

TOC9
0180

IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DEL PADRE- MADRE DE FAMILIA EN LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA DE SUS HIJ@S EN LA CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA DEL COLEGIO
ODONTOLÓGICO COLOMBIANO SEDE SANTIAGO DE CALI

YENNY MARTINEZ GRANADA

YAMILETH CRUZ MINOLI

LILIAN LUCIA MEDINA BOLAÑOS

ROSALBA RENTERIA PALACIOS

JOHANA CORDOBA PARRA

YAMILETH JOHANA VELEZ

DIANA MARIA RIOS ERAZO

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2004

IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DEL PADRE- MADRE DE FAMILIA EN LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA DE SUS HIJ@S EN LA CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA DEL COLEGIO
ODONTOLÓGICO COLOMBIANO SEDE SANTIAGO DE CALI

YENNY MARTINEZ GRANADA

YAMILETH CRUZ MINOLI

LILIAN LUCIA MEDINA BOLAÑOS

ROSALBA RENTERIA PALACIOS

JOHANA CORDOBA PARRA

YAMILETH JOHANA VELEZ

DIANA MARIA RIOS ERAZO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de odontólogo general

Asesor Metodológico
Dra. Blanca Acosta

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2004

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los niños, padres y madres de familia que participaron en la investigación.

Al personal de la Clínica de Odontopediatría por toda su colaboración durante la investigación.

A la Dra. Blanca Lucia Acosta (Asesora metodológica) por su colaboración en el desarrollo de la investigación.

A Hector Mueses por su asesoría estadística durante la investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	16
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	19
1.2 JUSTIFICACIÓN	19
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo general	20
1.3.2 Objetivos específicos	20
2. MARCO TEORICO	22
2.1 COMPORTAMIENTO HUMANO	22
2.2 APARATO PSIQUICO	23
2.2.1 Teoría psicoanalítica de Freud	23
2.2.2 Sistema psicoinstintivo	24
2.2.3 Etapas del desarrollo psicoinstintivo	26
2.2.4 Teoría evolutiva de Gesell	27
2.3 RELACION MADRE E HIJO	29
2.3.1 Sociabilidad y maternidad: instinto y aprendizaje	30
2.4 PRESENCIA Y PERTENENCIA PATERNA	31
2.5 EL DESARROLLO SOCIAL	32
2.6 LOS ORIGENES DEL APEGO	33
2.6.1 El contacto corporal	33
2.6.2 La familiaridad	33
2.6.3 El temperamento	33
2.6.4 La educación sensible	33

2.7 LOS ESTILOS EDUCATIVOS	34
2.8 LA EXPRESION DE LA EMOCION	35
2.8.1 La comunicación no verbal	35
2.9 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	35
2.9.1 Reacciones emocionales comunes en el niño	36
2.10 MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	40
2.10.1 Reducción del miedo y la ansiedad	40
2.10.2 Agentes que influyen el comportamiento y la personalidad del niño	40
2.10.3 Factores ambientales que influyen el comportamiento del niño	41
2.11 RAZONES PARA JUSTIFICAR UNA POLÍTICA DE SEPARACIÓN PADRE/NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO	43
2.12 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO COMO PACIENTE	44
2.12.1 Paciente receptivo	44
2.12.2 Paciente no receptivo	44
2.12.3 Paciente físicamente impedido	45
2.12.4 Pacientes mentalmente impedidos	45
2.12.5 Paciente niño Infantil	45
3. DISEÑO METODOLOGICO	46
3.1 HIPÓTESIS	46
3.2 TIPO DE ESTUDIO	46
3.3 UNIVERSO	46
3.4 POBLACION	46
3.5 MUESTRA	46
3.6.1 Criterios de inclusión	46
3.6.2 Criterios de discontinuación o retiro	47
3.7 VARIABLES	47
3.8 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	48

3.8.1 Instructivo	49
3.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO O PRUEBA PILOTO	51
3.10 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
3.11 RECURSOS	57
3.11.1 Recursos humanos	57
3.11.2 Recursos físicos	57
3.11.3 Recursos Financieros	57
3.12 CRONOGRAMA	58
4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	59
4.1 RESULTADOS	59
4.2 CONCLUSIONES	62
5. DISCUSIÓN	63
6. RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	69

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Conducta de madres e hijos	43
Tabla 2. Variables	47
Tabla 3. Recursos Humanos	57
Tabla 4. Recursos Físicos	57
Tabla 5. Recursos Financieros	57
Tabla 6. Cronograma	58

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Experiencia del padre de familia en la primera cita odontológica	59
Figura 2. Manifestaciones del padre de familia al llevar a su hijo al odontólogo	59
Figura 3. Dialogo de los padres con sus hijos sobre la importancia de asistir al Odontólogo	60
Figura 4. Manifestaciones del padre de familia en la consulta con su hijo	60
Figura 5. Manifestaciones del niño dentro de la consulta con su padre	61
Figura 6. Manifestaciones del padre de familia fuera de la consulta odontológica	61
Figura 7. Manifestaciones del niño en consulta sin su padre	62

LISTA DE ANEXOS

Pág.

**Anexo A. Certificado de la coordinadora del departamento de investigación
y salud pública**

69

GLOSARIO

ACTITUD: Organización bastante estable de creencias, sentimientos y tendencias conductuales dirigidas a un objeto como una persona o grupo.

CONDUCTA: Comportamiento de un individuo ante una situación concreta o en la ansiedad.

MIEDO: Respuesta primitiva inconsciente que desarrolla el individuo para protegerse de daños, estado emocional que se presenta ante una situación conocida.

TRANQUILIDAD: Sosiego, serenidad, calma, quietud, reposo, familiaridad, naturalidad

ANSIEDAD: Estado emocional sin una fuente externa de amenaza reconocible

COMPORTAMIENTO HUMANO: Característica esencial de los seres vivos, mediante el, entra en relación con el medio ambiente a fin de desarrollarse y adaptarse a su entorno.

RESUMEN

El objetivo de el trabajo es determinar según la actitud del padre, si es importante su presencia durante la consulta odontológica de su hij@.

Este estudio se realizó en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano sede Santiago de Cali, en el período comprendido entre el 1º de febrero y el 2º de agosto del 2004, se contabilizaron 253 historias clínicas, seleccionando 136 historias clínicas luego de realizar la fórmula estadística de proporción simple. Los padres-madres e hij@s seleccionados fueron observados y filmados teniendo en cuenta las manifestaciones de ansiedad, miedo, tranquilidad infantil y paternal; estas observaciones se dividieron así: primera cita: padre-madre dentro del consultorio odontológico con su hij@, segunda cita: padre-madre fuera de la consulta, mientras el niñ@ es atendid@, tercera cita: padre-madre e hij@ dentro del consultorio odontológico, cuarta cita: Diligenciamiento del formato de recolección de datos.

El 59.2% de los padres-madres de familia y el 57.1% de los niñ@s estuvieron tranquil@s dentro de la consulta odontológica. En la segunda observación el 62.9% de los padres-madres se encontraban tranquil@s fuera de la consulta y el 64.3% de los niñ@s se comportaron tranquilamente durante su cita odontológica.

La presencia del padre-madre de familia es positiva dentro de la consulta odontológica de su hij@, ya que el comportamiento sereno, dispuesto, atento y colaborador de este influye en el niñ@ brindándole seguridad y confianza.

INTRODUCCION

El comportamiento aporta gran parte de la ley de aprendizaje observado, la imitación social, interacción personal, dinámica de grupo y diferenciación conductual en función del medio sociocultural.; abordar el desarrollo del comportamiento humano implica mirarlo desde las perspectivas biológicas, psicológicas y socioculturales.

El comportamiento humano es una característica esencial de los seres vivos, que le permite entrar en relación con el medio ambiente a fin de desarrollarse y adaptarse a su entorno. El comportamiento del hombre, por su indeterminación biológica, puede cambiar notablemente a lo largo del tiempo y a lo ancho de sus distintas experiencias.

Los aprendizajes esenciales para la evolución del ser humano son los que se producen en un medio social, en el que unas personas se relacionan con otras. La interacción individuo-individuo es, quizás, el fenómeno central de la evolución individual e incluso social. Cuando una persona influye sobre otra, la estimula, esta última responde de algún modo y aprende a comportarse.

El aparato psíquico está conformado por tres estratos o espacios ideales: *Lo consciente* que es lo que se conoce espontáneamente en vigilia; *lo preconscious* que es todo lo que alcanza fácilmente la conciencia, la memoria, son todas las cosas que olvidamos o recordamos según la vida psíquica; y *lo inconsciente* que es lo que corresponde al estrato virtual más profundo del aparato anímico.

Desde el punto de vista estructural, el sistema psicoinstintivo atañe a tres instancias: *el ello*, definido como la suma total de las tendencias instintivas (patrones de conducta heredada o que no puede ser modificado por el aprendizaje); *el yo* como sinónimo de personalidad global o como equivalente de lo consciente y de las defensas preconscious frente a la instintividad sexual; *el*

superyó, llamado también conciencia moral o ideal del yo, actúa conscientemente (sentimiento de culpa, malestar por algo sentido como prohibido y que se ha hecho) y opera también de forma inconsciente.

Las etapas del desarrollo psicoinstintivo son:

Etapas oral (1er año): donde el niño se comunica con el mundo a través de la boca.

Etapas anal(2do año): el niño desarrolla el control de esfínteres, adquiere conceptos de limpieza, suciedad, orden, desorden, es autónomo, en oposición a vergüenza y duda.

Etapas fálica o edípica (3er año): donde se realiza la diferenciación sexual, es más independiente de la mamá, por tanto se vuelca al descubrimiento de sus genitales.

Las primeras relaciones personales entabladas entre el niño@ y sus padres-madres, constituyen el inicio, la piedra angular, de la socialización humana. El niño@ tiene una variada gama de manifestaciones emocionales que se desarrollan paralelamente con su físico y su personalidad dentro de su entorno familiar.

El contacto madre e hijo@ puede ser una consecuencia gratificante, siendo la madre el reforzador positivo del comportamiento; cuando va acompañado de una experiencia desagradable o aversiva, la madre es entonces un reforzador negativo y el niño tiende a no producirlo.

Existen 4 estilos educativos:

Padres autoritarios que imponen normas y esperan obediencia.

Padres democráticos que son a la vez exigentes y cariñosos. Esperan controlar a sus hijos con normas y órdenes pero también explicando las razones, y especialmente cuando los niños crecen, animándoles a discutir abiertamente y permitiendo excepciones a las normas.

Padres permisivos que se someten a los deseos de sus hijos, les exigen poco y raramente recurren al castigo.

Padres negligentes que rechazan a sus hijos. No están implicados. Esperan poco y no se comprometen.

La paternidad bien ejercida, impulsada por el amor hacia los hij@s, tiene innumerables variantes que dan al niño un sentimiento de protección y seguridad que se mantiene como la fuente de una relación prolongada válida y positiva entre padre e hij@.

Todo lo anterior juega un papel fundamental en la consulta odontopediátrica, debido a la influencia que ejercen los padres-madres sobre su hij@, ya que el niñ@ trae consigo una variedad de emociones muy comunes en el ser humano, como los son la ansiedad y el miedo, por enfrentar situaciones para él desconocidas; lo que lleva al odontólogo a determinar en que casos la presencia de los padres-madres es o no favorable durante el desarrollo de la consulta.

Esta investigación buscó mediante la observación dentro y fuera del consultorio determinar si era positiva o negativa la presencia del padre-madre de familia durante la consulta odontológica de su hij@ con el fin de mejorar la calidad de tratamiento del paciente niñ@.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La clínica odontopediátrica del colegio odontológico colombiano extensión santiago de Cali, busca brindar una atención integral al paciente niño; para alcanzar este propósito debemos tener en cuenta; que este llega a la clínica con una variedad de manifestaciones muy comunes como son el miedo y la ansiedad al enfrentarse a situaciones y ambiente desconocidos, lo que lleva al odontólogo a determinar si es importante la presencia o ausencia de los padres en la consulta, debido a la marcada influencia que ejercen los padres sobre sus hijos.

- ¿Cuáles son los diferentes comportamientos de los padres frente a la consulta odontológica de sus hijos?
- ¿Cuales son las manifestaciones que presente el niño en presencia de los padres dentro de la consulta odontológica?
- ¿Qué factores influyen en el comportamiento del padre de familia frente a la consulta odontológica de su hijo?
- ¿Es conveniente la presencia de los padres de familia en la consulta de los niños para el desarrollo del tratamiento?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El manejo de la conducta en la consulta odontopediátrica es de especial importancia para el manejo profesional, ya que el adecuado manejo del comportamiento del niño permite un buen desarrollo del plan de tratamiento requerido.

El comportamiento del niño en la consulta odontológica esta influenciado en muchos casos por las experiencias que hayan vivido sus padres, que llevan al niño a sentir miedo, ansiedad o en otros casos confianza y seguridad, actitudes que pueden cambiarse conociendo los factores que alteran a los padres de familia frente a las vivencias en la consulta odontológica.

El desarrollo de factores psico-sociales, económicos y culturales pueden influir y estimular la conducta de los padres de familia en la salud bucodental de sus hijos por lo cual es necesario identificar estos factores para lograr un trato adecuado para los niños y así obtener un plan de tratamiento ideal en la consulta odontopediátrica.

Esta investigación pretende analizar el comportamiento de los padres de familia antes y durante la consulta odontológica, y determinar la influencia positiva o negativa de su presencia en el consultorio para mejorar la calidad de atención del paciente niño.

Esta investigación busca mediante la observación determinar si es positiva o negativa la presencia negativa del padre o madre dentro de la consulta odontológica de su hijo con el fin de mejorar la calidad del tratamiento del paciente niño.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar según la actitud del padre, si es importante su presencia durante la consulta odontológica de su hijo.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar los diferentes perfiles de conducta del padre de familia.

2. Determinar los factores que influyen en el comportamiento del padre de familia frente a la consulta odontológica de su hijo.
3. Observar el comportamiento del niño ante la presencia del padre en la consulta odontológica.
4. Analizar el comportamiento de los padres de familia durante la consulta odontológica de los niños.
5. Determinar las estrategias que debe asumir el odontólogo frente al padre de familia para mejorar el tratamiento del paciente niño.

2. MARCO TEORICO

A lo largo de la historia el hombre se ha cuestionado acerca de su identidad, su origen y sus actos; muchas de estas respuestas están mediadas por lo que el hombre ha creído de sí mismo, de la cultura y la ideología dominante¹.

A raíz de esto se hace necesario e importante en análisis fundamental del comportamiento el cual aporta gran parte de la ley de aprendizaje observado, la imitación social, interacción personal dinámica de grupo y diferenciación conductual en función del medio sociocultural. Ello implica abordar el desarrollo del comportamiento humano evolutivamente, mirarlo desde las perspectivas biológicas, psicológicas y socioculturales².

2.1 COMPORTAMIENTO HUMANO

El comportamiento humano, la acción, es la característica esencial de los seres vivos, mediante el, entra en relación con el medio ambiente a fin de desarrollarse y adaptarse a su entorno³.

“Para comprender la génesis del comportamiento es preciso conocer su fenómeno esencial: el aprendizaje. Que un individuo aprenda supone que su comportamiento experimente algún tipo de modificación o cambio en función de algún género de influencia ambiental. El comportamiento del hombre va evolucionando a lo largo de toda su vida, puesto que durante toda ella está en contacto con el mundo que le rodea, con las personas que circundan. El comportamiento del hombre,

¹ TORO, Josep. El comportamiento humano, Editorial Aula Abierta Salvat, España, 1985, p. 4.

² Ibid., p. 5.

³ Ibid., p. 6

precisamente por su indeterminación biológica, puede cambiar notablemente a lo largo del tiempo, a lo ancho de sus distintas experiencias"⁴..

La evolución del comportamiento humano en función de los sucesivos fenómenos del aprender es una sucesión de interacciones. Toda interacción entre dos factores supone su influencia mutua cuando entran en contacto, así como un resultado de tal contacto distinto del que se daría en casos de incidir simplemente uno sobre otro. La existencia de un comportamiento dado nunca puede atribuirse a la herencia o al ambiente exclusivamente, de un modo u otro, siempre es fruto de la interacción herencia- ambiente⁵.

Los aprendizajes esenciales para la evolución del ser humano son los que se producen en un medio social, en el que unas personas se relacionan con otras. La interacción individuo-individuo es, quizás, el fenómeno central de la evolución individual e incluso social. Cuando una persona influye sobre otra, la estimula, está última responde de algún modo y aprende a comportarse⁶.

2.2 APARATO PSIQUICO

2.2.1 Teoría psicoanalítica de Freud

El aparato psiquico está conformado por tres estratos o espacios ideales:

1. *Lo consciente*: Es lo que se conoce espontáneamente en vigilia; lo captado por la percepción-conciencia, que nos proporciona una vivencia inmediata del yo y del mundo, se manifiesta en nuestros actos cotidianos y emociones conscientes⁷.

⁴ Ibid., p. 11.

⁵ Ibid., p. 11.

⁶ Ibid., p. 11.

⁷ BRAINSKY, Simón. Manual de psicología y psicopatología dinámica, Carlos Valencia Editores, Bogotá, 1998. p. 47.

2. *Lo preconsciente*: Es todo lo que alcanza fácilmente la conciencia, la memoria, son todas las cosas que olvidamos o recordamos según la vida psíquica. En el preconsciente se encuentran contenidos (ideas, afectos, fantasías, recuerdos) que no podemos alcanzar sino al vencer un cierto obstáculo⁸.
3. *Lo inconsciente*: El inconsciente corresponde al estrato virtual más profundo del aparato anímico. Sus contenidos no llegan directamente a la conciencia. Es un fenómeno secundario que no está subordinada a nuestras ideas y emociones conscientes, pero si influye sobre ellas y las dirige. Las manifestaciones básicas de los derivados de lo inconsciente son los *lapsus*, los actos fallidos, los chistes, los sueños, la creación artística, los mitos, los cuentos infantiles y en su forma más característica y dramática, los síntomas de enfermedades mentales⁹.

2.2.2 Sistema psicoinstintivo

El punto de vista estructural atañe a tres instancias, a tres grupos hipotéticos de fuerzas dotadas de energía dinámica. Los tres grupos no pueden entenderse aisladamente; cada uno existe en función de los otros y sólo puede ser comprendido en calidad del componente de una estructura. Las estructuras son:

1. *El ello*: Se define el ello como la suma total de las tendencias instintivas. En biología el concepto de instinto alude a patrones de conducta heredada. En la psicología clásica se refiere a lo que no puede ser modificado por el aprendizaje. En la teoría psicoanalítica la acepción se enriquece y se complejiza: el sistema nervioso se va afectando por dos tipos de estímulos básicos:

⁸ Ibid., p. 47.

⁹ Ibid., p. 48.

- a. Estímulos externos, discontinuos, de los cuales se puede escapar por la fuga y cuyo modelo es el arco reflejo. De la misma manera, si una persona se ve ante peligros externos, tenderá a huir.
- b. Estímulo interno, continuo, de los cuales no puede escapar mediante la fuga y que tiene una representación mental denominada fantasía inconsciente. Es a estos impulsos internos a los que se les denomina en la teoría psicoanalítica "instintos".

El ello es inconsciente, nace con el individuo, representa funciones primitivas dirigidas a la conservación de la especie, es guiado por el principio del placer, exigiendo una gratificación inmediata¹⁰.

- 2. *El yo*: Freud utiliza la concepción del "yo" como sinónimo de personalidad global o como equivalente de lo consciente y de las defensas preconscientes frente a la instintividad sexual. A partir de los estructural el yo, el ego, aparece y se define:
 - a. Como la corteza de una superficie (la proyección en superficie del aparato mental).
 - b. Como la modificación que se produce en el ello por el contacto con la realidad.
 - c. Como un conjunto de identificaciones.
 - d. Como un conjunto de funciones, algunas de ellas adjudicadas anteriormente al preconsciente y entre ellas tenemos:
 - Percepción-conciencia
 - Acceso a la motilidad
 - Función de censura en los sueños
 - Función sintética de la personalidad
 - e. Como el decantado de catexis de relaciones objetales introyectadas y abandonadas como estructuras.

¹⁰ Ibid., p. 58-59.

El yo está constituido por identificaciones y funciones conscientes e inconscientes¹¹.

3. *El superyó*: Llamado también conciencia moral o ideal del yo. La acción del superyó no es solamente punitiva y restrictiva; representa también el valioso decantado de los valores de la especie a lo largo de su evolución. El superyó actúa conscientemente (sentimiento de culpa, malestar por algo sentido como prohibido y que se ha hecho). Simultáneamente opera también de forma inconsciente. En ocasiones la culpa inconsciente impulsa al individuo a buscar castigo por lo hecho o por lo fantaseado. Se desarrolla con la introyección de la autoridad paterna, una vez resuelto el complejo de edipo, aparece a los tres años de edad¹².

2.2.3 Etapas del desarrollo psicoinstintivo

En la etapa intrauterina, el niño está en el estado de nirvana, el nacimiento es el primer desprendimiento emocional y físico del ser humano; justo en este momento se empieza a desarrollar la psiquis del ser humano.

Etapas orales: (1er año) El niño se comunica con el mundo a través de la boca, el niño conoce el mundo, recibe un placer Yoico (satisfacer el apetito) y un placer libidinal (satisfacer el cariño materno), recibidos por el seno materno. Tiene dos subetapas:

- a. **Succión:** (6 meses) El bebé no identifica el objeto externo.
- b. **Canibalística:** Coincide con el destete, en su boca aparecen los dientes, con los cuales puede agredir y tiene sentimiento de culpabilidad que se gravan en el consciente individual. La boca y los dientes tienen una gran carga libidinal, hay persistencia de hábitos orales en la regresión¹³.

¹¹ Ibid., p. 58-60.

¹² Ibid., p. 62.

¹³ PAPALIA, Diane. Desarrollo humano, Editorial McGraw Hill, Colombia, 1990. p. 246 – 247.

Etapas anal (2do año) El niño desarrolla el control de esfínteres, adquiere conceptos de limpieza, suciedad, orden, desorden, es autónomo, en oposición a vergüenza y duda¹⁴.

Etapas fálica o edípica (3er año) Hay diferenciación sexual, es más independiente de la mamá, por tanto se vuelca al descubrimiento de sus genitales. Los preescolares llegan a fascinarse por las diferencias anatómicas entre niñas y niños, así como entre adultos y niños, su conversación está llena de chistes sucios, centrados principalmente de lo que ocurre en el baño, más que en el dormitorio.

De acuerdo con la teoría del complejo de Edipo, entre los 3 años y los 6 años el niño prodiga amor y afecto con decidida matriz sexual a su madre, compitiendo así por el amor y afecto de la madre. Inconscientemente el niño desea ocupar el lugar del padre, pero reconoce el poder de este. Se ve preso de sentimientos conflictivos: afecto auténtico por su padre matizado por hostilidad, rivalidad y temor.

El complejo de Electra es similar al de Edipo: una niña pequeña desea a su padre, teme a la madre, reprime sus sentimientos y consecuentemente se identifica con el progenitor del mismo sexo¹⁵.

2.2.4 Teoría evolutiva de Gesell

Perfiles de conducta típicos de diversos grupos de edades

2 AÑOS: Dependencia materna. Hay dificultad para establecer relaciones interpersonales, juego solitario (egoísta), necesita tiempo para adaptarse a situaciones nuevas, no responde a preguntas u órdenes directas, cambios rápidos de humor, cansancio rápido, habilidades motoras toscas y un

¹⁴ Ibid., p. 247.

¹⁵ Ibid., p. 247.

poco incoordinadas, puede conseguirse su cooperación siempre que se tenga en cuenta su falta de concentración, no camina con equilibrio, desarrollo del aparato foniatrico¹⁶.

3 AÑOS: Tiene sentido del yo, colaborador, solo puede hacer una cosa a la vez por su poca concentración, tiene mucho humor, afectuoso, tiene compañeros imaginarios, le gustan las equivocaciones tontas y el juego doméstico. Las cosas tienen vida propia. Camina erguido, tiene mejor coordinación motora, tiene más capacidad de atención y concentración, es más independiente, juega en equipo, da y espera, su centro afectivo es su madre¹⁷.

4 AÑOS: Es categórico, es "sí" o es "no", blanco o negro, no gris. Tiene gran actividad motriz y mental, fantasías, egoísta, pelea, grita, de buen humor, ingenioso, le gusta asustar. Inventa sobrenombres tontos, insulta, llorón, se cansa fácilmente, le gusta el juego dramático de la casa, del hospital, del almacén utilizando adecuadamente trajes y compañeros imaginarios¹⁸.

5-6 AÑOS: Edad muy importante, imita al adulto y es su modelo. Todo lo imita, acusa. Tiene interés por experiencias inmediatas, colaborador pero lento, tiene muchos interrogantes por lo cual pregunta todo, sin importar la respuesta¹⁹.

7 AÑOS: Empieza a tener conciencia de los sexos, consciente de su cuerpo y no permiten que lo toquen, pudoroso y vergonzoso. Abandona las escenas cuando las cosas no le salen bien, sentimental y místico, presenta poco sentido del humor, conversa seriamente de política, economía etc. Juega con reglamentos muy importantes y colecciona desafortunadamente todo. Fanático del televisor²⁰.

¹⁶ Ibid., p. 286.

¹⁷ Ibid., p. 287.

¹⁸ Ibid., p. 288.

¹⁹ Ibid., p. 290.

²⁰ Ibid., p. 291.

8 AÑOS: Se caracteriza por su curiosidad (como son las cosas por dentro, como funcionan), dramatizador, exagerado, valeroso y arriesgado. Sabelotodo busca errores en lo adultos, tiene buen sentido del humor, no acepta bromas hacia él. Ensaya risas y llantos y juega con reglamentos internos. Fanático del televisor²¹.

9 AÑOS: Control de sincinesias, digna confianza, responsable, consciente de lo bueno y lo malo, planifica y es de buen humor²².

10 AÑOS: Cuando pregunta se interesa por la respuesta, buena voluntad, indeciso, desordenado, olvidadizo²³.

2.3 RELACION MADRE E HIJO

Inmediatamente después del nacimiento el niño se encuentra ya en brazos de su madre, a partir de ese momento se inicia un largo proceso de relación mutua durante el que la madre intenta subvenir las necesidades reales o supuestas del niño. Se trata de la primera relación del ser humano; lo que de ella surge, lo que en ella se aprende, determina gran parte del comportamiento²⁴.

El comportamiento maternal proporciona dosis masivas de estimulación gratificante y de supresión de estimulación aversiva. La madre va quedando asociada a mucho de cuanto satisfactorio o placentero experimenta el bebé. Las respuestas emocionales placenteras que innatamente provocan los contactos dérmicos, la ingestión alimenticia, la estimulación auditiva y visual, van

²¹ Ibid., p. 292

²² Ibid., p. 293.

²³ Ibid., p. 295.

²⁴ TORO Josep, Op. Cit. p. 26.

siendo suscitadas poco a poco por la madre, por su voz, su figura física, su movimiento, su mirada, su conducta toda²⁵.

Estas reacciones emocionales son auténticas respuestas condicionadas lo que conlleva a un vínculo afectivo. El niño se siente vinculado afectivamente a su madre, es decir, en su presencia reacciona emocionalmente de modo placentero. Es a través del vínculo afectivo que aparecen los comportamientos de aproximación, el bebé aprende a conducirse de tal modo que le sea posible ver, oír, tocar incluso oler y gustar a su madre²⁶.

Estas conductas aproximativas indican que se está produciendo un aprendizaje instrumental, que es todo comportamiento producido o modificado en función de sus consecuencias. El contacto madre e hijo ha sido la consecuencia gratificante, siendo la madre el reforzador positivo del comportamiento. Cuando este va acompañado de una experiencia desagradable o aversiva es entonces un reforzador negativo y el bebé tiende a no producirlo²⁷.

2.3.1 Sociabilidad y maternidad: instinto y aprendizaje

Las relaciones personales entabladas entre el niño y la madre, constituyen la piedra angular de la socialización humana. Los comportamientos aprendidos por el niño en el seno de la interacción con su madre son el primer y básico eslabón de la cadena que le conducirá a adquirir la mayor parte de las conductas, los usos y las costumbres, las actitudes y los valores de la sociedad en que ha nacido, donde vive, en cuyo ámbito va a desarrollarse y desenvolverse²⁸.

El hombre no es un ser social por naturaleza, es un ser social por aprendizaje. No se nace vinculado a nadie; los vínculos aparecen a consecuencia de la experiencia. Cuando el hombre no

²⁵ Ibid., p. 26.

²⁶ Ibid., p. 26.

²⁷ Ibid., p. 27.

²⁸ Ibid., p. 28.

pasa por la relación madre e hijo, las conductas sociales se ven afectadas. Esta relación es el germen de toda otra relación interpersonal; por supuesto cuando se habla de la madre no se refiere exclusivamente a la madre biológica, es aplicable a la persona que ejerza funciones de crianza a un niño concreto²⁹.

2.4 PRESENCIA Y PERTENENCIA PATERNA

La paternidad bien ejercida, impulsada por ese motor básico que es el amor hacia los hijos, tiene innumerables variantes que dan al hijo el sentimiento de protección y seguridad que se mantiene como la fuente de una relación prolongada válida y positiva entre padre e hijo. Esa imagen se incorpora en la estructura endopsíquica del hijo que sentirá para siempre dentro de sí un super yo, un padre interno que cuida, protege y ayuda al yo, al hijo interno que es él mismo³⁰.

Desde el nacimiento el padre al tocar la piel de su hijo desata el sentimiento de progenitor, desde ese momento fluye su apego, comunicación, sus palabras comprensivas y serenas, es a partir de esto que el niño ordena su identidad, su conocimiento, el aprendizaje, valores, normas y conformación del amor³¹.

¿Que es ser padre? El significado de esta palabra es muy extensa, ya que no solo el progenitor es el "dador de vida", es algo mucho más grande, es una tarea llena de responsabilidad; el padre es un amigo que enseña, comparte, orienta y escucha; por esta razón es vital su presencia para observar y apoyar³².

²⁹ Ibid., p. 29.

³⁰ VILLARRAGA Liliana. Presencia y pertenencia paterna, Editorial Unibiblos, Bogotá, 1999. p. 13

³¹ Ibid., p. 71.

³² Ibid., p. 71.

“Los niños en presencia de los padres dispuestos, serenos y orgullosos de sus hijos, son niños atentos tranquilos, observadores, sonrientes, selectivos para los ambientes, la interacción y la temprana vocalización” ³³.

2.5 EL DESARROLLO SOCIAL

Los bebés son criaturas sociales desde el nacimiento. Casi desde el principio, padres e hijos se comunican mediante la vista, el tacto, la sonrisa y la voz.

Las interacciones padre-hijo fomentan la supervivencia del niño y la creciente percepción de sí mismo, hasta que finalmente puede criar y educar a su vez una nueva generación.

Según Vygotsky, los padres y otros formadores transmiten a los niños todas las habilidades, valores y perspectivas que la sociedad necesita ³⁴.

Desde la temprana infancia, el contexto social que rodea a las personas proporciona muchas de sus ideas, creencias y comportamientos.

No existe un comportamiento social más importante que el vínculo entre los padres y los hijos, llamado apego, un impulso de supervivencia poderoso que mantiene al niño cerca de las personas que cuidan de él ³⁵.

³³ Ibid., p. 71.

³⁴ MYERS, David. Psicología. Editorial Medica Panamericana, España, 1999. p. 94.

³⁵ Ibid., p. 94.

2.6 LOS ORIGENES DEL APEGO

Numerosos elementos entran en acción en la creación del lazo afectivo padres-hijos. Los niños se aferran a las personas con las que se sienten cómodos, en confianza y que responden a sus necesidades, normalmente los padres³⁶.

2.6.1 El contacto corporal

Los bebés sienten mayor apego por los padres suaves y calientes que los mecen, los alimentan y les dan palmaditas³⁷.

2.6.2 La familiaridad

Los apegos basados en la familiaridad tienen lugar durante las primeras horas de vida, que es donde se estimula el apego del niño hacia sus padres³⁸.

2.6.3 El temperamento

El temperamento de un niño incluye las características innatas de la personalidad, y especialmente su excitabilidad emocional (reactiva, intensa e inquieta o acomodadiza, tranquila y plácida)³⁹.

2.6.4 La educación sensible

Los hijos de madres sensibles y preocupadas, es decir, aquéllas que se dan cuenta de lo que hacen sus bebés y responden apropiadamente, suelen desarrollar un apego seguro. Y los de madres insensibles y despreocupadas, que cuidan a sus hijos cuando les apetece y los ignoran en otros momentos, generalmente desarrollan un apego inseguro⁴⁰.

³⁶ Ibid., p. 95.

³⁷ Ibid., p. 95.

³⁸ Ibid., p. 96.

³⁹ Ibid., p. 96.

⁴⁰ Ibid., p. 97.

2.7 LOS ESTILOS EDUCATIVOS

Existen diferentes estilos de educación. Algunos son estrictos y otros permisivos. Hay padres que se muestran indiferentes ante sus hijos y otros los besan y abrazan siempre. Varios investigadores han identificado cuatro estilos de educación:

1. Padres autoritarios que imponen normas y esperan obediencia.
2. Padres democráticos que son a la vez exigentes y cariñosos. Esperan controlar a sus hijos con normas y órdenes pero también explicando las razones, y especialmente cuando los niños crecen, animándoles a discutir abiertamente y permitiendo excepciones a las normas.
3. Padres permisivos que se someten a los deseos de sus hijos, les exigen poco y raramente recurren al castigo.
4. Padres negligentes que rechazan a sus hijos. No están implicados. Esperan poco y no se comprometen⁴¹.

Los niños que tienen control sobre sus vidas se convierten en adultos motivados y seguros de sí mismos. Aquellos que, por el contrario experimentan poco control se consideran desamparados e incompetentes. Además, los niños que tienen el control necesario para atribuir su comportamiento a sus propias elecciones ("Obedezco porque soy bueno") internalizan sus comportamientos. Los niños que actúan por coacción ("Obedezco porque si no me castigan") tienden a no internalizar sus acciones.

Los hijos de padres democráticos son los que tienen mayor sensación de control, son niños con mayor autoestima, confianza en sí mismos y competencia social⁴².

⁴¹ Ibid., p. 104.

⁴² Ibid., p. 104.

2.8 LA EXPRESION DE LA EMOCION

Las emociones no se revelan únicamente en nuestra excitación corporal, sino también en nuestro comportamiento expresivo⁴³.

2.8.1 La comunicación no verbal

Todos los seres humanos establecen comunicaciones no verbales, además de las verbales. Pueden interpretar sin dificultad las pistas no verbales para descifrar las emociones, algunas personas detectan mucho mejor las emociones que otras. Las personas introvertidas tienden a interpretar mejor las emociones de los demás, mientras que los extrovertidos son más fáciles de interpretar⁴⁴.

Los psicólogos vinculan varias emociones a determinados músculos faciales. Los músculos faciales difíciles de controlar revelan signos de emociones que tratan de ocultarse. Levantar solo la parte interior de las cejas, revela angustia o preocupación. Levantar la ceja izquierda significa que se está enfadado⁴⁵.

2.9 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

El niño tiene una variada gama de manifestaciones emocionales que se desarrollan paralelamente con su físico y su personalidad. Estas manifestaciones se presentan en las distintas etapas de su vida y pueden ser exacerbadas o moduladas, teniendo en cuenta los factores del medio,

⁴³ Ibid., p. 398.

⁴⁴ Ibid., p. 398.

⁴⁵ Ibid., p. 398.

principalmente. Es necesario precisar que la edad psicológica del niño, no corresponde siempre a la edad cronológica ⁴⁶.

Cuando el paciente niño llega a la consulta odontológica, trae consigo más que una molestia en su cavidad oral, una variedad de emociones muy comunes en el ser humano, como son la ansiedad y gran preocupación por las situaciones dolorosas, estas conductas son normales y aceptables en las personas normales ⁴⁷.

2.9.1 Reacciones emocionales comunes en el niño

Dentro de las reacciones más comunes en la consulta odontológica se encuentra el miedo, preocupación y ansiedad, fobias, rabia o ira, celos, cariño, situaciones que el odontólogo debe manejar en la forma más adecuada posible para producir una reacción de apoyo al paciente ⁴⁸.

Miedo: Es una respuesta emocional normal del ser humano, ocurre en situaciones de stress e incertidumbre. Sin embargo, para experimentar esa reacción de miedo hay que tener desarrollada la inteligencia, que permite diferenciar aquello que exige temor por ser dañino, de aquello que solo es subjetivo. Pareciera que se aprendiera a tener miedo de ciertas cosas, así como también a no temer a otras ⁴⁹.

El miedo está asociado a algún estímulo externo amenazante identificable que motiva a una conducta de evitación (o escape). Barlow en 1988 señala que el miedo consiste en una alarma

⁴⁶ CASTILLO Ramón. Manual de odontología pediátrica, Actualidad Medico Odontológicos Latinoamerica, C.A. Bogotá, 1996. pág. 13.

⁴⁷ Ibid., p. 23.

⁴⁸ Ibid., p. 24.

⁴⁹ Ibid., p. 24.

primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por elevada actividad y alto afecto negativo⁵⁰.

Primera infancia: (hasta los dos años de edad) Se tiene miedo a la soledad, a separarse de su madre, a figuras extrañas y poco atractivas, ruidos y movimientos bruscos. La respuesta más común a estos miedos es el llanto, buscando protección en su madre⁵¹.

Preescolar: "La aparición repentina de temores durante los años preescolares resulta de la ansiedad de los niños con respecto a lesiones y de sus sentimientos de culpa hacia sus padres, todo lo cual les hace temer el ser merecedores de castigo"⁵².

Los niños en edad preescolar temen a todo lo que pretenda tocar su cuerpo y sus fantasmas e imaginación se elimina con las experiencias vividas⁵³.

Edad escolar: Presentan miedo debido a influencias negativas ya vividas, provocando temores futuros⁵⁴.

Ansiedad: Es una reacción difusa, esta expresada como temor a lo desconocido. Estado emocional sin una fuente externa de amenaza reconocible o un estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de amenaza. Epstein 1972.⁵⁵

⁵⁰ BELLOCH Amparo. Manual de psicopatología, Editorial McGraw Hill/Interamericana de España, S.A.U. Barcelona, 1995.p. 54-55.

⁵¹ MERCADO. Op. Cit., p. 25.

⁵² Ibid., p. 25.

⁵³ Ibid., p. 25.

⁵⁴ Ibid., p. 25.

⁵⁵ Ibid., p. 25.

Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria. Esto quiere decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Esto confiere a la ansiedad un valor funcional importante, ya que posee una propiedad biológico-adaptativa. Esta utilidad no obstante, se convierte en desadaptativa cuando, en la ansiedad patológica (manifestación más frecuente, más intensa y más persistente que la ansiedad normal) se anticipa un peligro irreal. Dicho en otros términos la ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro real (objetivo) de la situación sino que puede ocurrir de forma irracional, esto es, produciéndose ante situaciones de escaso peligro objetivo o bien que carecen de peligro real⁵⁶.

Componentes de la ansiedad:

La ansiedad es no un fenómeno unitario, implica tres componentes, modo o sistemas de respuestas:

1. *Subjetivo o cognitivo*: Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad como la aprensión, intranquilidad, sozobra, tensión, inseguridad, incomodidad, inquietud, preocupación, etc.

La expresión de esta serie de fenómenos varía en gran medida según la historia del sujeto, el medio en el que se desenvuelve y los factores socioculturales⁵⁷.

2. *Fisiológico-somático*: Los cambios fisiológicos más característicos consiste en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incrementación en la tensión muscular, palidez facial, movimientos repetitivos de manos y pies, piel arrozada, sensaciones de frío y calor,

⁵⁶ BELLOCH, Amparo. Op. Cit., p. 55.

⁵⁷ Ibid., p. 56.

onicofagia), como internas (taquicardia, taquipnea, efectos digestivos y sobre otras vísceras, miosis, xerostomía)⁵⁸.

3. *Motor-conductual*: Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial, movimientos y posturas corporales fundamentalmente hace referencia a la respuesta de escape y evitación⁵⁹.

Fobias: Producto de miedo repetido, se manifiesta después de la adolescencia, existen dos factores relacionados con las fobias:

- Componente emocional: miedo
- Componente motor: Producto del comportamiento compulsivo⁶⁰.

Rabia o ira: "La rabia es una irritación acumulada, que explota repentinamente como expresión de conseguir algo que el niño lo desea o por lo contrario, que no lo desea"⁶¹.

Celos: Son una combinación de varias reacciones emocionales, como son cólera, lástima, miedo, ansiedad⁶².

Cariño: Es una manifestación aprendida con el ejemplo, "el niño responde con cariño cuando se le demuestra lo mismo y así se puede considerar como un sentimiento auténtico"⁶³.

Expresiones de miedo y ansiedad: "Dependen de la madurez del niño, de la personalidad, experiencia de situaciones de temor y las demandas de temor del padre y/o odontólogo".

⁵⁸ Ibid., p. 57.

⁵⁹ Ibid., p. 57.

⁶⁰ CASTILLO, Ramón. Op. Cit., p. 26.

⁶¹ Ibid., p. 26.

⁶² Ibid., p. 26.

⁶³ Ibid., p. 26.

Estas son algunas de las reacciones frente al miedo y la ansiedad: huir, agresividad, llanto, evasión, apatía, regresión, vómito, dolor estomacal, supresión del dolor⁶⁴.

2.10 MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Para el buen manejo del comportamiento del niño no sólo es necesario conocer sobre psicología y destreza operatoria, sino una buena coordinación de estos aspectos citados, estableciendo un sistema secuencial y lógico de procedimientos⁶⁵.

2.10.1 Reducción del miedo y la ansiedad

La reducción del miedo y la ansiedad de un niño respecto a sus experiencias odontológicas puede alcanzarse a través de varios mecanismos.

Los métodos más efectivos para aliviar el temor y la ansiedad, son introducir actitudes receptivas a través de:

- Modelos positivos
- Reducir la incertidumbre, brindándoles información sobre el procedimiento que se le va a realizar.
- Darle apoyo emocional a través de comunicación no verbal positiva.
- Eliminar el dolor a través de analgesia efectiva.
- Educar a los padres a no demostrar su ansiedad o miedo⁶⁶.

2.10.2 Agentes que influyen en el comportamiento y la personalidad del niño

- a. Variables biológicas determinadas genéticamente.
- b. Variables biológicas no genéticas

⁶⁴ Ibid., p. 27.

⁶⁵ Ibid., p. 29.

⁶⁶ Ibid., p. 29.

- c. Experiencias aprendidas del niño
- d. Medio ambiente psico-social inmediato (padres, hermanos, amigos, maestros)
- e. Medio cultural-social general, en el que se desarrolla⁶⁷.

2.10.3 Factores ambientales que influyen en el comportamiento del niño

Las reacciones del niño en el tratamiento odontológico son el resultado de una serie de variables del ambiente y del medio en que se desarrolla física y psicológicamente. Algunas de ellas son:

La influencia de los padres: La persona que más influye en el desarrollo psicológico de los niños es por lo general la madre, debido a que presentan un mayor contacto con ellas.

“El papel que la madre, puede ser de doble efecto. Unas veces sirve de gran apoyo por su comprensión con el profesional y en este caso, su posición en esta tríada: odontólogo, paciente, madre; es positiva. Otras veces su posición es negativa y más bien obstaculiza un buen manejo de su niño”⁶⁸.

Algunas de las actitudes conocidas de los padres, son las siguientes:

- Padres extremadamente afectuosos
- Padres extremadamente protectores
- Padres extremadamente indulgentes
- Padres ansiosos
- Padres autoritarios
- Padres con falta de afecto
- Padres rechazantes.

⁶⁷ Ibid., p. 30.

⁶⁸ Ibid., p. 30.

Para el odontólogo puede ser motivo de tensión la presencia de los padres durante el tratamiento, sobre todo en acciones relativamente complejas (período de preinyección e inyección, instalación de aislamiento absoluto, exodoncias, terapia pulpar, etc.). Otro aspecto negativo es la posible interferencia de éstos con el desarrollo rapport, entendiendo a éste como una forma compleja de comunicación verbal, contextual y psicológica, que establece una corriente activa profunda entre el paciente y al operador. Algunos padres desean ayudar al niño permaneciendo al lado del sillón, tomándoles de la mano, repitiendo las instrucciones del odontólogo o añadiendo propias, consolando al niño usualmente con ideas erróneas sobre los propósitos del profesional. Esta circunstancia hace que el niño reciba una multitud confusa de informaciones que perjudica su adaptación a los acontecimientos⁶⁹.

En el aspecto positivo la presencia de los padres es importante, hay que suponer que no hay nadie más interesado que ellos en el particular problema odontológico de su hijo y su presencia ayuda a la educación simultánea del niño y su familia, como asimismo ir obteniendo mejor evaluación del paciente, las características de su entorno, sus propias vivencias odontológicas, el tipo de relación que les une, etc⁷⁰.

La influencia de los hermanos y otros familiares: En este grupo también se encuentran factores negativos y positivos en la influencia del comportamiento, pero además, aquellas que inocentemente ocurren entre hermanos como echar miedo a experiencias que ya las han vivido y en forma maliciosa la transmiten, muchas veces exagerando la realidad⁷¹.

La influencia de la escuela: maestros y condiscípulos: La influencia de esta variable puede ser positiva, sobre todo cuando llega correctamente y sin duda la información. "Los maestros tienen un

⁶⁹ Ibid., p. 31.

⁷⁰ Ibid., p. 31.

⁷¹ Ibid., p. 32.

rol importante para orientar adecuadamente la información al niño y a sus padres, preparándolos para futuras experiencias⁷².

En algunas ocasiones ocurre que la información puede ser dañina creando una imagen negativa y creando al mismo tiempo, un miedo subjetivo ante experiencias aún no vividas.

Tabla 1. Conducta de Madres e hijos

CONDUCTA DE LA MADRE	CONDUCTA DEL NIÑO
Sobreprotectora	Sumiso, tímido. Ansioso
- Dominante, Sobreindulgente	Agresivo, exigente, demostraciones de cólera.
Sobreindulgente	Agresivo, malcriado, exigente, demostraciones de cólera.
Carencia afectiva	Comúnmente de buen comportamiento, pero puede ser incapaz de cooperar; tímido, puede llorar fácilmente.
Rechazante	Agresivo, hiperactivo, desobediente
Autoritaria	Evasivo y haragán

Adaptado de Frankly y colab⁷³.

2.11 RAZONES PARA JUSTIFICAR UNA POLÍTICA DE SEPARACIÓN PADRE/NIÑO DURANTE EL TRATAMIENTO

- El padre con frecuencia repite las órdenes, fastidiando tanto al odontólogo como al niño.
- El padre agrega órdenes, convirtiéndose en una barrera para la relación entre el odontólogo y el niño.
- El odontólogo se ve imposibilitado de usar entonación de la voz, en presencia del padre o la madre, porque estos pueden mortificarse.
- El niño divide su atención entre el padre y el odontólogo.
- El odontólogo divide su atención entre el niño y el padre⁷⁴.

⁷² Ibid., p. 32.

⁷³ Ibid., p. 32.

⁷⁴ Ibid., p. 34.

2.12 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO COMO PACIENTE

Clasificación: según Facultad de Estomatología UPCH-R..

2.12.1 Paciente receptivo

Paciente tranquilo, deseoso de participar en la nueva experiencia. Se muestra sociable con el operador y demás personas que lo rodean. "Estos pacientes receptivos se sienten personas mayores con una autoconfianza y decisión sorprendente y la atención de este tipo de paciente, resulta muy cómoda y eficiente" ⁷⁵.

Por lo general no son cooperadores en la primera cita pero con un buen manejo son cooperadores potenciales.

2.12.2 Paciente no receptivo

Son pacientes con los cuales no existe buena comunicación entre ellos tenemos niños con experiencias odontológicas traumáticas, pre o adolescentes, niños con historia neurológica bajo medicamento tranquilizante. Estos pacientes responden con llanto, resistencia, incontrolables, entre otros. "El niño no receptivo, siempre será un "paciente difícil" y por lo tanto, las preocupaciones de su manejo deben tomarse en cada cita, aún cuando los procedimientos sean muy sencillos"⁷⁶.

⁷⁵ Ibid., p. 42.

⁷⁶ Ibid., p. 42.

2.12.3 Paciente físicamente impedido

Estos pacientes pueden ir desde una conducta tímida hasta aquellas que muestran agresividad, como en algunos casos la comunicación no puede establecerse es necesario la técnica de sedación⁷⁷.

2.12.4 Pacientes mentalmente impedidos

Son aquellos cuyo desarrollo psicológico como mental e intelectual se encuentran disminuidos o presentan retardo mental severo, en estos casos se utiliza sedación y anestesia general⁷⁸.

2.12.5 Paciente niño Infantil

Se le debe dar una consideración especial, debido a su corta edad, poca experiencia, limitada capacidad de entendimiento y a su extrema ligadura materna, por tal motivo se debe realizar un seguimiento sistematizado y secuencia lógica para no crear exabruptos que pueda dañar una experiencia de enseñanza – aprendizaje a esta edad⁷⁹.

⁷⁷ Ibid., p. 43.

⁷⁸ Ibid., p. 43.

⁷⁹ Ibid., p. 44.

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 HIPÓTESIS

La presencia de los padres de familia es positiva dentro de la consulta odontológica de su hijo debido a la influencia que estos ejercen sobre ellos, proporcionando seguridad y confianza en el momento del tratamiento.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional descriptivo

3.3 UNIVERSO

2929 niños asisten a la clínica de odontopediatría

3.4 POBLACION

253 niños que asisten a consulta con acudiente padre o madre

3.5 MUESTRA

136 pacientes

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1 Criterios de inclusión

- Padre o madre de familia que asisten con sus hij@s a 4 citas consecutivas a la clínica de odontopediatría del colegio Odontológico Colombiano.

- Criterios de exclusión
- El acudiente del niño sea diferente a padre y/o madre.
- Inasistencia a una de las 4 citas.

3.6.2 Criterios de discontinuación o retiro

- Pacientes pediátricos que hayan terminado su tratamiento odontológico y hayan sido controlados.
- Paciente que no continuaron el tratamiento por factores económicos, falta de motivación del operador y por tiempo.

3.7 VARIABLES

Tabla 2. Variables

NOMBRE	DEFINICIÓN	ESCALA		CATEGORIAS	MEDICIÓN
		Cualitativa	Cuantitativa		
Escolaridad del padre de familia	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nominal		1. Ninguno 1. Primaria 2. Bachiller 3. Técnico 4. Profesional	
Comportamiento del padre de familia en el consultorio	Conjunto de actividades y reacciones adaptativas a los estímulos que provienen del medio.	Nominal		1. Tranquilidad 2. Ansiedad 3. Miedo	
Comportamiento del niño en el consultorio ante la presencia del padre de familia	Conjunto de actividades y reacciones adaptativas a los estímulos que provienen del medio.	Nominal		1. Tranquilidad 2. Ansiedad 3. Miedo	
Edad del niño	Tiempo de vida desde el nacimiento		Continua	1. 3 - 5 2. 6 - 9 3. 10 - 12	Años cumplidos

3.8 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DEL PADRE DE FAMILIA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE SUS HIJOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO, SANTIAGO DE CALI

Esta encuesta es anónima por favor lea el instruccivo y en caso de duda pregunte al investigador.

♦ DATOS PERSONALES

- a) Edad del padre de familia _____ años
- b) Nivel de escolaridad ____primaria ____bachiller ____ técnico o universitario ____ninguno
- c) Ocupación actual _____
- d) Edad del niño-paciente _____
- e) Barrio _____

Marque con una x la opción que elija

1. ¿A que edad fue por primera vez al odontólogo? Edad No sé
2. La atención recibida en su primera cita odontológica fue en una institución
Oficial _____ Privada _____
3. ¿Su primera consulta al odontólogo fue por urgencia? Si ____ No ____
4. En sus primeras experiencias en la consulta odontológica usted sintió:
Tranquilidad _____ Ansiedad _____ Miedo _____
5. ¿Lo llevaron sus padres a sus primeras consulta odontológicas? Si ____ No ____
Si su respuesta es no por favor pase a la pregunta 7

6. ¿ Cual fue el comportamiento de sus padres antes, durante y después de las consultas odontológicas?

	Antes		Durante		Después	
Ansiedad	Si	No	Si	No	Si	No
Miedo	Si	No	Si	No	Si	No

7. ¿ En su infancia o en la adolescencia sus padres dialogaron con usted y le fomentaron el cuidado de su salud dental? Si _____ No _____

8. ¿ Siente usted alguna de las siguientes características al llevar a su hij@ al odontólogo?

Tranquilidad _____ Ansiedad _____ Miedo _____

9. ¿Dialoga usted con su hij@ sobre la importancia de asistir al odontólogo? Si _____ No _____

10. ¿Cómo reacciona usted cuando su hij@ no quiere acceder al tratamiento odontológico?

- Es impaciente frente a la angustia del niñ@ si__ no __
- Es paciente frente a la angustia del niñ@ si__ no __

11. ¿Le promete usted algo a su hij@ antes de ir al odontólogo? Si _____ No _____

12. ¿Prefiere usted esperar fuera del consultorio durante la cita odontológica de su hij@? Si__ No__

3.8.1 Instructivo

Nota: esta encuesta es anónima, por favor lea el instructivo detenidamente antes de contestar la encuesta y en caso de duda pregunte al investigador.

♦ DATOS PERSONALES

Nota: La @ hace referencia a hijo o hija.

- a) Edad: Años cumplidos del padre de familia.
 - b) Nivel de escolaridad: Grado de estudio alcanzado.
- Elija la opción con la que Usted se identifique
- c) Ocupación actual: Labor o trabajo al que Usted se dedica.
 - d) Edad del niño-paciente: Años y meses cumplidos de su hijo
 - e) Barrio: Lugar donde vive.

- ENCUESTA

NOTA: La siguiente encuesta consta de 12 preguntas de las cuales Usted debe elegir una única opción de respuesta, por favor no marcar más de una opción. En las respuestas de SI___ NO___ marque con X una sola opción.

1. Coloque en la casilla la edad o una X en la opción no sé
2. Institución oficial: Empresa que presta servicio de salud promovida por el estado.
Institución privada: Empresa privada que presta servicio de salud.
3. Consulta por urgencia: Consulta odontológica por algún tipo de dolor o accidente, sin una cita previa.
4. Ansiedad: Agitación, inquietud, angustia, intranquilidad, zozobra.
Miedo: Temor, recelo, cuidado.
Tranquilidad: Sosiego, serenidad, calma, quietud, reposo.
5. Si su respuesta es SI marque con una X
Si su respuesta es NO marque con una X y pase a la pregunta 7.
6. Si su respuesta es SI elija solo una opción en cada uno de los 3 indicadores antes, durante y después. Si su respuesta es NO pase a la pregunta 7.
7. Marque con una X la opción que elija.
8. Marque con una X la característica con la que Usted se sienta más identificado.
9. Marque con una X la opción que elija.

10. Impacientarse: Desesperarse, excitarse, irritarse.

Paciencia: Aguante, conformidad, disimulo, entereza, espera.

11. Promesa: Ofrecer algo a cambio.

12. Marque con una X la opción que elija.

3.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO O PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó en la Clínica de Odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano en el II periodo del 2003 durante el mes de Octubre.

En los resultados obtenidos con el formato de recolección de datos se eliminaron las variables de calma, angustia, temor y se decidió manejar solo tres variables: tranquilidad, ansiedad y miedo.

El trabajo de campo se realizó en las instalaciones de la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano en el periodo comprendido entre el 1 de Febrero al 2 de Agosto de 2004.

Se contabilizaron 253 Historias Clínicas donde el acudiente del niño fuera padre o madre.

Para sacar el tamaño muestral se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n z^2 p (1-p)}{d^2 (n-1) + z^2 p (1-p)}$$

n: población total : 253, promedio estimado de citas odontológicas por semestre en las instalaciones de la Clínica del Colegio Odontológico Colombiano

Z: valor Z (correspondiente al nivel de confianza = $1 - 0.05 = 0.95$)

P: Proporción esperada en la población = $0.253 = 25.3\%$, pacientes niños que vienen en compañía del padre o madre a la consulta.

El grupo de investigación fue estandarizado sobre como evaluar ansiedad (estado emocional sin una fuente externa de amenaza reconocible), tranquilidad (sosiego, serenidad, calma, quietud, reposo, familiaridad, naturalidad) y miedo (estado emocional que se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable), por una psicóloga clínica, se estableció un cronograma de actividades en el cual cada investigador realizó por conveniencia la elección de los pacientes teniendo en cuenta los criterios de selección, que incluían que el acudiente del niñ@ fuera padre o madre y que asistiera a 4 consultas consecutivas con su hij@; los criterios de exclusión fueron los padres-madres que no asistieron cumplidamente a las citas. La muestra fue repartida equitativamente entre las observadoras, las cuales realizaron tres observaciones de 10 minutos con un intervalo de tres días entre cada una de ellas.

Se les solicito al padre o madre del paciente su consentimiento informado para la investigación, explicándoles el tema, los objetivos y la importancia que tenían los resultados para el bienestar del niñ@ en la consulta odontológica; de igual manera se les informó que el protocolo había sido aprobado respectivamente por el comité ético de la Universidad de acuerdo con los principios de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano.

Las observaciones iniciaron cuando el niñ@ empezó el plan de tratamiento y se realizaron de la siguiente manera:

1. Padre-madre dentro del consultorio odontológico con su hij@.
2. Padre-madre fuera de la consulta, mientras el niñ@ es atendido.
3. Padre-madre e hij@ dentro del consultorio odontológico.

Durante las observaciones se realizó un registro de observación de las manifestaciones de ansiedad, miedo y tranquilidad que presentaban los padres-madres como: sudoración, movimientos repetitivos de manos y pies, onicofagia, expresiones faciales(fruncir el ceño,

mordedura de labios, torcer la boca etc.), calma, colaboración, expresiones verbales y no verbales de afecto, serenidad y los niñ@s manifestaciones como llanto, agresividad, hiperactividad, gritos, apatía, serenidad, participación en la consulta.

En la cuarta cita se le solicitó al padre-madre de familia que diligenciara un formato de recolección de datos que constaba de 12 preguntas, dividido así: Datos generales, experiencia odontológica previa del mismo y actitud frente a la consulta odontológica de su hij@.

Para el análisis de la información se empleó el paquete estadístico EPI INFO 2003 del Centers for disease control and prevention (cdc). Se utilizó análisis de estadística descriptiva univariada para describir el comportamiento de variables cualitativas, empleando tablas de frecuencia y el comportamiento de variables cuantitativas a través de indicadores de tendencia central y dispersión, histograma.

Para identificar relaciones entre variables cuantitativas se utilizó, tablas de contingencia, pruebas no paramétricas- chi-cuadrada y corrección por test exacto de Fisher.

Todas las pruebas estadísticas de las hipótesis fueron bilaterales utilizando nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

3.10 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DATOS GENERALES

1. Nombre técnico de la investigación que se va a realizar:

Importancia de la presencia del padre-madre de familia en la consulta odontológica de sus hij@s en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, Santiago de Cali sede centro.

2. El propósito de esta investigación es: Determinar la importancia de la presencia o no del padre de familia durante la consulta odontológica, con el fin de mejorar la calidad del tratamiento y la atención a dichos padres.

3. Justificación: Las acciones de los padres de familia en diversos lugares y situaciones influyen en las reacciones del niñ@ en dichas situaciones.

Por tanto esta investigación busca mediante la observación analizar los diferentes comportamientos que asumen los padres de familia, determinando así la importancia de la presencia o no de estos durante la consulta odontológica de sus hij@s teniendo en cuenta para ello factores sociales, económicos y culturales.

4. Objetivos:

Objetivo general

Determinar según la actitud del padre, si es importante la presencia durante la consulta odontológica de su hijo.

Objetivos específicos

6. Identificar los diferentes comportamientos del padre de familia.

7. Determinar los factores que influyen en el comportamiento del padre de familia frente a la consulta odontológica de su hij@.

8. Observar el comportamiento del niñ@ ante la presencia del padre en la consulta odontológica.

9. Analizar el comportamiento de los padres de familia durante la consulta odontológica de los niñ@s.

10. Determinar como debe actuar el odontólogo frente al padre de familia para mejorar el tratamiento del paciente niñ@.

5. La investigación es: Sin riesgo

11. La duración del paciente en el estudio será de: 4 citas con intervalos de 8 días.

7. La forma de ingreso del paciente al estudio: Por conveniencia.

1. Esta investigación está siendo desarrollada por los siguientes estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali: Johana Córdoba Parra, Yamileth Cruz Minoly, Yenny Fda. Martinez, Lilian Lucia Medina, Rosalba Renteria, Diana Maria Rios, Yamileth Vélez. Teléfonos: 6615789 – 6612410. Lunes a Viernes de 7am a 1:00pm.

Guiados por el Dr. Carlos Arturo Henao, asesor científico.

9. El paciente puede ser retirado del estudio, en beneficio de su salud, en el momento que por concepto de los investigadores se considere conveniente.

B. INFORMACIÓN AL PACIENTE

1. Descripción del procedimiento:

Se establecerán 4 citas del paciente niño con intervalos de 8 días entre cita y cita dentro de las cuales en las 3 primeras se observará el comportamiento del padre de familia durante la consulta odontológica y en la 4ta se realizará una encuesta.

2. Las posibles complicaciones podrían ser:

Incapacidad del padre y del niño de asistir a las citas.

3. Las posibles molestias o riesgos esperados del procedimiento son:

Alteración en el comportamiento de los padres durante la consulta odontológica del niño.

4. Los beneficios razonablemente esperados del procedimiento son:

Mejorar la calidad de atención del paciente niño en la consulta odontológica.

C. DERECHOS Y OBLIGACIONES

El paciente o sujeto de investigación tiene derecho a:

1. Conocer con claridad acerca de la justificación y los objetivos de la investigación
2. Saber los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de aquellas que sean experimentales
3. Estar al tanto de las molestias o riesgos esperados
4. Comprender los beneficios que puedan obtenerse
5. Recibir respuesta a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento durante todo el tiempo que aquella o éste duren.
6. Tener la seguridad de que no se le identificará y que se mantendrá la confidencialidad de la información, relacionada con su privacidad
7. Que se le proporcione información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar su voluntad para continuar participando en él
8. La disponibilidad de tratamiento y la indemnización a que hubiere lugar por parte de la institución responsable de la investigación, en todos los casos de daños que le afecten directamente, causados por la investigación. Los gastos adicionales que el ejercicio de este derecho conlleve, estarán a cargo del presupuesto de la investigación.

Son responsabilidades del paciente o sujeto de investigación:

1. Seguir las indicaciones.
2. Asistir cumplidamente a las citaciones que el grupo de investigación a propuesto.
3. No recibir ningún beneficio monetario

D. CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

El Doctor: _____, me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me han explicado y he

comprendido satisfactoriamente su naturaleza y propósitos. Así mismo, soy consiente de que no existen garantías absolutas acerca de los resultados. Estoy de acuerdo en no recibir ningún beneficio monetario por parte de los investigadores.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por lo tanto, YO: _____
con documento de identidad: _____ expedido en _____ doy mi
consentimiento para que el Doctor(a) (es): _____ y el
personal auxiliar que él o ella(os) precise(n) me realicen de este, y los procedimientos
complementarios que sean necesarios durante la realización de este, a juicio de los profesionales
que lo lleven a cabo.

Igualmente autorizo la toma de fotografías, videos, exámenes de laboratorio o imágenes
diagnósticas como radiografías por ejemplo, en las cuales el manejo de la confidencialidad,
privacidad e identidad serán acordes y permitidas por Ley y no estarán a disposición pública.

Recibiré copia del presente documento el cual consta de ____ páginas

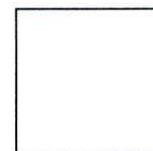
Lugar y fecha: _____

Firma: _____

Nombre del paciente: _____

C.C: _____ de _____

Dirección: _____



Huella digital del paciente

Firma del asesor científico: _____

Nombre: _____

Registro: _____ C.C: _____ de _____

Firma del testigo N° 1: _____

Nombre del testigo N° 1: _____ C.C: _____ de _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del testigo N° 2: _____

Nombre del testigo N° 2: _____ C.C: _____ de _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Este Consentimiento ha sido revisado por el Comité de Investigación y Ética del Colegio
Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali.
Cualquier duda o inquietud al respecto favor dirigirse al Departamento de Investigación y Salud
Pública de la universidad:
Calle 13 Norte # 3 N 13, piso 2.

3.11 RECURSOS

3.11.1 Recursos humanos

Tabla 3. Recursos humanos

Personal	Dedicación en horas durante el semestre	Valor hora	Valor total
Investigadores	51	0	0
Yenny Fernanada Martínez	51	0	0
Yamileth Cruz Minoli	51	0	0
Lilian Lucia Medina	51	0	0
Rosalba Renteria	51	0	0
Johana Córdoba	51	0	0
Yamileth Velez	51	0	0
Diana Rios	51	0	0
Dra. Carolina Palacios - Psicóloga	--	0	0
Dra. Blanca Lucias Acosta	--	0	0
Héctor Mueses	--	0	0
Total			0

3.11.2 Recursos físicos

Tabla 4. Recursos físicos

RECURSOS	PRESUPUESTO MENSUAL
Papeleria(Lapiceros, papel, tinta para el computador, fotocopias)	\$60.000
Transporte	\$75.000
Refrigerio	\$70.000
Internet	\$30.000
TOTAL	\$235.000

3.11.3 Recursos Financieros

Tabla 5. Recursos financieros

Recursos humanos	0
Recursos físicos	235.000
Imprevistos 5%	23.500
Total	258.500

3.12 CRONOGRAMA

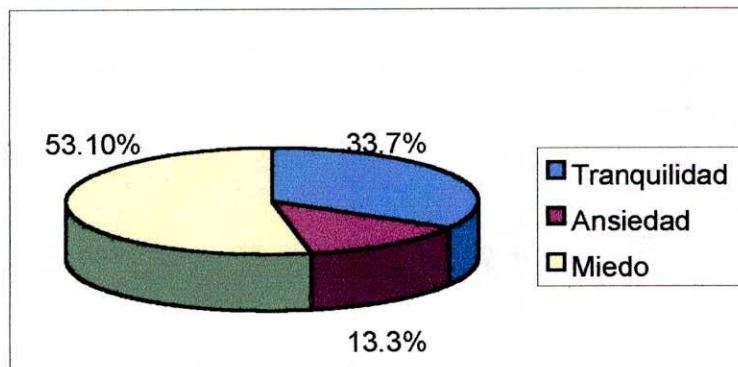
Tabla 6. Cronograma

MESES	Período 2003 - I					Período 2003 - II					Período 2004 - I					Período 2004 - II				
	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N
1. Elección problema																				
2. Identificación problema																				
3. Realización marco teórico																				
4. Formulación hipótesis																				
5. Elaboración objetivo																				
6. Diseño metodológico y encuesta																				
7. Presupuesto cronograma																				
8. Prueba piloto																				
9. Trabajo de campo																				

4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

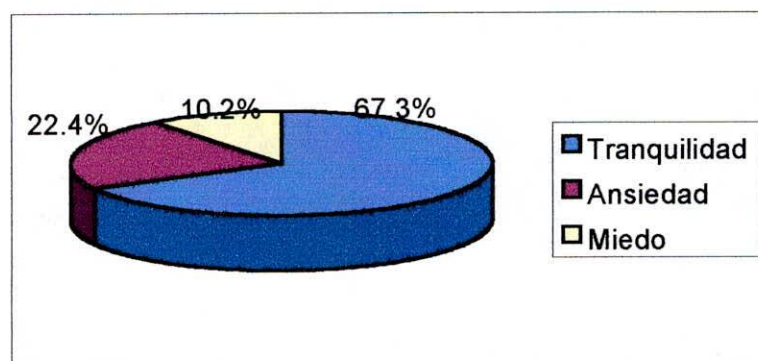
4.1 RESULTADOS

Figura 1. Experiencia del padre de familia en la primera cita odontológica



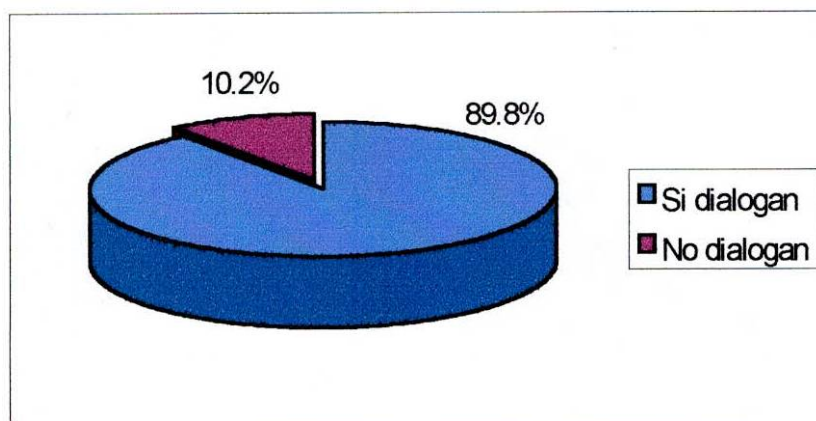
El 53% de los padres-madres de familia sintieron miedo en su primera cita odontológica, figura 1.

Figura 2. Manifestaciones del padre de familia al llevar a su hijo al odontólogo



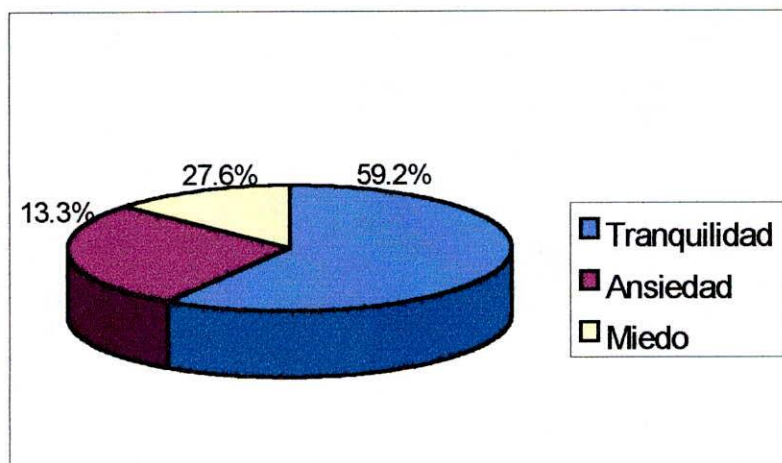
El 67.3% de los padres-madres de familia manifestaron tranquilidad al llevar a su hijo al odontólogo. Figura 2.

Figura 3. Dialogo de los padres con sus hijos sobre la importancia de asistir al odontólogo



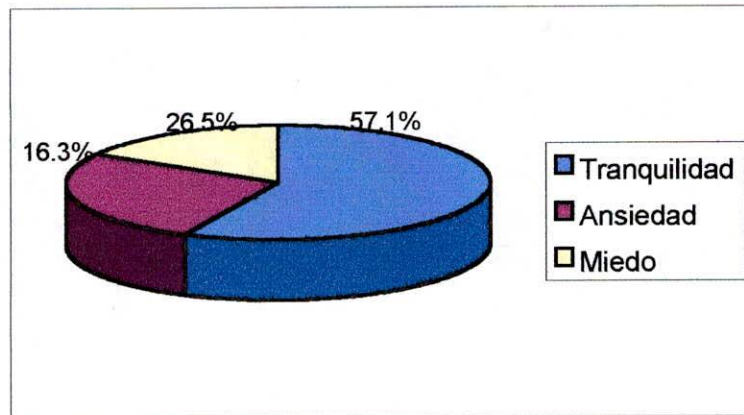
El 89.8% de los padres-madres de familia dialogan con sus hij@s sobre la importancia de asistir al odontólogo. Figura 3.

Figura 4. Manifestaciones del padre de familia en la consulta con su hijo



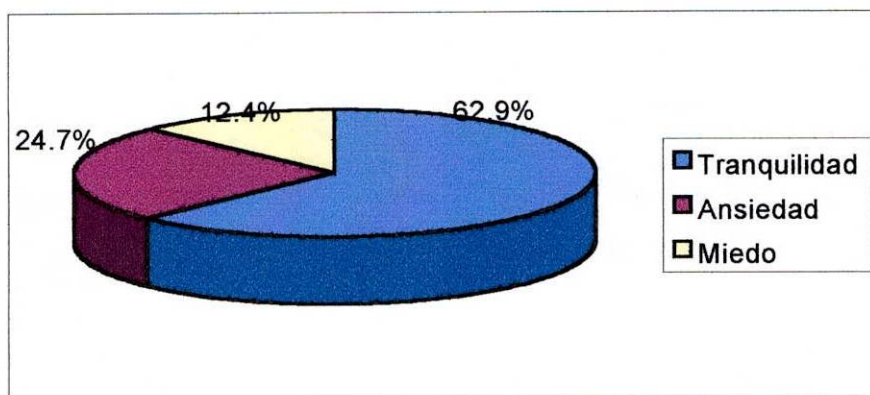
El 59.2% de los padres-madres de familia manifestaron tranquilidad durante la consulta odontológica de su hij@. Figura 4.

Figura 5. Manifestaciones del niño dentro de la consulta con su padre



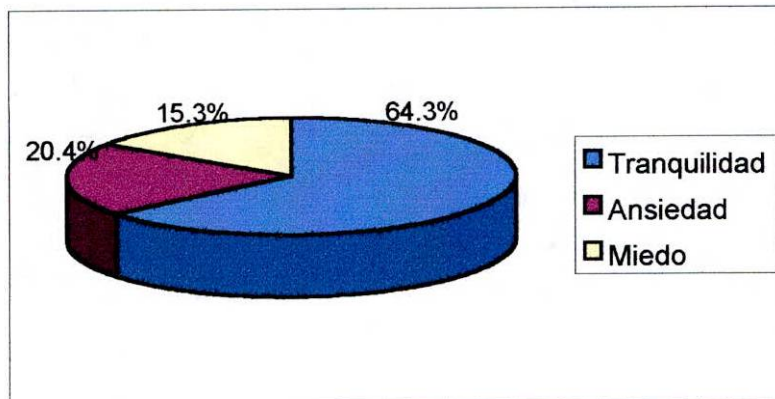
El 57.1% de los niñ@s sintieron tranquilidad en la consulta odontológica al estar en compañía de sus padres-madres. Figura 5.

Figura 6. Manifestaciones del padre de familia fuera de la consulta odontológica



El 62.9% de los padres-madres de familia manifestaron tranquilidad al esperar a su hij@ fuera de la consulta odontológica. Figura 6.

Figura 7. Manifestaciones del niño en consulta sin su padre



El 64.3% de los niñ@s sintieron tranquilidad al entrar sin sus padres-madres a la consulta odontológica. Figura 7.

4.2 CONCLUSIONES

La presencia del padre-madre de familia es positiva dentro de la consulta odontológica de su hij@, ya que el comportamiento sereno, dispuesto, atento y colaborador de este influye en el niñ@ brindándole seguridad y confianza.

Es importante la presencia del padre-madre de familia en las primeras citas odontológicas de su hij@, porque este le brinda seguridad emocional, ayudándole a adaptarse ante una situación desconocida.

Los padres-madres de familia con una actitud positiva se muestran más conscientes de la necesidad de tratamiento de sus hij@s.

El diálogo previo del padre-madre con su hij@ permite una mejor adaptación y cooperación del niñ@ durante la consulta odontológica.

5. DISCUSIÓN

En 1980 Rascovsky afirmó que los niños en presencia de los padres dispuestos, serenos y orgullosos de sus hijos, son niños atentos, tranquilos y sonrientes: con la investigación realizada se afirma lo anteriormente mencionado; al realizar las observaciones de los padres-madres de familia con sus hijos, ellos presentaban manifestaciones a través de actitudes como la calma, la serenidad, colaboración, expresiones verbales y no verbales de cariño y afecto; arrojando resultados con un porcentaje de 59.2% en los padres y 57.1% en sus hijos.

Según Toro, en 1985 el comportamiento del hombre, precisamente por su indeterminación biológica, puede cambiar notablemente a lo largo del tiempo y a lo ancho de sus distintas experiencias; afirmando esta teoría este estudio evidenció que la presencia del padre-madre de familia es importante en la consulta odontológica de su hijo, debido a que los patrones de aprendizaje no son siempre repetitivos de padre-madre a hijo, sino que varía de acuerdo al ambiente sociocultural en que se desarrolla; la encuesta realizada durante el estudio mostró que el 53.1% de los padres-madres de familia sintieron miedo al ir por primera vez al odontólogo, por eso dentro de una imagen optimista del padre estas experiencias constantes ayudan a reconstruir y reparar su infancia proyectándose en su hijo, dialogando más y explicando la importancia de preservar su salud oral, promoviendo en ellos una actitud positiva que le da tranquilidad y seguridad frente al tratamiento odontológico.

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda una charla previa de adaptación con los padres-madres en la primera cita odontológica del niño ya que la investigación permitió observar que el comportamiento del niño se refleja en la salud mental (tranquilidad y serenidad de los padres-madres), a mayor equilibrio mayor transferencia positiva; si el padre-madre es consciente y conoce la actividad que se va a realizar en su hijo, desencadenará una serie de emociones de seguridad y confianza que hará mucho más efectivo y positivo el posible plan de tratamiento.

Es importante tener en cuenta los factores que influyen en el comportamiento de los padres-madres como lo son, el estrato socioeconómico y nivel educacional con el fin de determinar su comportamiento según el grupo poblacional al que pertenezcan.

Realizar programas de prevención en salud oral en la clínica de odontopediatría, involucrando a la familia para crear una mejor conciencia sobre la importancia de asistir al odontólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. TORO TRALLERO Josep. El comportamiento humano: Ciencia experimental y comportamiento humano. 1ª Edición. Barcelona. Editorial Aula Abierta Salvat., 1985. pág. 4. ISBN 84345-7935-9.
2. Ibid., p. 5.
3. Ibid., p. 6
4. Ibid., p. 11.
5. Ibid., p. 11.
6. Ibid., p. 11.
7. BRAINSKY Simón. Manual de psicología y psicopatología dinámica: metapsicología. 2ª Edición. Bogotá. Carlos Valencia Editores, 1998. pág. 47 – 48 ISBN 958-9944-23.
8. Ibid., p. 47.
9. Ibid., p. 48.
10. Ibid., p. 58-59.
11. Ibid., p. 58-60.
12. Ibid., p. 62.
13. PAPALIA Diane. Desarrollo humano: personalidad y desarrollo social. 1ª Edición. Colombia. Editorial McGraw Hill, 1990. pág. 246 – 247. ISBN 968-451-397-6.
14. Ibid., p. 247.
15. Ibid., p. 247.
16. Ibid., p. 286.
17. Ibid., p. 287.
18. Ibid., p. 288.
19. Ibid., p. 290.
20. Ibid., p. 291.
21. Ibid., p. 292
22. Ibid., p. 293.

23. Ibid., p. 295.
24. TORO Josep, Op. Cit. p. 26.
25. Ibid., p. 26.
26. Ibid., p. 26.
27. Ibid., p. 27.
28. Ibid., p. 28.
29. Ibid., p. 29.
30. VILLARRAGA Liliana. Presencia y pertenencia paterna. 1ª edición. Santa Fé de Bogotá. Editorial Unibiblos, 1999. pág. 13 ISBN 958-8051-65-7.
31. Ibid., p. 71.
32. Ibid., p. 71.
33. Ibid., p. 71.
34. MYERS David. Psicología. 5ª Edición. España. Editorial Medica Panamericana. 1999. Pág. 94. ISBN 84-7903-451-3.
35. Ibid., p. 94.
36. Ibid., p. 95.
37. Ibid., p. 95.
38. Ibid., p. 96.
39. Ibid., p. 96.
40. Ibid., p. 97.
41. Ibid., p. 104.
42. Ibid., p. 104.
43. Ibid., p. 398.
44. Ibid., p. 398.
45. Ibid., p. 398.
46. CASTILLO MERCADO Ramón. Manual de odontología pediátrica: desarrollo de la conducta del niño. 1ª edición. Colombia. Actualidad Medico Odontológicos Latinoamerica, C.A. 1996. pág. 23. ISBN 980-6184-44-0.
47. Ibid., p. 23.

48. Ibid., p. 24.
49. Ibid., p. 24.
50. BELLOCH Amparo. Manual de psicopatología. 1ª Edición. España. Editorial McGraw Hill/Interamericana de España, S.A.U. 1995.pág 54-55. ISBN 84-481-1776-X.
51. MERCADO. Op. Cit., p. 25.
52. Ibid., p. 25.
53. Ibid., p. 25.
54. Ibid., p. 25.
55. Ibid., p. 25.
56. BELLOCH, Amparo. Op. Cit., p. 55.
57. Ibid., p. 56.
58. Ibid., p. 57.
59. Ibid., p. 57.
60. CASTILLO, Ramón. Op. Cit., p. 26.
61. Ibid., p. 26.
62. Ibid., p. 26.
63. Ibid., p. 26.
64. Ibid., p. 27.
65. Ibid., p. 29.
66. Ibid., p. 29.
67. Ibid., p. 30.
68. Ibid., p. 30.
69. Ibid., p. 31.
70. Ibid., p. 31.
71. Ibid., p. 32.
72. Ibid., p. 32.
73. Ibid., p. 32.
74. Ibid., p. 34.

75. Ibid., p. 42.

76. Ibid., p. 42.

77. Ibid., p. 43.

78. Ibid., p. 43.

79. Ibid., p. 44.

ANEXOS

Anexo A. Certificado de la Coordinadora del Departamento de Investigación y Salud Pública

La suscrita Coordinadora del Departamento de Investigación y Salud Pública, certifica que

En reunión de los Miembros del Comité de Investigación y Ética del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali, doctores Jairo Forero, Clara Lucía Loayza, Blanca Lucía Acosta, Paula Cristina Bermúdez, Diego Fernando Sánchez, Javier Mazo, Germán Duque, Carlos Castilla y Flavio Romero se revisaron los documentos de la investigación tutorada por el doctor CARLOS HENAO y titulada IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA O NO DEL PADRE DE FAMILIA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE SUS HIJOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO SEDE SANTIAGO DE CALI, realizada por los estudiantes Johanna Córdoba, Jenna Fda. Martínez, Lilian Lucía Medina, Rosalba Rentería, Diana María Ríos, Yamileth Villegas y Yamileth Cruz de 8º semestre.

El Comité resolvió que el proyecto de investigación:

1. Se ajusta a las normas y criterios éticos establecidos en el Decreto 8430 de 1993 de la Republica de Colombia
2. Se ajusta a las normas de las Buenas Prácticas Clínicas
3. Describe satisfactoriamente la forma como se protegerán los derechos y el bienestar de las personas involucradas en la investigación
4. Presenta de manera satisfactoria el CONSENTIMIENTO INFORMADO y la manera como este será obtenidos
5. Aclara que se trata de una INVESTIGACIÓN, especificando que se investiga.
6. Expone el propósito del estudio: justificación y objetivos del mismo
7. Especifica si se hará tratamiento o el tipo de procedimiento que se va a realizar
8. Aclara la forma de ingreso de las personas al estudio
9. Especifica las responsabilidades del paciente
10. Estipula los riesgos razonablemente prevenibles y los beneficios razonablemente esperados
11. Da a conocer las alternativas existentes: procedimientos o tratamientos alternos y sus riesgos
12. Aclara el derecho a la participación voluntaria de las personas sujetos de estudio y a la libertad de retirarse cuando lo estimen conveniente sin perjuicio de la atención a su salud
13. Se ajusta al manejo de la confidencialidad acorde y permitida por ley
14. Aclara el manejo de la identidad del paciente en la publicación de los resultados
15. Describe de manera satisfactoria los criterios de inclusión y/o exclusión y las circunstancias prevenibles de retiro del estudio
16. Estipula el tiempo de duración del paciente en el estudio y la cantidad de participantes incluidos en el estudio
17. Especifica los nombres, teléfonos y ubicación de los investigadores en caso de duda o de urgencia de las personas involucradas en el estudio
18. Especifica que en caso de complicaciones, se dispondrá de tratamiento y el cubrimiento de los gastos adicionales e indemnizaciones pertinentes, estarán a cargo del presupuesto de la investigación.

Por todo lo anterior dio su APROBACIÓN para iniciar el trabajo de campo, no sin antes aclarar que el no cumplimiento de algunas de las cláusulas anteriormente descritas, dejará invalido el presente documento; igualmente se reserva el derecho a supervisar directa o indirectamente el desarrollo de la investigación; en cualquier etapa de la misma. Los efectos adversos que se presenten durante la investigación y estén probable o directamente relacionados con el objeto de la misma, deben ser informados por escrito a este Comité durante los ocho días calendario siguientes a lo ocurrido; Informando las medidas tomadas al respecto.

Si la investigación se realiza en otra institución, se debe llevar copia de la presente Acta

Firmado: *Blanca Lucía Acosta de Velásquez*
Blanca Lucía Acosta de Velásquez
Comité de Investigación y Ética

Coordinadora Departamento de Investigación y Salud Pública
Copia: Archivo del Comité

Santiago de Cali, septiembre 1 de 2003