del paciente, pero en menos de la tercera parte de sus pacientes (Fields 1986).

El padre puede ser un aliado valioso y un gran recurso para ayudar al niño a enfrentarse con el estrés del cuidado dental.

La separación de los niños pequeños de sus padres puede aumentar el estrés en una situación ya difícil. La decisión de separar a los niños de sus padres puede reflejar en los dentistas sus propias ansiedades, y no estar en el mejor interés del niño.

Permitiendo que uno de los padres entre al operatorio en la primera vez, puede ser una fuente de estrés para el dentista: él puede preocuparse sobre su capacidad para manejar con éxito el niño o sobre la respuesta de los padres a determinadas

Técnicas de manejo. Sin embargo, los dentistas deben trabajar a través de tales ansiedades.

Estas preocupaciones se pueden resolver fácilmente conforme se adquiere experiencia tratando a los niños en presencia de los padres, el dentista se vuelve más seguro de sus habilidades.

Cuando los médicos utilizan una estrategia de manejo la cual muestra respeto por el niño y atiende sus necesidades emocionales, se encontraran con que los padres responderán tan favorablemente como los pequeños al manejo del tratamiento (Venham y Gualin-Kremer 1983).

La preocupación de los padres del niño acerca de la experiencia dental se resuelve mediante la observación y la participación en las visitas. Los sentimientos relajados de los padres son comunicados a los hijos quienes son afectados de manera positiva (Venham y Gualin-Kremer 1983).

La personalidad simpática del clínico y el disfrutar la presencia de los padres en el operatorio, también pueden tener un efecto bastante positivo en las actitudes paternas (Wright, Starkey y Gardner 1983).

El niño en la consulta dental, si es manejado con consideración y respeto de sus sentimientos se vuelve un paciente manejable, el cual se siente protegido y seguro. Si el padre es utilizado adecuadamente puede ser de gran ayuda para el dentista en el cuidado del paciente infantil, especialmente en el primer encuentro con el dentista (Frankl, Shiere, Fogels 1962).

El padre se convierte así en un valioso recurso para facilitar el dominio del niño y desarrollar una actitud positiva hacia las visitas al dentista.

Cuando un niño es particularmente temeroso y resistente, el padre puede ayudar a tranquilizar al niño y limitar sus movimientos, el padre puede sentarse en la silla operatoria, y mantener al niño en su regazo. Esto permite a los padres restringir los movimientos del niño y a la vez reconfortarlo con el contacto físico cercano. Por lo tanto, los padres pueden participar en contribuir al éxito de la visita del niño y reforzar el sentido de confianza y eficacia del dentista (Venham y Gualin-Kremer 1983).

Los papás juegan un rol importante en el desarrollo de la ansiedad infantil, las madres ansiosas son menos positivas, más críticas y con menos capacidad de otorgar autonomía que las madres no ansiosas; estos comportamientos están relacionados con altos niveles de ansiedad en los niños (Whaley, Pinto y Sigman 1999). Aún en la niñez temprana, los hijos de padres ansiosos demuestran un mayor riesgo de trastornos de ansiedad (Hirshfeld-Becker y Biederman 2002).

La presencia de una madre ansiosa es perjudicial, mientras la presencia de una madre en calma es beneficiosa (Chambers 1970).

El mantener a la madre y niño juntos tiene respuestas más positivas en el niño de preescolar durante la consulta dental, los niños que se benefician más cuando esta presenta la madre son los que se encuentran entre los 41-49 meses de edad. El comportamiento del niño no se ve afectado en ningún rango de edad por la presencia de la madre en el operatorio. Si la madre es propiamente instruida y motivada puede ser un valioso complemento en establecer una buena relación paciente-dentista (Frankl, Shiere, Fogels 1962).

Muchos tratamientos para trastornos de conducta comparten los objetivos de incrementar la interacción positiva padre-hijo y disminuir las técnicas disciplinarias negativas (Kazdin 2003).

Incluso se ha mencionado para la inducción de anestesia en pacientes ambulatorios que la presencia de los padres puede ser una intervención eficaz para el comportamiento de los niños, especialmente si el niño es mayor de 4 años y su temperamento muestra niveles bajos de acuerdo a su evaluación y si los padres tienen un nivel bajo de ansiedad (Kain y cols. 1996). En otro estudio también se demostró que la presencia de la madre como observadora durante inmunizaciones de rutina, minimiza la angustia de el paciente (O'Laughlin y Ridley-Johnson 1995).

El comportamiento cooperador en el niño se ha incrementado y disminuye el estrés cuando su padre lo alenta a comportarse y hacer frente durante procedimientos dolorosos, como en las intervenciones para pacientes con leucemia (Blount y cols. 1994).

El dentista que decide permitir la entrada a los padres en el operatorio debe informarlos de antemano como se comportaran. La presencia del padre puede ofrecer apoyo al niño; de cualquier forma el niño solo debe recibir información de una fuente a la vez, en este sentido el padre actúa como observador (Wright, Starkey y Gardner 1983).

Si el dentista elige excluir a los padres del operatorio, es apremiante debido a la relación simbiótica tan cercana entre muchos padres e hijos (Wright, Starkey y Gardner 1983). Algunos padres refieren querer estar presentes debido a que el niño tiene el mismo deseo y ellos quieren observar los procedimientos dentales (Fenlon, Dobbs y

Curzon 1993). Cuando los padres intervienen en la consulta dental su ansiedad disminuye, por esa razón si desean estar presentes durante este tipo de procedimientos se les debe alentar a hacerlo (Bauchner y cols 1996).

Es recomendable que cuando el paciente ha sufrido un traumatismo accidental que involucra daño dental, puede ser conveniente la presencia del padre acompañando al niño para ofrecerle apoyo (Wright, Starkey y Gardner 1983).

La mayoría de los padres y sus hijos prefieren permanecer juntos durante procedimientos médicos, creen que sus hijos se comportaran mejor si ellos están presentes y los niños reportan que la presencia de sus padres es una de los apoyos más importantes para cooperar (Bauchner y cols. 1989, Gonzales y cols. 1989, Pérez y cols. 2009, Reese, Alexander 2002, Ross y Ross 1988).

Sin embargo, encontramos otra postura en la que jamás debe permitirse a los padres entrar al operatorio con el niño cuando es tratado. Esto ha sido justificado por la suposición de que la presencia de los padres puede incrementar las expresiones de dolor por el niño, tener una influencia inquietante, interrumpir el procedimiento del consultorio, dividir la atención y tener un efecto perjudicial en el comportamiento del niño (Brown y Ritchie 1990, Frankl, Shiere, Fogels 1962 10 a 14, Nathan 1995, Wright, Starkey y Gardner 1983).

De cualquier forma ambas filosofías parecen estar basadas en la experiencia personal clínica (Frankl, Shiere, Fogels 1962).

Dentistas han formulado políticas independientes, como estrategias para la separación padre-hijo, estas han sido ampliamente aceptadas. Creen firmemente que la separación es una política que elimina muchos problemas de comportamiento en el

curso del tratamiento dental. Las políticas se desarrollan por el dentista, las notifica a su equipo de trabajo, y se asume responsabilidad de entrenar al personal para las estrategias de separación. Lo establecido en la política debe estar basado en lo racional, tomando en cuenta los beneficios e inconvenientes resultantes de la separación (Wright, Starkey y Gardner 1983).

3.7 Lineamientos en la Guía de Comportamiento para Pacientes Pediátricos.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) reconoce que para proveer un cuidado en la salud oral a niños, adolescentes y personas con necesidades especiales, pueden ser utilizadas técnicas de manejo conductuales no farmacológicas. Dentro de las técnicas de manejo conductuales podemos encontrar: Presencia o Ausencia de los Padres.

- Descripción: La presencia o ausencia de los padres puede ser utilizada algunas veces para ganar cooperación en el tratamiento.

Los estilos paternos en América han evolucionado en las últimas décadas. Los profesionales se enfrentan a retos desde un incremento en el número de niños quienes muchas veces no poseen las habilidades de afrontamiento y autodisciplina necesaria para hacer frente a nuevas experiencias en el consultorio dental. Frecuentemente, las expectativas de los padres para el comportamiento de los niños es irreal, mientras las expectativas para el dentista que guía el tratamiento son muy buenas. Los profesionales coinciden en que es importante una buena comunicación entre el dentista, el paciente y los padres. Profesionales también están unidos en el hecho de

que una comunicación efectiva entre el odontólogo y el niño es de suma importancia y requiere atención por parte de ambas partes. La respuesta de los niños ante la presencia o ausencia de los padres puede ir desde perjudicial hasta beneficiosa. Cada practicante tiene la responsabilidad de determinar la comunicación y el apoyo de los mejores métodos para optimizar el marco del tratamiento, en reconocimiento a sus propias habilidades, las habilidades del niño en particular, y los deseos de los padres quienes están involucrados.

- Objetivos: Los objetivos de la presencia o ausencia paterna son para:
 1. Ganar la atención del paciente y mejorar el cumplimiento.
 2. Prevenir o evadir comportamientos negativos.
 3. Establecer el rol apropiado dentista-paciente.
 4. Mejorar la comunicación efectiva entre dentista, paciente y padres.

- Indicaciones: Puede ser utilizada con cualquier paciente.

- Contraindicaciones: Padres que no están dispuestos a ampliar el apoyo efectivo (cuando se les pregunto).

(American Academy of Pediatric Dentistry 2008)

4. MARCO DE REFERENCIA

4.MARCO DE REFERENCIA

Realizaron un estudio a 79 padres para determinar si ellos preferían estar presentes cuando sus hijos recibían tratamiento dental. Los participantes respondieron a un cuestionario antes de la visita. Se encontró que el 66% de los padres querían estar presentes en la consulta, de estos padres el 85% respondió que ellos se sentirían mejor y 93% creían que sus hijos se sentirían mejor. Del 34% de los padres que no deseaban estar presentes, la mayoría pensaba que sus hijos estaban lo suficientemente grandes para recibir el tratamiento solos (82%) o que su presencia podía hacer que el niño se portara mal (63%). No se encontró diferencia entre los dos grupos acerca del estado social, nivel de educación, edad de los padres o experiencia dental previa. 67% de los padres ya habían acompañado previamente a sus hijos en el tratamiento dental. Generalmente los padres que querían estar presentes tenían hijos más pequeños o eran quienes era la primera visita dental. (Kamp 1992)

Evaluaron la reacción hacia la separación y no separación de la madre en el consultorio dental en 112 niños entre edades de 3.6 y 5.5 años de edad. Los resultados demostraron que los niños preescolares, especialmente los de 42 a 49 meses, se beneficiaron de la presencia de la madre durante el tratamiento. El grupo de 50 a 66 meses no mostro diferencia en el comportamiento durante la presencia o ausencia de la madre. El patrón de comportamiento al cuidado dental parece independiente del sexo del niño, raza, estado socioeconómico o atención previa en la guardería. Por lo tanto concluyeron que madre-hijo en niños preescolares muestran una respuesta más

positiva en el operatorio dental cuando están juntos. La presencia de la madre en el operatorio dental para todos los grupos de edad, no demostró un efecto nocivo en el comportamiento del niño. Si la madre es instruida propiamente y motivada, puede ser una ayudante valuable en la armonía establecida entre el niño y el dentista. (Frankl, Shiere y Fogels 1962)

Analizaron el comportamiento de los niños que eran separados de sus madres por un día. 199 niños de edades de 2 a 8 años fueron examinados en el Centro de Salud Pública de Harvard, las exámenes incluían lo pediátrico, antropométrico, mental, dental y toma de radiografías por lo cual se necesitó que el niño estuviera apartado de su madre durante todo el día. Encontraron que muchos niños sufrían ansiedad con la separación de su madre; algunos de ellos más, otros menos y pocos de ellos un poco o nada. Esta ansiedad es atribuida particularmente a su inmadurez física. Desde que son tiempo a tiempo menos maduros que sus hermanos ellos están en una gran necesidad de cuidado maternal: la gran respuesta de las madres a sus hijos, es una respuesta a una gran necesidad fundamental básica. (Shirley y Poyntz 1941)

Realizaron un estudio cualitativo acerca de los diferentes tipos de protestas hechas a diferentes niveles de edad. Ellos descubrieron que la protesta verbalizada más temprana fue el llamado por “Mama” o “Papa”, las cuales continúan desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, pero disminuye con la edad, seguida por la protesta “Quiero irme a mi casa”. Tales protestas son la prueba dicha de los propios

labios del niño de que los padres y la casa son las bases de cualquier sentimiento de seguridad en el niño. (Shirley y Poyntz 1941)

Investigó los rangos de comportamiento de seguridad e inseguridad en 24 niños preescolares de 11.2 meses a 30.2 meses, en el proceso de adaptación a una habitación extraña. Los niños que habían estado solos en la habitación mostraron patrones de comportamiento indicativos de un alto grado de inseguridad, pero esta condición disminuyó conforme la situación se volvía más familiar. De cualquier forma, cuando las madres estaban presentes los niños se mostraban más seguros, no obstante el desconocimiento de la situación. La seguridad de los niños disminuyó si el adulto era apartado de la habitación. El suministro más seguro que se puede hacer para la seguridad de los niños pequeños frente a entornos no estructurados, parece ser la presencia de un familiar adulto cuyo poder de protección se conoce. Aunque el niño dependiente del poder del adulto, estará en desventaja en una variedad de situaciones en las que el adulto no está presente, el problema de incrementar sus ideas de seguridad no se cumple por la aplicación de independencia sobre ellos en una situación traumática. (Arsenian 1943)

Probaron 88 niños con respecto a sus reacciones psicofisiológicas a la presencia o ausencia del padre dentro del operatorio dental mientras se le administraba una profilaxis oral. Los autores reportaron prácticamente ninguna diferencia en las reacciones psicofisiológicas de los niños de esta edad, quienes ya habían tenido experiencia dental previa, independientemente sí o no el padre se encontraba dentro

del operatorio. De cualquier manera hay que tomar en cuenta que estos niños ya habían sido tratados en el dentista y eran de edades escolares y el tratamiento realizado no era amenazador. (Lewis, Law 1958)

En una encuesta a 120 diplomáticos de la American Academy of Pedodontics (1972), solo 6 contestaron que ellos siempre permiten la entrada de los padres al operatorio. Mientras 97 permiten la entrada solo en casos seleccionados, 18 se negaron ante cualquier circunstancia. Obviamente, los dentistas tienden a formular políticas independientes, aunque la estrategia de separar a los padres de sus hijos ha sido ampliamente aceptada. De cualquier forma, si el dentista elige excluir a los padres del operatorio, es obligatorio y necesario desarrollar métodos bien planeados para llevar a cabo las políticas de separación padre-hijo, debido a la gran relación cercana entre muchos padres e hijos. (Wright, Starkey y Donald 1983)

Estudiaron el comportamiento de 48 niños de 36-60 meses de edad relacionado a la presencia o ausencia del padre durante las citas dentales. Fueron examinados durante su primera visita dental y dos tratamientos restaurativos subsecuentes. No se encontraron diferencias en el comportamiento con la presencia o ausencia de los padres, relacionadas a la edad, sexo, raza o estado socioeconómico. (Pfefferle, Machen, Fields y Posnick 1982)

Realizaron un estudio en el cual se permitió que el padre o el hijo tomaran la decisión sobre la separación. Indicaron que tanto el padre como el niño preferían no ser

separados inicialmente, pero durante el curso de varias citas más separaciones ocurrieron. Sin embargo, cerca de la mitad de los padres e hijos continuaron las citas juntos hasta la última visita. Los padres y los niños eran libres de elegir, la presencia de los padres no se encontraba asociada con una respuesta más negativa en el niño. (Venham, Bengston y Cipes 1978)

Examinó el efecto de la presencia de la madre en la respuesta de 89 niños, de 3 a 8 años de edad, durante dos visitas de tratamiento. La madre fue colocada en una silla a la vista del niño y se le sugirió que participara como una observadora silenciosa. No se encontraron diferencias importantes de comportamiento entre los dos grupos, este estudio provee información útil con respecto al comportamiento y la ansiedad en el operatorio dental con la presencia del padre, quien ocasionalmente interactuó con el niño durante el tratamiento dental. (Venham 1979)

En un estudio realizado en Inglaterra, se observó el efecto en el comportamiento de los niños con la presencia de sus padres mientras acudían al dentista y también se determinaron las razones de los padres para estar presentes o ausentes en las citas. Los resultados en cuanto a el comportamiento del niño no parecían estar relacionados con la presencia o ausencia de los padres. Las razones que la mayoría de los padres indicaron para permanecer con sus hijos eran: 1) era también la preferencia de su hijo , y 2) el papá estaba interesado en observar la revisión. Determinando en el estudio que la edad del niño puede ser un factor importante para determinar si el padre debe

permanecer o no en el operatorio durante el procedimiento dental. (Fenlon, Dobbs y Curzon 1993)

En un estudio realizado a 250 padres de familia se concluyó que la mayoría de los padres prefieren estar presentes cuando su hijo se somete a un procedimiento médico doloroso. El 80% refirió sentirse mejor si están presentes, el 91% cree que el niño se sentiría mejor y el 73% respondió que podría ayudar al médico. De el 22% que no querían estar presentes, el 41% pensaba que su presencia podría afectar a sus hijos (Bauchner, Vinci, Warin 1989).

Los estudios realizados indican que la mayoría de los padres quieren estar presentes, aunque a menudo son excluidos. A los padres de los niños pequeños se le puede enseñar un conjunto de instrucciones para apoyar y consolar a sus hijos. Para niños mayores e incluso adolescentes la presencia de sus padres sigue siendo importante a pesar de que existen muchas técnicas diferentes para hacer frente a procedimientos dolorosos (Bauchner, Vincy, May 1994).

Para examinar la influencia de la presencia de los padres durante procedimientos invasivos comunes llevados a cabo en niños, se realizó un estudio en el cual se involucró el dolor, procedimiento, ansiedad del padre y médico y la satisfacción de los padres. Se concluyó que la presencia de los padres no es una intervención efectiva para reducir el dolor durante procedimientos, pero esto no interviene con el rendimiento del doctor en el procedimiento ni con el aumento de su ansiedad. Sin

embargo la ansiedad de los padres es menor cuando están presentes, por lo que si los padres que desean estar presentes durante los procedimientos ,deben ser alentados a hacerlo (Bauchner y cols.1996).

Durante procedimientos invasivos en urgencias pediátricas, la mayoría de los familiares encuestados preferían estar presentes. A mayor invasividad, menor deseo de los padres de estar presentes. La mayoría de los familiares cree que la decisión de estar o no presente debe ser tomada por el personal sanitario, especialmente cuanto más invasivo es el procedimiento (Pérez, Gómez, González y Rojo 2009).

En inmunizaciones de rutina a niños, se examinó el efecto de la presencia maternal como observadora. Los niños que mostraron la menor cantidad de angustia después del procedimiento eran los que estaban acompañados por su madre. Los autores sugieren que esta condición facilita un mejor resultado, ya que minimiza la conducta típica manifestada en los niños (O’Laughlin y Ridley-Johnson 1995).

Investigaron las respuestas fisiológicas de los dentistas ante la presencia de los padres en el operatorio. De acuerdo a las encuestas de 910 dentistas del Estado de Washington, 69% prefería a la madre del niño fuera del operatorio cuando el niño estaba recibiendo tratamiento, 4% prefería que la madre acompañara al niño en el tratamiento y 27% no le preocupa si la madre del niño está presente o ausente del operatorio cuando el niño es tratado. No se encontraron diferencias significativas en

cuanto al ritmo cardiaco del dentista al aplicar anestesia cuando la madre estaba presente o ausente. (Roder, Lewis y Law 1961)

5. MATERIAL Y MÉTODO

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1 Población de Estudio

Se encuestaron a los Padres de niños que acudieron al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. a recibir atención dental en el período de Octubre 2010 a Febrero del 2011.

5.2 Criterios de Selección

5.2.1 Criterios de inclusión:

Padres o madres de niños que acuden al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. a recibir atención dental.

5.2.2 Criterios de exclusión:

Personas que acompañen al niño (sin ser responsables), al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L a recibir atención dental.
(Abuelos, Tíos, Hermanos, Vecinos, etc.)

5.3 Tamaño Muestra

Se calculó la muestra utilizando el Programa STATS.

Considerando la asistencia de 8 pacientes diarios por residente, de acuerdo a 17 residentes, por 20 días del mes, por los 12 meses del año, se citan 32,640 pacientes al año.

Se calculó un tamaño de muestra de 103 padres para evaluar la preferencia en cuanto a la atención dental de sus hijos con una precisión de 95% una potencia de prueba de un 80% lo que nos permitirá establecer diferencias en las proporciones mayor al 5%.

El número de muestra se calculó con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{\sqrt{\alpha p \cdot q}}{d} = 103$$

5.4 Variables

Independientes.		Dependientes.	
Variable	Escala (nominal, intervalo, de razón)	Variable	Escala (nominal)
Relación con el niño	Cualitativa Nominal: 1. Padre 2. Madre	Preferencia de los padres en la consulta dental	Nominal: 1. Presente 2. Ausente
Genero del niño	Cualitativa Nominal: 1. Masculino 2. Femenino	Razones para estar presentes	De razón: Los padres se sienten mejor si están presentes en el tratamiento dental.
Edad del padre.	Cualitativa De intervalo: - de 20 20-25 26-30 31-40 + de 40		Los niños se sentirían mejor si el padre estuviera presente en el tratamiento dental.
Edad del niño	Cualitativa De intervalo: 0-2 2-4 5-6 7-8 9-10 + de 11		La presencia del padre puede ayudar al dentista con el procedimiento. El niño es muy pequeño para asistir solo al tratamiento dental.
Nivel de instrucción.	Cualitativa Ordinal: Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Posgrado Técnica	Razones para estar ausentes	Previamente ha asistido al tratamiento dental con su hijo. La presencia del padre puede causar el mal comportamiento del niño.
Estrato socioeconómico	Cualitativa Ordinal: Estrato Bajo Estrato Medio-Bajo Estrato Medio-Alto Estrato Alto		El niño tiene edad como para recibir el tratamiento por sí solo.
Primer visita.	Nominal: 1. Si 2. No		Previamente ha asistido al tratamiento dental con su hijo.

- La determinación del estrato socioeconómico se realizara con el mapa representativo del estrato socioeconómico por colonias para el área Metropolitana de Monterrey 2005 del INEGI. (Anexo 3)

5.5 Descripción de Procedimientos

Se incluyó en la investigación los Padres que acudieron al Posgrado de Odontopediatría de la U.A.N.L. con sus hijos a que recibieran atención dental. Se les aplicó encuestas en forma personal en horas de clínica los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes en turno matutino de 8am a 12 pm y lunes, martes, miércoles, jueves y viernes en turno vespertino de 3pm a 7 pm. Se interrogó a los padres los datos de sus hijos como la edad, el género, si es la primer visita dental y se recopilaron los datos de los padres como su relación con el niño, edad, nivel de instrucción, colonia en la que viven, si preferían estar presentes o ausentes durante la atención dental de sus hijos y las razones de su preferencia. Se realizó la evaluación de las encuestas y se recopilaron los datos obtenidos. (Anexo i, ii, y iii).

Todo lo anterior fue hecho por el investigador principal.

5.6 Asociación de Datos

Las proporciones de los padres que quisieron estar presentes o ausentes se expresaron en términos de proporción.

Las variables dependientes se compararon con las independientes utilizando el análisis cruzado con Chi cuadrada, los valores de p menores de 0.05% fueron significativos.

Todos los resultados se han presentado como tablas y figuras.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

El total de muestra fue de 103 Padres de niños que acudieron al Posgrado de Odontología Infantil de la UANL a recibir atención dental.

Los padres prefieren estar ausentes con un 60% y en menor proporción presentes con un 40% durante la atención dental de sus hijos. La frecuencia de las madres que acompañan a sus hijos es mayor con un 87% y son menos los padres que acompañan a sus hijos con un 13%. Las madres preferían estar ausentes con un mayor porcentaje de 53% contra un 34% que preferían estar presentes. En cambio los padres no muestran diferencia en cuanto a estar presentes con 7% y ausentes con 6% (Anexo IV, Tabla I. Anexo V, Figura 1).

De acuerdo al género de los niños, el porcentaje masculino es mayor con un 63% contra un 37% menor de género femenino que acudieron a su atención dental. Los padres de los niños de género masculino preferían estar ausentes en un mayor porcentaje 37% contra un 26% menor que preferían estar presentes. Los padres de los niños de género femenino preferían estar ausentes en mayor porcentaje 23% contra un 14% menor que preferían estar presentes. El grado de diferencia entre los grupos no es significativo (Anexo IV, Tabla II. Anexo V, Figura 2).

En relación a la edad de los padres, la preferencia por estar presentes se acentúan entre los 31 a 40 años con un 20% y disminuye la frecuencia en los mayores de 40 años con un 4% y en los menores de 20 años de edad con un 3%. En cuanto a la preferencia por estar ausentes se acentúa de igual forma entre los 31 a 40 años de

edad con 24% y disminuye el porcentaje conforme disminuye y aumenta la edad. Se observa que el porcentaje más alto en cuanto a la preferencia es de 31 a 40, siendo muy similar en cuanto a ambos tipos de preferencia. No existe diferencia marcada entre las edades, tienen la misma tendencia (Anexo IV, Tabla III. Anexo V, Figura 3).

La preferencia de los padres por estar presentes se acentúa en quienes tienen hijos más pequeños, de 2 a 4 con un porcentaje de 21%, más sin embargo en los ausentes también encontramos en el mismo grupo de edad una gran parte que prefiere estar ausente en un 26%. En los mayores de 9 años de edad disminuye el grado tanto de estar ausente con 6% como estar presente con un 1% (Anexo IV, Tabla IV. Anexo V, Figura 4).

En el estrato socioeconómico encontramos una mayor preferencia por estar ausente en todos los estratos socioeconómicos. Siendo mayor la frecuencia del estrato medio bajo con 45% ausentes y 35% presentes y menor el estrato alto con 1 % ausente y 0% presentes. Lo cual no representa diferencia significativa en la relación preferencia- nivel socioeconómico (Anexo IV, Tabla V. Anexo V, Figura 5).

En cuanto al nivel de instrucción de los padres se encontró que los que tienen nivel de instrucción secundaria prefieren estar ausentes en un mayor porcentaje con 24% contra los que quieren estar presentes con un 14%. En los de nivel universitario es mayor el porcentaje que desea estar presente con un 10% y el ausente con 8% En los otros niveles de instrucción no existe diferencia significativa por su preferencia. En

términos generales no existe relación significativa entre las variables (Anexo IV, Tabla VI. Anexo V, Figura 6).

La preferencia de los padres que asisten por primera vez a la consulta en el posgrado de odontopediatría, prefieren estar presentes con un 11% y ausentes con un 10%, por lo que no existe gran diferencia. En cuanto a los pacientes subsecuentes existe una diferencia mayor en los padres, prefieren estar ausentes con un 50% contra 29% que desea estar presente (Anexo IV, Tabla VII. Anexo V, Figura 7).

De acuerdo a las razones que refieren los padres para estar presente durante la atención dental de su hijo, encontramos que el 32% de ellos se sentirían mejor si están presentes, siendo este el mayor porcentaje. Seguido de un 27% que refieren que sus hijos se sentirían mejor si los padres están presentes. Y con un 24% la presencia de los padres puede ayudar al dentista con el procedimiento, estos 3 valores fueron los más altos. Sin embargo se observa una minoría de 10% que desea estar presente debido a que previamente ha asistido al tratamiento dental con su hijo y con un 7% los padres que piensan que el niño es muy pequeño para asistir solo al tratamiento dental (Anexo IV, Tabla VIII. Anexo V, Figura 8).

De las razones que refieren los padres para estar ausentes durante la atención dental, la mayoría respondió con un 89% que la presencia de los padres puede causar el mal comportamiento del niño, y con un menor porcentaje 11% la razón de que el niño tiene edad suficiente para recibir el tratamiento solo (Anexo IV, Tabla IX. Anexo V, Figura 9).

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

El hallazgo más importante en este estudio es que los padres que acuden al Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Nuevo León prefieren en su mayoría (60%) , estar ausentes durante la atención dental de sus hijos. De los que preferían estar ausentes, el 89% ,refirió que la presencia de los padres puede llegar a causar el mal comportamiento del niño. Esto es comparable con lo reportado en otros estudios donde se justifica el no permitir la entrada de los padres al operatorio cuando el niño es tratado, debido a que la presencia de los padres puede incrementar las expresiones de dolor por el niño, tener una influencia inquietante, interrumpir el procedimiento en el consultorio, dividir la atención y tener un efecto perjudicial en el comportamiento del niño (Brown y Ritchie 1990, Frankl, Shiere, Fogels 1962, Nathan 1995, Wright, Starkey y Gardner 1983). El resultado de nuestro estudio concuerda con el estudio realizado a 250 padres de familia en el cual se concluyó que la minoría, es decir el 22% no deseaba estar presente durante procedimientos médicos dolorosos, pensando que su presencia podría afectar a sus hijos con un 41% (Bauchner, Vinci, Warin 1989). Otros autores han reportado que no existe ninguna diferencia psicofisiológica en los niños, en cuanto a la presencia o ausencia del padre dentro del operatorio (Lewis y Law 1958).

Antiguamente los padres eran excluidos del operatorio, la separación padre-hijo ha sido un caso controversial a lo largo de los años, de hecho en una encuesta realizada a 120 diplomáticos de la American Academy of Pedodontics en 1972, sólo 6 contestaron siempre permitir la entrada de los padres al operatorio, mientras 97 permiten la entrada sólo en casos seleccionados y 18 de ellos se negaron ante cualquier circunstancia

(Wright, Starkey y Donald 1983). Desde hace algunos años los dentistas han formulado políticas independientes para los pacientes de acuerdo al comportamiento del niño y si la separación padre-hijo debe ser llevada a cabo.

Sin embargo, existen otras corrientes en las que se apoya la presencia de los padres durante los procedimientos médicos, pues pueden beneficiar la relación padre - dentista – hijo y disminuir el estrés del paciente infantil. La mayoría de los padres y sus hijos prefieren permanecer juntos durante procedimientos médicos, creen que sus hijos se comportaran mejor si ellos están presentes y los niños reportan que la presencia de sus padres es una de los apoyos más importantes para cooperar. (Bauchner y cols. 1989, Gonzales y cols. 1989, Pérez y cols. 2009, Reese, Alexander 2002, Ross y Ross 1988). En un estudio médico se examinó el efecto de la presencia maternal como observadora, los niños que mostraron menor cantidad de angustia eran los que estaban acompañados por su madre, los autores sugieren que esta condición facilita un mejor resultado en la atención , ya que minimiza la conducta típica manifestada en los niños(O’Laughlin y Ridley-Johnson 1995). Así mismo, en procedimientos invasivos en urgencias pediátricas, la mayoría de los padres preferían estar presentes. El 80% refirió sentirse mejor si están presentes, el 91% cree que el niño se sentiría mejor y el 73% respondió que su presencia podría ayudar al médico (Bauchner, Vinci, Warin 1989). De la misma manera en los tratamientos dentales, se encontró que el 66% de los padres querían estar presentes en la consulta y de estos, el 85% respondieron que se sentirían mejor y 93% creían que sus hijos se sentirían mejor (Kamp 1992). Los estudios realizados indican que la mayoría de los padres quieren estar presentes, aunque a menudo son excluidos, niños menores hasta mayores e incluso

adolescentes refieren que la presencia de sus padres sigue siendo importante para hacer frente a distintos procedimientos médicos (Bauchner, Vincy, May 1994). Aunque en el estudio realizado en la Clínica del Posgrado de Odontología Infantil de la UANL, la minoría (40%) de los padres respondiera preferir estar presente durante la atención dental de sus hijos, se ve reflejada la relación con los resultados de los estudios examinados anteriormente, pues en este estudio de los padres que preferían estar presentes, los valores más altos de razón por su preferencia, respondieron que se sentirían mejor si están presentes (32%), seguido de un 27% refiriendo que sus hijos se sentirían mejor si ellos están presentes y con un 24% que la presencia de los padres podría ayudar al dentista con el procedimiento.

La frecuencia de las madres que acompañan a sus hijos es mayor con un 87% y son menos los padres con un 13%. Las madres preferían estar ausentes con un mayor porcentaje de 53% contra un 34% que preferían estar presentes. En cambio los padres no muestran diferencia en cuanto a estar presentes con 7% y ausentes con 6%. Lo que reflejan los resultados de que en su mayoría la madre este acompañando a su hijo a la consulta dental contra la minoría de los padres y su indiferencia en cuanto a estar presentes o ausentes, puede deberse según la literatura, a que la relación madre-hijo es uno de los parentescos más importantes que el individuo experiencia en toda su vida, pues desde recién nacido es totalmente dependiente de su madre por su bienestar físico y emocional, así que este enlace temprano representa una unión psicológica con el neonato, requiriendo una relación física cercana tan íntima como su conexión física para que el pequeño desarrolle un sentimiento de satisfacción básica y seguridad (Stone 1957, Stuart y Prugh 1960). La presencia y apoyo de una madre en

calma es beneficiosa y positiva para la conducta del niño, por el contrario una madre ansiosa, es perjudicial y menos positivo para el comportamiento del niño (Chambers 1970, Whaley, Pinto y Sigman en 1999). Sin embargo, en una evaluación hacia la separación y no separación de la madre en el consultorio dental, se concluyó que la presencia de la madre en el operatorio, no demostró ningún efecto nocivo en el comportamiento del niño. Si la madre es instruída propiamente, puede ayudar a establecer la armonía entre el dentista y el niño (Frankl, Shiere y Fogels 1962).

No existe diferencia significativa entre los dos grupos de preferencia de los padres en la atención dental de sus hijos respecto a las siguientes variables; género del niño, edades tanto de padres como de hijos, estrato socioeconómico, nivel de instrucción y la primera visita dental, lo cual es similar en otros estudios con la relación de algunas variables. Con la presencia o ausencia de los padres no se encontraron diferencias en el comportamiento de los niños, ni relación con la edad, sexo, raza o estado socioeconómico (Pfefferle, Machen, Fields y Posnick 1982). En cuanto a la evaluación de preferencia en separación a los padres de sus hijos, no se encontró relación importante entre las variables de acuerdo a nivel de educación, descripción de experiencia dental por parte de los padres, edad u otro hijo en la familia. Por el contrario ,se encontró que los padres jóvenes con hijos pequeños o quienes hacían su primera visita dental preferían estar presentes y acompañando a sus hijos (Kamp 1992).

Durante experiencias de dolor o estrés, los niños pequeños desean estar con sus padres, esperando ser protegidos y consolados. La respuesta de los niños ante la presencia o ausencia de los padres puede ser desde perjudicial hasta beneficiosa. Los

profesionales coinciden en que es importante una buena comunicación entre el dentista, paciente y los padres. Cada practicante tiene la responsabilidad de optimizar el marco de tratamiento, en reconocimiento de sus habilidades, las habilidades del niño, y los deseos de los padres quienes están involucrados. (American Academy of Pediatric Dentistry 2008)

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

1. Los padres que acuden a la Clínica del Posgrado de Odontología Infantil de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en su mayoría prefieren estar ausentes durante la atención dental de sus hijos con un 60% y prefieren estar presentes con un 40%.
2. La razón por la que prefieren estar ausentes es debido a que creen que su presencia en la consulta puede incrementar el mal comportamiento del niño. Y en cuanto a la preferencia por estar presentes, la razón que mencionan es porque tanto ellos como sus hijos se sentirían mejor si no son separados.
3. No existe diferencia significativa entre los dos grupos de preferencia respecto a las siguientes variables; género del niño, edades tanto de padres como de hijos, estrato socioeconómico, nivel de instrucción y si es la primera visita dental.
4. Las madres son quienes acompañan a sus hijos al dentista en su mayoría. Por lo que es importante que el profesional escuche las preferencias y deseos de los padres para que en la medida en que se establezca una buena relación con ellos y sus hijos, sea la medida en que se lleve a cabo el tratamiento con éxito y armonía.

9. REFERENCIAS

9. REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry. **Guidelines on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient.** Vol. 31. No. 6. pp.1-9. 2008
2. Arsenian J.M. **Young Children in an Insecure Situation.** J. Abn & Soc. Psych. 38: 225-249, 1943.
3. Bauchner H., Vinci R, Bak S, Pearson C, and Corwin M.J. **Parents and procedures: A randomized controlled trial.** Pediatrics. 98. p.p. 861-867. 1996.
4. Bauchner H., Vinci R, May A. **Teaching parents how to comfort their children during common medical procedures.** Archives of Disease in childhood. Vol. 70. p.p 548-550. 1994.
5. Bauchner H., Vinci R., and Waring C. **Pediatric procedures: Do parents want to watch?** Pediatrics, 84. p. p. 907-909. 1989.
6. Blount R.L., Powers S.W., Cotter M., Swan S., and Free K. **Making the system work. Training pediatric oncology patients to cope and their parents to coach them during BMA/LP procedures.** Behavior modification. Vol.18 (1), p.p.6-31. 1994
7. Brown J., Ritchie J., **Nurses perception of parent and nurse roles in caring for hospitalized children.** Children's Health Care. 19. p.p. 28-36. 1990.
8. Chambers D.W. **Managing the anxieties of young dental patients;** Journal Dentistry for children. September- October 1970. pp. 363-373.

9. Corah N, Gale E, Illig S. ***Assessment of a dental anxiety scale.*** JADA. 1978; 97. p.p. 816-819.
10. Corkey B, Freeman R. ***Predictors of dental anxiety in six year old children: findings from a pilot study.*** Journal Dentistry for children. July-August 1994. pp. 267-271.
11. Dreikurs R. and Soltz R. N. ***Children: the Challenge.*** New York. Haythorn Books. 1964. pp. 215-220.
12. Easlick K.A. ***The dentist management of young children.*** International Journal Orthodontia and Dentistry for Children. Vol. 21. pp.78-88. 1935.
13. Erikson M.E. ***Childhood and Society.*** W.W. Norton. New York 1950. pp. 219-231.
14. Fenlon W, Dobbs A, and Curzon M.E.J. ***Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents.*** British Dental Journal, 174 (23), p.p. 23-28. 1993
15. Fields H. ***Research Methods, Issues, and Directions in Behavioral Management of the Child Dental Patient.*** Anesthesia Progress. p.p. 23-24. 1986.
16. Finn S.B. ***Clinical Pedodontics.*** W.B. Saunders. Philadelphia 1957. pp. 18-37.
17. Frankl S, Shiere F, Fogels H. ***Should the parent remain with the child in the dental operatory?*** Journal Dentistry for children. 1962. pp. 150-163.
18. Gonzalez J., Routh D., Saab P., Armstrong F., Shiffman L., Guerra E., and Fawcett N. ***Effects of parental presence on children's reactions to***

- injections: behavioral, physiological, and subjective aspects.*** Journal of Pediatric Psychology. 14, p.p. 449-462. 1989.
19. Gould J.M. ***Handling the Child Patient.*** Journal Dentistry N.Y. Vol. 23. pp. 110-113. 1953.
20. Hirshfeld-Becker, D.R. y Biederman, J. ***Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders.*** Clinical Child and Family Psychology Review. Vol 5. Pp. 161-165. 2002.
21. INEGI. ***II Censo de población y vivienda 2005.*** México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2005.
22. Johnson R, Baldwin D. ***Maternal anxiety and child behavior.*** Journal Dentistry for children. March- April 1969. pp. 87-92.
23. Kain Z, Mayes L.C, Caramico L.A, Silver D, Spicker M, Nygren M, Anderson G and Rymar S. ***Parental presence during induction of anesthesia: A randomized control trial.*** Anesthesiology. 84 .p.p. 1060-1067. 1996.
24. Kamp A.A. ***Parent child separation during dental care: a survey of parent's presence.*** Pediatric Dentistry. Vol. 14. No. 4. 1992.
25. Kazdin, A.E. ***Problem solving skills training and parent management training for conduct disorder.*** Evidence based psychotherapies for children and adolescents. New York; Guildford. p.p 241-252. 2003.
26. Lear M.W. ***The child worshipers.*** New York: Crown Publishers, Inc. 1963.
27. Lewis T.M, Law D.B. ***Investigation of Certain Autonomic Responses of Children to Specific Dental Stress.*** Journal of the American Dental Association. Vol. 57. Pp. 769- 777. Diciembre. 1958.

28. Nathan JE. **Managing behavior of preoperative children.** Dent Clin North Am. Oct; 39(4). p.p. 789-816. 1995.
29. O'Laughlin E, Ridley-Johnson R. **Maternal presence during children's routine immunizations: The effect of mother as observer reducing child distress.** Children's Health Care. 24 (3).p.p. 175-191. 1995.
30. Olsen N.H. **The first appointment-a mutual evaluation session.** Journal Dentistry for children. Vol. 32. 208-211. 1965.
31. Peretz B, Zadik D. **Dental anxiety of parents in an Israeli kibbutz population.** International Journal Of Pediatric Dentistry. 1994. Vol. 4. pp. 87-92.
32. Pérez A, Gómez S, González-Granado L, Rojo P. **Procedimientos invasivos en urgencias: los familiares prefieren estar presentes?** Anales de Pediatría (Barcelona). Vol. 70 (3). p.p 230-234. 2009.
33. Pfefferle J, Machen J, Field H, Posnick W. **Child behavior in the dental setting relative to parental presence.** Journal of Pediatric Dentistry. Vol4. No.4. pp 311-316. 1982.
34. Pinkham J.R. **Observation and interpretation of the child dental patients behavior.** Pediatric Dentistry. American Academy of Pedodontics. Vol 1. No. 1. 1979. pp. 21-26.
35. Pinkham J.R. **Management of the encounter between dentist and parent.** Journal Dentistry for children. March- April 1982. pp. 107-111.
36. Pinkham J.R. **The dentist and child patient encounter: an Adlerian analysis.** Journal Dentistry for children July- August 1982. pp. 266-271.

37. Pinkham J.R. ***Fear of Dentistry: a discussion of its usefulness to certain child dental patients.*** Journal Dentistry for children March-April 1983. pp. 111-113.
38. Roder R, Lewis T, Law D. ***Physiological responses of dentists to the presence of a parent in the operatory.*** Journal of Dentistry for Children. 1961.
39. Ross D., and Ross S., ***Childhood pain: Current issues, Research and Management.*** Urban Schwarzenberg, Baltimore. 1988.
40. Reese R, Alexander M. ***Managing child behaviors in the dental setting.*** Clinical Update. National Naval Dental Center, Bethesda Maryland. Vol.24, No.7 p.p.14-15. 2002
41. Shirley M, Poyntz L. ***The Influence of Separation From the Mother on Children's Emotional Responses.*** J. Psych. 12: 251, 1941.
42. Shirley M, Poyntz L. ***Development and Cultural Patterning in Children's Emotional Responses.*** Child Development. 12: 347, 1941.
43. Stone L.J, Church J. ***Childhood and Adolescence.*** Random House. New York 1957. pp. 30-66
44. Stuart H.C, Prugh D.B. ***The Healthy Child: His Physical, Psychological and Social Development.*** Harvard University. 1960. pp. 209-231
45. Toledano M, Osorio F.S, Aguilera, Pelagajar J. ***Childrens dental anxiety: influence of personality and intelligence factors.*** International Journal Of Pediatric Dentistry. 1995. Vol 5. pp. 23-28.

46. Tuma C.F. ***How to Help your Child to be a Good Dental Patient.*** Journal Dentistry for Children. Vol 21. pp. 81-84, 1954.
47. Venham L, Bengston D, Cipes M. ***Parent's presence and the child's responses of children to a specific dental stress.*** Journal Dentistry for Children. Vol.47. pp. 37-41. 1978.
48. Venham L, Gualin- Kramer E. ***A child oriented philosophy of dental management.*** Pediatric Dentistry. American Academy of Pedodontics. Vol 5. No. 4. 1983. pp. 261-265.
49. Venham L. ***The effect of mother's presence on a child's response to dental treatment.*** Journal Dentistry for Children. Vol.46. pp. 51-57. 1979.
50. Whaley, S.E., Pinto, A. and Sigman, M. ***Characterizing interactions between anxious mothers and their children.*** Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 67, pp.826-836.1999.
51. Wright, D.J. ***The relationship of anxiety and externalizing disorders.*** Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering University Microfilms International, US, Vol. 62 (4-B). 2010
52. Wright G.Z, Starkey P.E, Gardner D.E. ***Managing children's behavior in the dental office.*** 1983. pp.57-75.

10. ANEXOS

10.1 ANEXO I

HOJA DE ENCUESTA

Paciente No. _____

Colonia _____

1. ¿Cuál es su relación con el niño?

- 1. Padre
- 2. Madre

2. ¿Qué edad tiene usted?

- 1. - de 20
- 2. 20-25
- 3. 26-30
- 4. 31-40
- 5. + de 40

3. ¿Cual es su nivel de instrucción?

- 1. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Preparatoria
- 4. Universidad
- 5. Posgrado
- 6. Técnica

4. ¿Cuál es el género de su hijo?

- 1. Hombre
- 2. Mujer

5. ¿Qué edad tiene su hijo?

- 1. 0- 2
- 2. 2-4
- 3. 5-6

4. 7-8
5. 9-10
6. + de 10

6. ¿Es la primera visita al dentista?

1. Sí
2. No

7. ¿Si le dieran la opción, que preferiría estar Presente o Ausente durante la atención dental de su hijo?

1. Presente
2. Ausente

Si desea estar presente en la atención dental, pasar a la siguiente pregunta, si desea estar ausente en la atención dental, pasar a la pregunta 9.

8. ¿Cuáles son sus razones para estar presente en la consulta dental?

1. Usted se sentiría mejor si está presente en la atención dental.
2. Su hijo se sentiría mejor si usted estuviera presente en el tratamiento dental.
3. La presencia de los padres pueden ayudar al dentista con el procedimiento.
4. El niño es muy pequeño para asistir solo al tratamiento dental.
5. Previamente ha asistido al tratamiento dental con su hijo

9. ¿Cuáles son sus razones para estar ausente en la consulta dental?

1. La presencia de los padres puede causar el mal comportamiento del niño.
2. El niño tiene edad para recibir el tratamiento por sí solo.
3. Previamente ha asistido al tratamiento dental con su hijo.

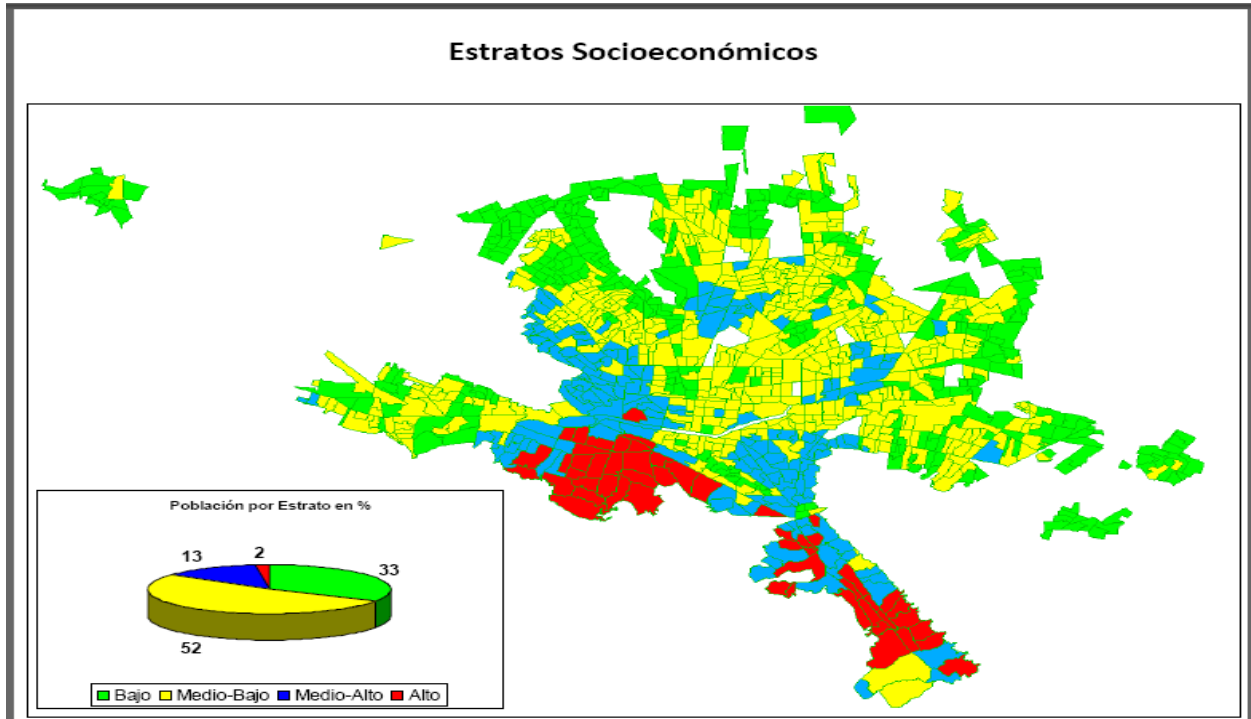
10.2 ANEXO II

HOJA DE CAPTURA DE DATOS (Excel)

Paciente	Relación con el niño	Género del niño	Edad del padre	Edad del niño	Nivel socioeconómico	Nivel de instrucción	Primer visita	Preferencia en la atención dental	Razones para estar presente	Razones para estar ausente

10.3 ANEXO III

MAPA DEL ESTRATO SOCIOECONÓMICO POR COLONIAS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY 2005 INEGI



10.4 ANEXO IV

TABLAS

Los datos de las encuestas fueron procesados en el paquete estadístico SPSS obteniendo los resultados que se describen a continuación.

Tabla I. Relación entre el parentesco y la preferencia de los padres.

Preferencia Parentesco con el niño	Ausente		Presente		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Madre	55	53	35	34	90	87
Padre	7	7	6	6	13	13
Total	62	60	41	40	103	100

p>0.05

Fuente: Encuesta Directa

Tabla II. Relación entre el género del niño y la preferencia de los padres.

Preferencia Genero del niño	Ausente		Presente		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Hombre	38	37	27	26	65	63
Mujer	24	23	14	14	38	37
Total	62	60	41	40	103	100

p>0.05

Tabla III. Relación entre la edad y la preferencia de los padres.

Preferencia Edad del Padre	Ausente		Presente		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
menos de 20	0	0	3	3	3	3
20-25	9	9	5	5	14	14
26-30	14	13	8	8	22	21
31-40	25	24	21	20	46	45
más de 40	14	14	4	4	18	17
Total	62	60	41	40	103	100

p>0.05

Fuente: Encuesta Directa

Tabla IV. Relación entre la edad de los niños y la preferencia de los padres.

Edad del Niño	Preferencia Ausente		Preferencia Presente		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
0 a 2	0	0	0	0	0	0
2 a 4	27	26	22	21	49	47
5 a 6	15	14	14	14	29	28
7 a 8	9	9	4	4	13	13
9 a 10	6	6	1	1	7	7
mayor a 10	5	5	0	0	5	5
Total	62	60	41	40	103	100

p>0.05

Fuente: Encuesta Directa

Tabla V. Relación entre el estrato socioeconómico y la preferencia de los padres.

Estrato Socioeconómico	Preferencia Ausente		Preferencia Presente		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Alto	1	1	0	0	1	1
Bajo	8	8	4	4	12	12
Medio-Alto	6	6	1	1	7	7
Medio-Bajo	47	45	36	35	83	80
Total	62	60	41	40	103	100

p>0.05

Fuente: Encuesta Directa

Tabla VI. Relación entre el nivel de instrucción y la preferencia de los padres.

Nivel de Instrucción	Preferencia Ausente		Preferencia Presente		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Primaria	5	5	4	4	9	9
Secundaria	25	24	15	14	40	39
Preparatoria	11	11	5	5	16	16
Universidad	8	8	10	10	18	17
Posgrado	1	1	1	1	2	2
Tecnica	11	10	6	6	17	16
Ninguna	1	1	0	0	1	1
Total	62	60	41	40	103	100

p>0.05

Fuente: Encuesta Directa

Tabla VII. Relación entre la primer visita dental y la preferencia de los padres.

Primer visita	Preferencia	Ausente		Presente		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%
	No	52	50	30	29	82	80
	Si	10	10	11	11	21	20
	Total	62	60	41	40	103	100

p>0.05

Fuente: Encuesta Directa

Tabla VIII. Razones de los padres por estar presentes en la atención dental.

Razones para estar Presente	Frec	%
Los padres se sentirían mejor si están presentes en la atención dental	13	32
Los niños se sentirían mejor si el padre estuviera presente en la atención dental	11	27
La presencia del padre puede ayudar al dentista en el procedimiento	10	24
El niño es muy pequeño para asistir solo al tratamiento dental	3	7
Previamente ha asistido al tratamiento dental con su hijo	4	10
Total	41	100

Fuente: Encuesta Directa

Tabla IX. Razones de los padres por estar ausentes en la atención dental.

Razones para estar Ausente	Frec	%
La presencia de los padres puede causar el mal comportamiento del niño	55	89
El niño tiene edad para recibir el tratamiento por sí solo	7	11
Previamente ha asistido al tratamiento dental con su hijo	0	0
Total	62	100

Fuente: Encuesta Directa

10.5 ANEXO V

FIGURAS

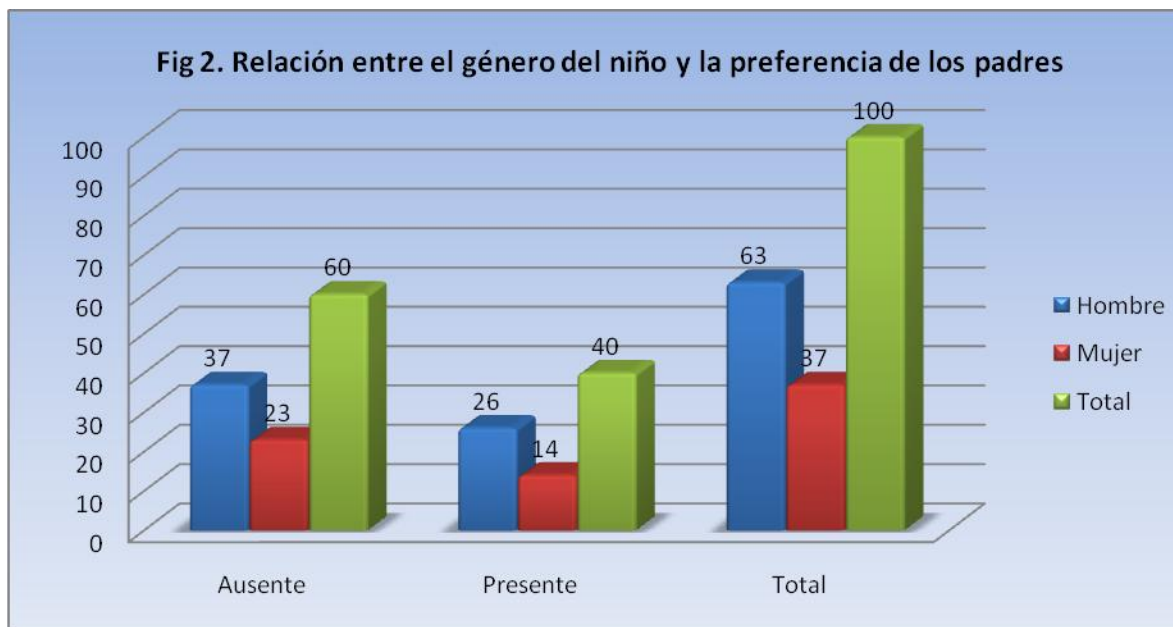
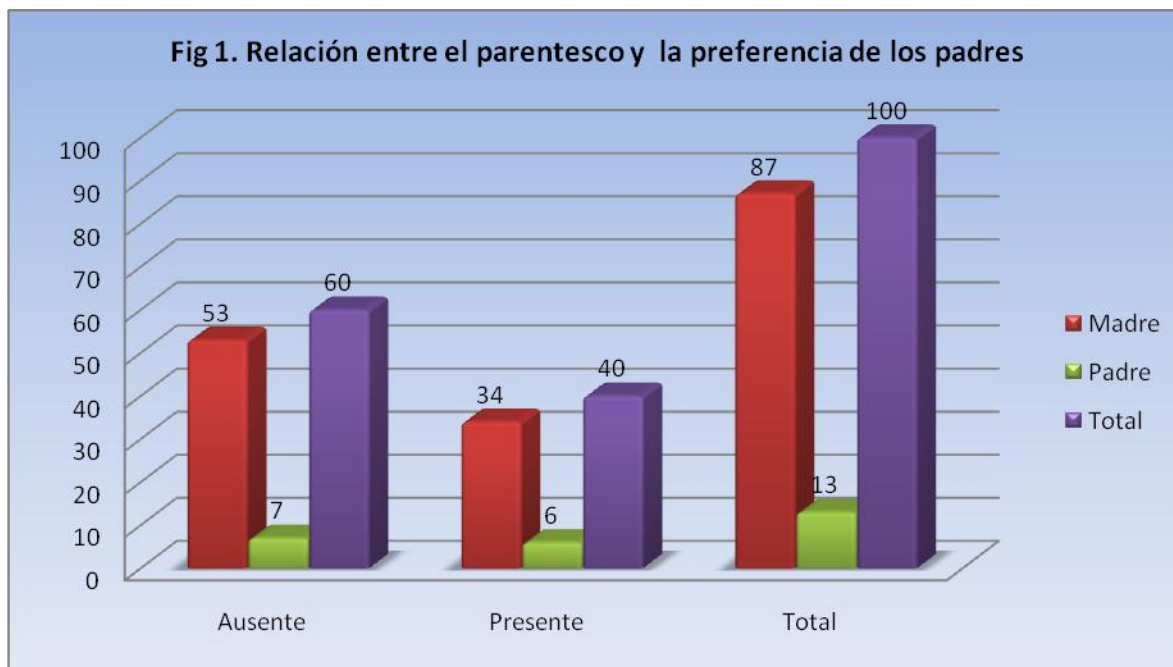


Fig 3. Relación que existe entre la edad y la preferencia de los padres

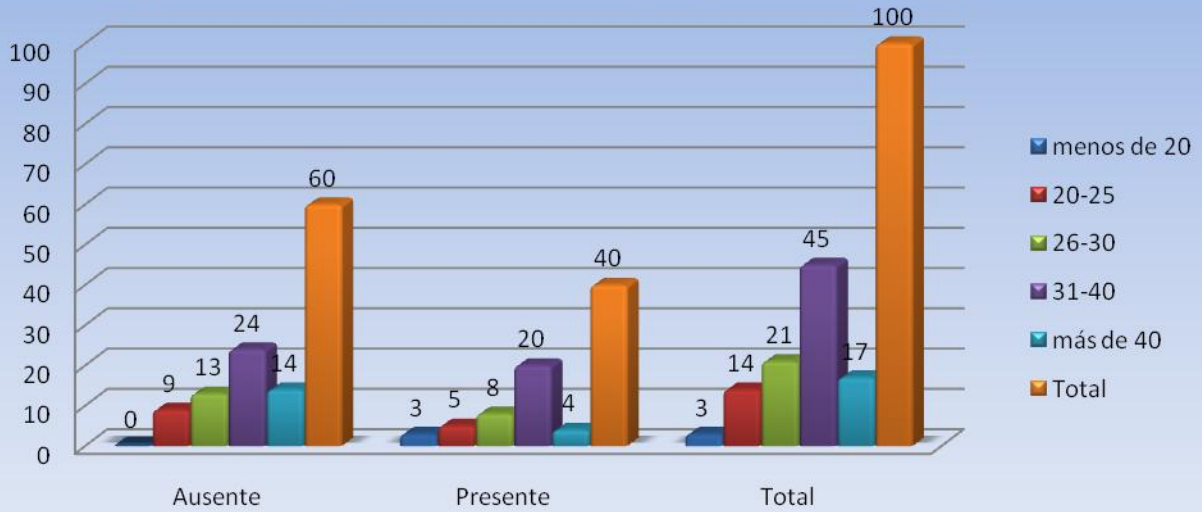


Fig 4. Relación entre la edad de los niños y la preferencia de los padres

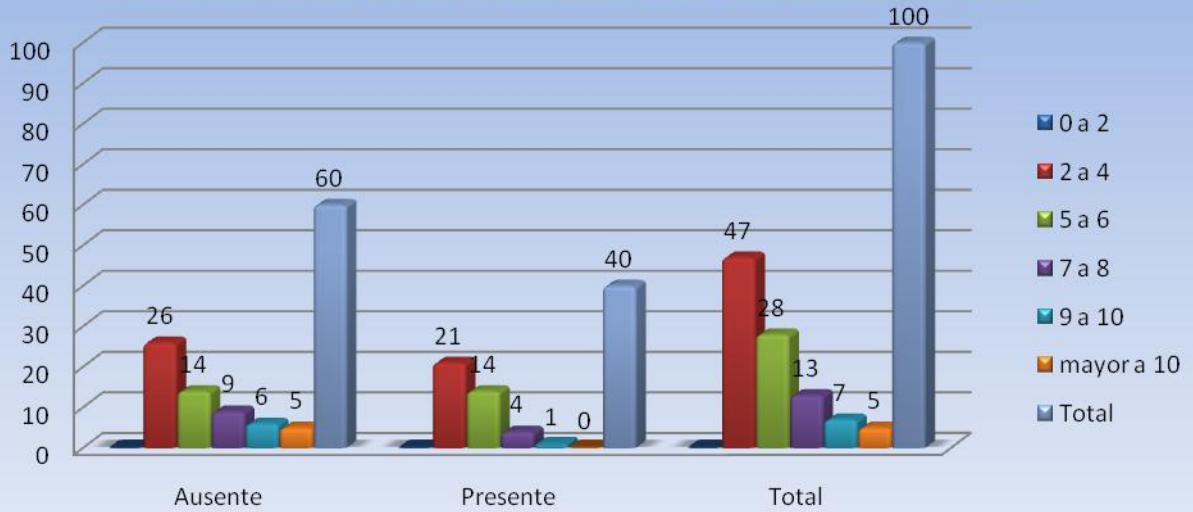


Fig 5. Relación entre el estrato socioeconómico y la preferencia de los padres

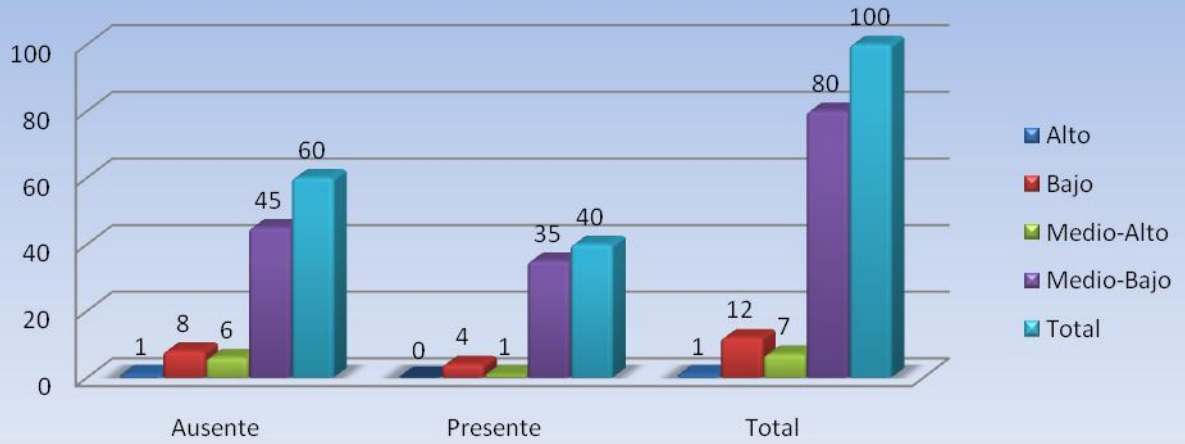


Fig 6. Relación entre el nivel de instrucción y la preferencia de los padres

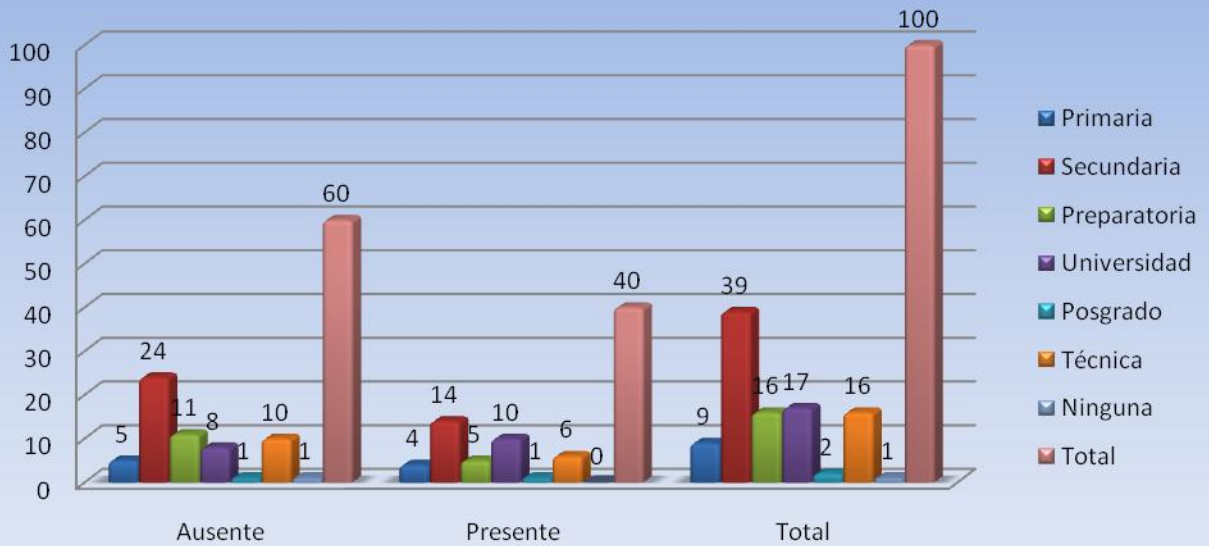


Fig 7. Relación entre la primer visita dental y la preferencia de los padres

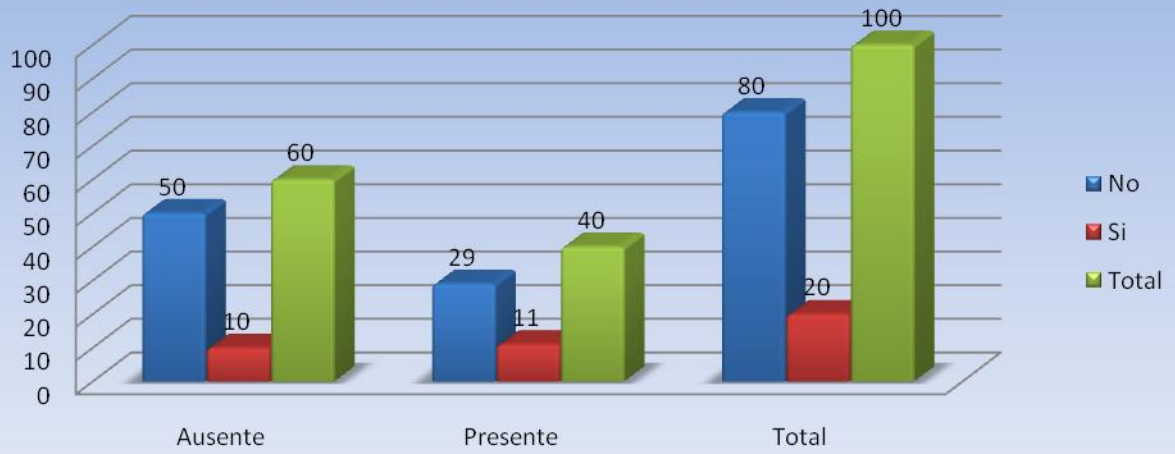


Fig 8. Razones de los padres por estar presentes en la atención dental

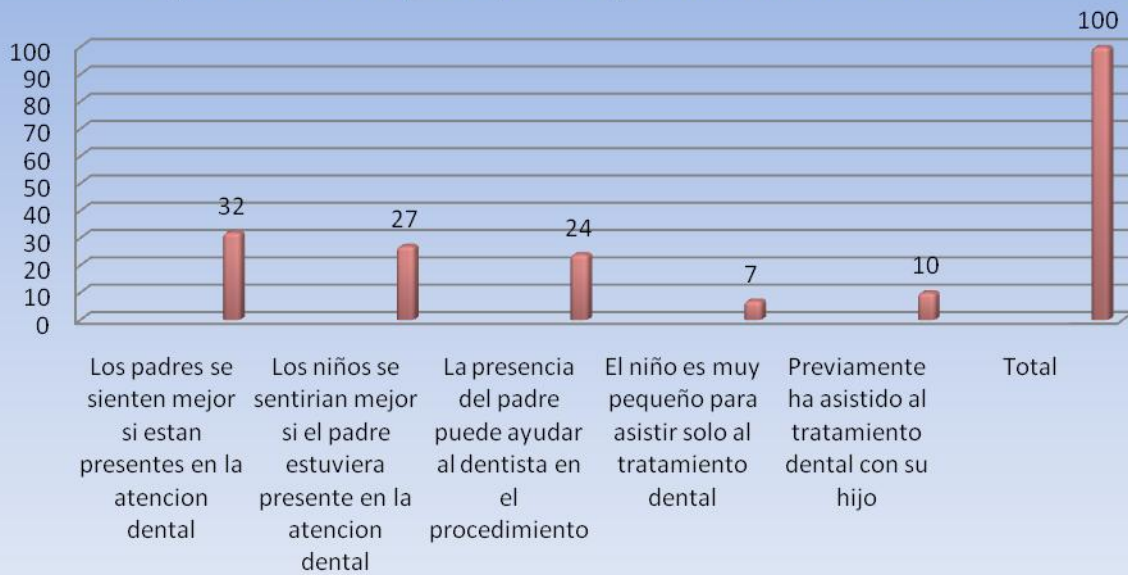


Fig 9. Razones de los padres por estar ausentes en la atención dental.

