



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Creencias y actitudes de los padres hacia la
consulta odontopediátrica antes y después
de la atención en la Fundación Hospital De La
Misericordia en el primer semestre del año
2013**

Catalina Vergara Castrillón

Universidad Nacional de Colombia

Facultad De Odontología

Posgrado Estomatología Pediátrica Y Ortopedia Maxilar

Bogotá

2013

Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación Hospital De La Misericordia en el primer semestre del año 2013

Catalina Vergara Castrillón

Trabajo para optar por el título de Especialista en Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar

Directora: Dra. Vilma Segura Valenzuela
Estomatóloga Pediatra, Docente Posgrado Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar

Grupo de investigación salud infantil

Universidad Nacional de Colombia
Facultad De Odontología
Posgrado Estomatología Pediátrica Y Ortopedia Maxilar
Bogotá
2013

Agradecimientos

Sólo se necesita de un corazón para estar vivo, pero para vivir se necesita de Dios, doy gracias a él por permitirme sentir su presencia con el amor incondicional y comprensión brindados a través de mi familia y mis amigos, gracias infinitas por todo el apoyo.

Gracias a mi padre por alentarme a seguir siempre adelante, a mi madre por ser mi cómplice, por entenderme, por tus palabras como educadora, nunca olvido tu frase “no es mal estudiante el que pierde sino quien no lucha por continuar en el proceso”, a mi hermano por apoyarme con una voz de aliento, por sonreírme siempre que creía rendirme.

Gracias a toda mi familia tíos, tías, primas, primos, todos hacen parte del motor de mi vida!!

Gracias a mis amigos por su linda amistad y compañía en todo momento, gracias a cada persona que ayudó en este proceso.

Gracias a mis profesores por ayudarme a creer en mí y sin egoísmos compartieron sus conocimientos.

Gracias a mi novio por su paciencia, su amor y por recordarme que cada cosa que hagas tendrá dificultades pero si son hechas con amor siempre darán buenos resultados.

RESUMEN

Resumen: el objetivo de este estudio fue Identificar y describir las creencias y actitudes de los padres de familia hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación hospital de la misericordia, durante el periodo de primer semestre del año 2013. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo, del tipo *estudio de casos*, con dos padres participantes, se optó por un carácter *interpretativo*, se aplicó la técnica de entrevista semi-estructurada, con grabación de audio. Se realizaron tres encuentros de entrevista por caso clínico, en tres momentos de la atención odontológica del paciente infantil, inicio, mitad y culminación del tratamiento. Se realizó el análisis de contenido de los datos, a partir de la construcción y el análisis de un sistema de categorías; posteriormente los datos se interpretaron de manera manual, tanto a nivel individual, como de contrastación de los resultados de los casos. **Resultados:** Como los “**datos**” proceden de un estudio cualitativo, los resultados serán presentados en la forma de *secuencias de conversación*, tipo pregunta, formulada por la investigadora e identificada como *odontóloga* y la respuesta concedida por la participante, identificada como *madre*, en torno a un sistema de *categorías*, equivalentes a una forma de organización y consolidación de elementos, extraídos del proceso de análisis de las entrevistas y agrupados por la investigadora.

Palabras clave: creencias, actitudes, padres, investigación cualitativa, estudio de casos

ABSTRACT

Keywords: The aim of this study was to identify and describe the beliefs and attitudes of parents towards pediatric dental consultation before and after care at the Mercy Hospital Foundation, during the first half of 2013. **Methodology:** A qualitative study , case study type, with two participating parents was conducted , we chose an interpretive character , the technique of semi-structured interviews with audio recording was applied. Three games were made by clinical interview , into three moments of dental care of child patients , beginning, middle and completion of treatment . The data was performed manually, both individually as to contrast the results of the cases, the content analysis of the data from the construction and analysis of a system of categories was conducted. **Results:** As the "data" come from a qualitative study, the results will be presented in the form of sequences of talk , question type , made by the researcher and identified as a dentist and the answer given by the participant , identified as mother around to a system of categories, equivalent to a form of organization and consolidation of elements extracted from the process of analyzing the interviews and grouped by the researcher.

Keywords: beliefs, attitudes, parents, qualitative research, case studies

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	3
OBJETIVOS.....	6
1. MARCO REFERENCIAL.....	7
1.1 TIPOS DE PADRES.....	8
1.2 LA CONSULTA.....	10
1.3 LA CONSULTA EN ODONTOPEDIATRÍA	12
1.4 CREENCIAS Y ACTITUDES.....	16
DISEÑO METODOLÓGICO	20
RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
Conclusiones.....	¡Error! Marcador no definido.
Recomendaciones.....	50
ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO	51
ANEXO B: GUIÓN ENTREVISTA PRIMERA ENTREVISTA	53
ANEXO C: GUIÓN SEGUNDA ENTREVISTA	54
ANEXO D: GUIÓN TERCERA ENTREVISTA.....	55
ANEXO E: FOLLETO CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56
ANEXO F: ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.....	57
BIBLIOGRAFÍA	59

INTRODUCCIÓN

El comportamiento de los niños en odontología pediátrica es un pilar fundamental para el buen desarrollo de la consulta, en este sentido se deben tener en cuenta, todos los factores que influyen de una manera u otra, su comportamiento. El odontólogo pediatra debe tener la capacidad de guiar al niño a través de su experiencia dental, junto con sus padres, quienes toman la decisión de llevarlo a la consulta y de iniciar o no el tratamiento.

En la consulta en odontología pediátrica, el reto es el manejo del comportamiento del niño, en el que intervienen entre otras, las siguientes variables: la ansiedad materna, que puede generar miedo en el niño, las experiencias negativas previas odontológicas, donde el dolor ha estado presente y por último, el desconocimiento por parte de los padres sobre la importancia que reviste la salud bucal y los tratamientos que se realizan a sus hijos.(1) La comunicación con los padres es fundamental para el manejo del comportamiento del niño, siendo importante conocer lo que piensan y cuáles son sus creencias y actitudes frente a la consulta en odontología pediátrica. Los estudios encaminados a analizar esta situación son muy pocos. Dado que el profesional no puede decidir el tratamiento del paciente, sin el consentimiento del acudiente, se incluyen los padres en la consulta, para la toma de decisiones, aunque en ocasiones, pueden influir negativamente en el curso del tratamiento. Pueden presentarse diferentes tipos de padres según las prácticas educativas que brinden, sus propias experiencias o las vividas con sus hijos; algunos presentan cierto grado de ansiedad, de tal manera que alteran su comportamiento, el de sus hijos y el curso normal de la consulta.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

El tratamiento en odontología pediátrica presenta un desafío para el manejo del comportamiento del niño, por parte del profesional, más una acción, no siempre comprendida por los padres del paciente y que garantice una buena aceptación de los pacientes niños, situación que se hace más compleja si se trata de menores de 5 años, donde podemos encontrar inconvenientes con el comportamiento del niño, además de una salud oral deficiente.

Con frecuencia en la clínica de odontopediatría, se observa la presencia de enfermedades como la caries, agravada por la implicación de factores como el miedo, la ansiedad y la influencia que ejercen los padres en estos niños. Para que la consulta sea un acierto, es necesario conocer el entorno de los niños y particularmente la influencia que ejercen los padres como progenitores y cuidadores, pues condicionan su comportamiento. Aquí, es donde radica la necesidad de indagar sobre las creencias y actitudes de los padres, aspectos poco estudiados en la consulta y reportados en la literatura en odontología, por tanto, es necesario adelantar estudios de ésta modalidad, que sean un punto de partida para el abordaje y el manejo integral del niño en el momento de iniciar y cursar el tratamiento.

Con base en los factores previamente mencionados, provenientes de los padres, que facilitan el conocimiento del entorno sociocultural en donde se desenvuelve el niño, se pueden establecer de manera más certera, pautas de manejo del comportamiento del paciente, con un acercamiento más efectivo a los padres del menor, durante todo el proceso del tratamiento odontológico. (1-2)

La consulta en odontología pediátrica requiere la participación del paciente, del profesional, la auxiliar y en especial de los padres de familia, ya que estos últimos, no

sólo son los responsables legales del niño, sino que pueden condicionar el comportamiento de éste frente a la consulta. A los diversos problemas asociados con la salud oral de los niños, se agrega la influencia ejercida por los padres, en aspectos particulares como la búsqueda de atención, el acceso a los servicios, ya sea por consulta programada o por el servicio de urgencias (1) y de manera directa, se evidencia, en el efecto que provoca su presencia, en el buen o mal comportamiento del paciente, durante la consulta, así como en el operador.

Al respecto, Marcum, Turner y Courts, realizaron una investigación donde concluyeron que la presencia de los padres, no ocasionó molestia en los procedimientos de exploración, pero sí durante el desarrollo del tratamiento de operatoria dental, realizado por estudiantes de odontología de los Estados Unidos y adicionalmente provocó mal comportamiento en el paciente, incomodidad en los padres y en los estudiantes y pérdida de tiempo durante la atención. (2)

Las investigaciones que se han realizado en el consultorio dental en torno al comportamiento del niño se centran en la relación ansiedad-comportamiento; pero, muy poco, en la actitud y las creencias de los padres de familia frente al manejo de sus hijos por parte del profesional odontopediatra. (1)

Desde la perspectiva de la psicología, las creencias y las actitudes son variables motivadoras importantes del comportamiento humano, en la medida en que se les adquiere en el transcurso de la vida, pero también intervienen en las conductas de salud de los individuos.(3) Autores como Begoña y Oblitas, sostienen que los profesionales de la salud, además de centrar su interés, en facilitar el cambio hacia la adquisición de comportamientos de salud, a largo plazo en el paciente, no deben olvidar, tener en cuenta las creencias y actitudes, además de variables internas, que explican las conductas, adoptadas por la persona en torno a la salud y adquiridas a través del aprendizaje. (3)

La percepción del tratamiento odontológico por parte de los padres y la ansiedad que se deriva de ella, pueden transmitirse a sus hijos, repercutiendo tanto en el grado de cooperación durante la consulta, como en el éxito o en el fracaso del tratamiento realizado. (4) Esta ansiedad se halla frecuentemente ligada a la falta de información no ofrecida a los padres o acudientes del niño sobre los tipos de tratamiento odontológicos y las técnicas de manejo; a ésta situación, se suman los problemas legales derivados de la

falta de explicación y como consecuencia, surge la necesidad de realizar el consentimiento informado para suplir la exigencia de estos requerimientos. (5)

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las creencias y actitudes de los padres de familia hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación Hospital de la Misericordia, durante el periodo de primer semestre del año 2013?

OBJETIVOS

General

Identificar y describir las creencias y actitudes de los padres de familia hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación hospital de la misericordia, durante el periodo de primer semestre del año 2013.

Específicos

Nombrar y caracterizar las categorías presentes en las creencias y actitudes emitidas por los padres durante el transcurso de la atención de sus hijos, en tres momentos: antes, durante y después de la consulta.

Determinar si hubo cambios en las creencias y en las actitudes de los padres antes y después de la atención en odontopediatría

1. MARCO REFERENCIAL

El manejo de la conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la odontopediatría como especialidad y uno de los principales retos que asume el odontólogo pediatra en su ejercicio profesional. Un elemento esencial en el control de la conducta del paciente pediátrico, que pocas veces es tomado en consideración, es la percepción del tratamiento dental por parte de los padres y la ansiedad que ella puede generar en éstos, la cual, puede transmitirse a los hijos, repercutiendo en su grado de cooperación en el consultorio odontológico. La ansiedad en mención, está asociada frecuentemente a la falta de información de los padres respecto a los procedimientos dentales y a las técnicas de manejo conductual. (2) La información que reciben los padres acerca de las técnicas de manejo conductual, también se convierte en un factor que distorsiona su percepción hacia el tratamiento dental, debido a la influencia de medios como el Internet, la mercadotecnia o incluso, las experiencias previas adversas. Algunos autores, también afirman que la personalidad de los padres es otro factor muy importante a considerar, dado que se refleja en la personalidad del niño, y el odontopediatra debe saber enfrentarse a ello. (2)

También, el éxito o el fracaso en la consulta dependerá del resultado obtenido en el tratamiento y para ello se deben tener en cuenta aspectos claves, tales como: una agradable conversación entre el profesional, el acudiente, y el paciente. Se reporta en la literatura que una buena comunicación mejora la eficacia de la atención; una mala comunicación puede llevar a los médicos a hacer un mal diagnóstico y a tomar malas decisiones sobre el tratamiento, dejando insatisfechos a los pacientes e incapaces, o poco dispuestos, a seguir adecuadamente el tratamiento.(6) Las consultas son un momento crítico, tanto para los médicos, como para otros profesionales de la salud, porque implican obtener información para la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento. Cada vez más se considera que tanto el profesional de la salud, como el

paciente son colaboradores en las decisiones que hacen referencia a la atención sanitaria del paciente, (6) en éste sentido, es indispensable en el caso de los pacientes pediátricos tener en cuenta a los padres de familia en el momento de la consulta.

En la actualidad, la mayoría de las investigaciones relacionadas con la primera visita del niño al consultorio, así como su comportamiento en el mismo, se han centrado en la ansiedad de los padres, en la relación ansiedad- comportamiento y muy poca indagación sobre las actitudes que tienen los padres de familia frente al manejo de sus hijos por parte del odontólogo. Los diferentes problemas asociados con la salud bucal de los niños, a su vez se relacionan, en gran medida, con la influencia que los padres ejercen sobre sus hijos y que determinan, si los niños son atendidos en citas programadas (con un enfoque preventivo) o acuden sólo por urgencia (con un enfoque curativo). (1)

Fisher- Owens et al., reconocen que la salud oral en los niños se construye por niveles que proceden de la familia y la comunidad. A nivel familiar, los padres y cuidadores de los niños más pequeños, con los que pasan la mayor parte de su tiempo, ejercen directamente su influencia, a través de sus creencias, actitudes, conocimientos de salud oral y prácticas en la adquisición de rutinas de salud, alimentación y otros hábitos de los niños, donde las madres tienen un rol fundamental; al respecto enuncian: “La familia es el sistema más poderoso al que pertenece un individuo, proporciona un medio adecuado para la crianza de los hijos, que en condiciones propicias satisfacen sus necesidades biológicas y psicológicas, y representa la influencia más temprana y duradera en el proceso de socialización” (7).

Cada familia constituye una estructura, y cada una es diferente, por esto podemos encontrar distintos tipos de padres, nombrados a continuación.

1.1 TIPOS DE PADRES.

Baumrind (1973) citado por Ramirez M (8) investigó estilos educativos de los padres, encontrando cuatro características principales de prácticas educativas, definidas como autoritario, permisivo, democrático y de negligencia-rechazo. En estos patrones de educación, los padres se muestran diferentes unos de otros. Igualmente, el grado de comunicación permite establecer las diferencias entre los distintos tipos de padres. “Respecto al grado de control, existen padres que ejercen mucho control sobre sus hijos,

intentando influir sobre el comportamiento del niño para inculcar determinados estándares” (8).

En cuanto a la comunicación padres e hijos, podemos encontrar padres altamente comunicativos, o de bajos niveles de comunicación; los padres comunicativos utilizan el razonamiento, tienen en cuenta la opinión de sus hijos, los animan a expresarse, escuchan razones; lo contrario, se observa en aquellos con bajos niveles de comunicación, son padres que no abordan los problemas con sus hijos, no explican las reglas de comportamiento. (8)

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

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

Estilo permisivo. Son padres con un alto nivel de comunicación, ofrecen afecto a sus hijos, aceptan conductas y actitudes no correctas, razonan, dejan hacer, no exigen orden, ni normas, pero no controlan a sus hijos y no utilizan el castigo.

MacCoby & Martin (1983) referenciado por Ramirez “proponen otros dos estilos, ya que el estilo permisivo puede adoptar dos formas distintas: el democrático-indulgente que es un estilo permisivo y cariñoso, y el de rechazo-abandono o indiferente, que se caracteriza por una actitud fría, distante y asociada a maltratos” (8).

Estilo indiferente o de rechazo-abandono. “Es el estilo utilizado por padres que rechazan y son negligentes, que no son receptivos ni exigentes y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes. No hay apenas normas que cumplir, pero tampoco hay afecto que compartir; siendo lo más destacable la escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto de las conductas del niño” (8).

Estilo permisivo-democrático-indulgente son los padres sobreprotectores, demuestran cariño, una buena comunicación con ellos, no utilizan el castigo, pero es difícil que orienten o controlen a sus hijos. (8)

Cárdenas, a su vez identifica cinco tipos de padres donde se incluyen “factores objetivos, tales como el estado civil, la edad, el número de hijos y el grado de escolaridad, así como sus rasgos emocionales” (9), y distingue los siguientes tipos:

Padres motivados: padres interesados en el tratamiento de sus hijos y su salud oral, participan y aceptan las recomendaciones del odontólogo.

Padres ansiosos: son padres motivados y colaboradores, pero presentan alto nivel de ansiedad, lo cual puede ser inoportuno al momento de la consulta.

Padres autoritarios.

Padres manipuladores: son padres con intención de hacer sutilmente que el odontólogo haga lo que ellos desean en el tratamiento, pueden hacer que el odontólogo pierda seguridad y capacidad de decisión.

Padres indiferentes: son padres desinteresados en la salud oral de sus hijos, no están atentos a las necesidades odontológicas, excepto cuando hay una urgencia, o necesidad estética.

Fonagy en el 2000 menciona que los padres pueden ser individuos muy vulnerables, con trastornos de personalidad, producto de maltrato infantil y con apegos patológicos a sus padres, situaciones que frecuentemente reproducen con sus hijos. (10)

1.2 LA CONSULTA.

La consulta en todas las especialidades de la salud requiere de un proceso comunicativo y recíproco con el paciente (en el caso de un niño, el padre de familia o acudiente), que lleve a una mejor atención con un buen diagnóstico, seguimiento y toma de decisiones para un adecuado tratamiento. La consulta es un momento crucial en el que se toman decisiones importantes para el tratamiento, y para ello es indispensable considerar los objetivos señalados por Ong, de Hoos et al. (1995) mencionados por: Morrison y Bennett (6) relacionados a continuación:

1. Desarrollo de una buena relación
2. Intercambio de información relevante
3. Toma de decisiones relevantes

Investigadores como Ford, Schofield y Hope (2003) mencionados por: Morrison y Bennett (6) a partir del resultado de encuestas aplicadas a médicos de planta, médicos especialistas, enfermeras, académicos y personas no expertas, identifican seis dimensiones consideradas claves en el éxito de la consulta médica:

1. Conocimiento óptimo por parte del profesional de la información médica investigativa y capacidad de comunicarlo
2. Consecución de una adecuada relación con el paciente
3. Determinación de la naturaleza del problema médico del paciente
4. Comprender por parte del profesional si el paciente entiende su problema
5. Involucrar al paciente en la toma de decisiones
6. Control del tiempo al momento de la consulta, (no apresurada) (6).

Cada vez más, durante la consulta, se rescata la opinión del paciente, en la toma de decisiones, sin embargo, el profesional es quien suele tener más poder sobre el proceso y debe guiar al paciente, pero, todos los profesionales tienen una responsabilidad en la determinación del estilo y el resultado de la consulta. Al respecto, en la última década se aprecia en la consulta, una tendencia de cambio paulatino del enfoque centrado en el profesional, descrito por Byrne y Long (1976) a un enfoque centrado en el paciente, reconocido por Pendleton (1983, que conlleva transformaciones en los roles y en la relación paciente-profesional.(6)

Enfoque centrado en el profesional:

- Se ejerce control en la entrevista
- Se realizan preguntas, donde se obtienen respuestas cerradas
- El profesional toma la decisión

- El paciente acepta esta decisión de forma pasiva

Enfoque centrado en el paciente:

- El profesional tiene en cuenta la opinión del paciente
- El profesional escucha y responde consecuentemente al paciente
- El profesional promueve una participación activa en la comunicación e intenta identificar las ideas del paciente.
- El paciente participa activamente en el proceso

Toma de decisiones compartidas.

El profesional y el paciente tienen una participación idéntica y compartida acerca del tratamiento y la toma de decisiones presenta las siguientes características claves: (6)

- La decisión compartida suele requerir al menos dos participantes (a menudo más)
- Las partes involucradas participan en el proceso de la toma de decisiones respecto al tratamiento
- Compartir información es indispensable para la toma de decisiones
- Se presenta acuerdo mutuo sobre la toma de decisión del tratamiento 6

Respecto a la consulta, es importante tener en cuenta, no sólo las pautas descritas anteriormente, sino adicionar el conocimiento del entorno del paciente, más si se trata del paciente pediátrico, dado que su manejo exige un conocimiento, tanto individual como de su entorno general, de su desarrollo emocional y psicológico. (9-11)

1.3 LA CONSULTA EN ODONTOPEDIATRÍA

“De la misma manera que la pediatría ocupa una posición importante en relación con las especialidades médicas, también la odontología pediátrica tiene un papel importante dentro de las especialidades odontológicas, en el sentido de que está orientada al

manejo integral de la salud oral de un grupo poblacional específico – el paciente niño” (9).

Inicialmente el ejercicio de la odontopediatría se orientó hacia la realización de extracciones, pero con el avance científico se involucraron otras acciones, dirigidas a diagnosticar y mantener la salud e interceptar la enfermedad, con la ejecución de procedimientos orientados al manejo de la caries, la pulpitis, la inflamación, el dolor, las infecciones, las patologías orales, los traumatismos, el crecimiento y desarrollo, y la promoción y la prevención,(11) además del manejo de la conducta como eje fundamental para el éxito o fracaso del tratamiento.

“El manejo de la conducta constituye el pilar fundamental que diferencia la odontología pediátrica de otras especialidades. El rechazo y la aprehensión frente al tratamiento odontológico han creado tradicionalmente un estereotipo social negativo de la profesión, que en muchas ocasiones lleva a los padres a evitar o postergar el tratamiento de sus hijos” (12).

Particularidades de la consulta odontopediátrica.

La consulta debe implicar un proceso de planificación, previo a la atención del paciente, y de organización, para fomentar el desarrollo de la misma, en donde es ideal, crear un ambiente armónico que genere seguridad y comodidad al paciente. Para entablar una buena comunicación, todos los aspectos referentes a la atención, tales como los horarios, las instalaciones, el servicio, el ambiente de trabajo y el personal, son primordiales y deben ser objeto de consideración, por parte del profesional (12)

Ambiente de trabajo: es un espacio diseñado especialmente para niños, no necesariamente debe ser lujoso, pero sí, suscitar comodidad y orden. La sala de espera constituye un elemento de gran importancia, allí, los padres y el niño tienen el primer contacto y puede ser de gran ayuda, disponer de actividades para la distracción de ambos, como la lectura, la música, los juegos o videos, que permitan, sentirse en armonía, antes de ingresar a la consulta.(9-12)

Presencia de los padres: “la comunicación que se desarrolle con los padres es fundamental para el manejo del niño, por lo cual su presencia en la consulta de manera rutinaria es recomendable; no sólo permite al profesional incorporarlos dentro del plan de

trabajo sino que es una protección legal importante”. El retiro del padre de familia del consultorio, sólo puede considerarse en algunas situaciones, que respondan a una petición elevada por el progenitor o a una decisión calificada y oportuna del profesional , para mejorar la comunicación con el niño, cuando existe un nivel alto de ansiedad.(12) Se considera en la actualidad que la actitud positiva hacia el tratamiento dental debe ser construida, de manera conjunta por la madre y el odontopediatra, dado el vínculo afectivo y estrecho madre-hijo y la condición de apego, por tanto se recomienda, asignar y realizar varias visitas preliminares a la atención odontológica propiamente dicha, para conocer a la mamá, dado que su presencia efectiva y su actitud durante la consulta son esenciales para la consolidación de las relaciones paciente-odontopediatra. (13)

Modalidad de trabajo: la organización del trabajo en la consulta es fundamental como ayuda en el comportamiento del paciente, es necesario tener un orden de plan de tratamiento en el que se tenga en cuenta horarios, edad del paciente, citas programadas y todo el instrumental que requiera el procedimiento. (12)

Personal auxiliar: el personal auxiliar debe estar preparado para ejercer diferentes funciones, con las que se contribuya a una mejor atención, tales como la recepción de llamadas telefónicas y de personas en la sala de espera, la atención y motivación al paciente y la asistencia al lado del profesional en el momento del tratamiento. (12)

Destreza clínica del odontólogo: “la preparación del odontólogo en el manejo del comportamiento influye de manera decisiva en la respuesta del paciente. Una actitud amable y serena pero a la vez firme y segura transmite tranquilidad al niño y sus padres, generando una mejor comunicación y cooperación” (12).

Comportamiento del paciente

El comportamiento del paciente en la consulta odontopediátrica es influenciado por factores intrasubjetivos e intersubjetivos que deben ser conocidos por el profesional. (12)

Factores intrasubjetivos.

Son los inherentes al paciente, edad, personalidad o condición sistémica, etapa de desarrollo, todo esto puede influenciar en el comportamiento del niño en la consulta odontopediátrica.

Cuando se inicia la consulta se debe tener en cuenta el historial médico odontológico del niño el cual puede afectar su actitud, es ideal antes de iniciar, dedicarse al análisis de las experiencias previas, tipos de procedimientos realizados y expectativas de los padres frente a la consulta. Algunos antecedentes como malas experiencias, dolorosas, enfermedades sistémicas, pueden predisponer al paciente hacia el tratamiento. Son muchas las situaciones que afectan el comportamiento del paciente en la consulta, se debe tener en cuenta la condición general, en algunas ocasiones el paciente podría ingresar a la consulta con un resfriado, o alguna enfermedad más compleja, influyen también factores circunstanciales como la alteración del sueño, la hora de la atención, observar otros pacientes alterados o con llanto puede desadaptar al niño; el dolor es otro aspecto fundamental, puede desencadenar en el niño miedo, no sólo por el procedimiento a realizar sino también por la prevención transmitida de los padres al mencionar frases como (12) “no te va a doler” o “solo te van a revisar y nos vamos” crean inseguridades al niño quien cree que el procedimiento podría doler, además en ocasiones la consulta puede demorarse y así el niño no confiar en lo que se le prometió.

La condición psicológica: se tiene en cuenta la edad y desarrollo evolutivo, no todos los niños se atienden de la misma manera es diferente un niño con el que no se puede tener una comunicación verbal por su corta edad a un niño con el cual se puede dialogar. El estado emocional se debe identificar para tener una idea sobre la dificultad al momento de la atención. Otro factor que puede determinar el comportamiento del paciente son los rasgos de personalidad, algunos pacientes necesitan de necesidades especiales de tratamiento, además de un manejo conjunto con otras especialidades como psicología.

Factores intersubjetivos.

En este punto se tiene en cuenta la relación del niño con su entorno, la situación familiar es el factor intersubjetivo más importante relacionado con la influencia que presentan los padres o acompañantes del niño en la consulta odontopediátrica.(12) “En la teoría psicológica existen diversas clasificaciones de los estilos parenterales de crianza. Todos

ellos subrayan que el entorno familiar es determinante de las relaciones que los niños establecerán posteriormente. Erikson (citado por Shaffer, 2000) plantea que existen dos dimensiones del estilo de crianza infantil, la primera es la aceptación y sensibilidad paternas y la segunda exigencia y control paternos” (12).

Dimensiones del estilo de crianza infantil:

Aceptación y sensibilidad paterna: es la manifestación del nivel de apoyo y afecto de un padre. Es encaminado a la formación de buen desempeño académico, un apego seguro, habilidades sociales y hay una igualdad entre afecto y crítica. (6)

Exigencia y control paternos: es el nivel de vigilancia de los padres a sus hijos, se puede observar dos situaciones diferentes, los padres que regulan el comportamiento y los que no lo hacen. (6)

En cuanto, al ciclo vital humano por el que discurre toda persona, se reconoce que desde la concepción y particularmente en la niñez, se transita desde un estado de absoluta dependencia hasta culminar con la autonomía del individuo y la adquisición de capacidades creativas al final de la adolescencia. Por ello, la familia, como núcleo elemental de una sociedad, es el indicador fundamental del desarrollo normal del niño que valora su estado de salud y enfermedad, y genera cambios biológicos, psicológicos y sociales. (6) El medio biológico está comprendido por aspectos genéticos, gestacionales y perinatales, entre otros y el psicológico, se integra por la suma de elementos emocionales, de cognición y conductuales del ser humano que ocurren en etapas ordenadas y representan un funcionamiento complejo. La inteligencia se desarrolla por la interacción creativa entre el niño y su medio; mientras que la conducta está determinada por factores externos al individuo, particularmente por relaciones establecidas con la familia y el resto de la sociedad. (7)

1.4 CREENCIAS Y ACTITUDES.

Los temas de la salud y la enfermedad han sido objeto de estudio y preocupación de la humanidad desde tiempos remotos y han llegado a constituirse en uno de los pilares de la “razón de ser de la sociedad y la ciencia” (14). El estudio de las creencias acerca de la salud y la enfermedad se ha realizado, con base en los paradigmas de la psicología

cognoscitiva, de la psicología social a través de la teoría de las representaciones sociales y aún de la psicología de la salud, con la elaboración de teorías y modelos que han orientado la investigación (6- 15). Numerosas investigaciones, acerca de las creencias en salud y enfermedad, señalan la importancia, naturaleza, complejidad y significado de ésta variable, entre otras, dado el interés en identificar su relación con el comportamiento, así como la influencia que ejerce sobre el control de las conductas individuales y colectivas de la población. (3-7-15).

El estudio de las creencias y actitudes en el ámbito de la salud, se ha focalizado al proceso salud-enfermedad y muy poco, a una decisión de salud, la consulta, como parte de los servicios de salud, de ahí que, en el presente trabajo, se retoman los conceptos y aportes desarrollados, bajo el enfoque de la psicología de la salud. Desde esta perspectiva, diversas variables de naturaleza social y psicológica, tales como las actitudes, las creencias, las conductas y el apoyo social, entre otras, ejercen influencia en los problemas de salud, como factores que facilitan o modulan el proceso salud enfermedad (14)

Los términos *creencia* y *actitud*, según Begoña y Oblitas, se han utilizado con mucha frecuencia, libremente y “con la cualidad de real”, de tal manera “que algunas veces se pasa por alto que son entidades abstractas, muy difíciles de apresar y que no pueden observarse directamente, aunque sí inferirse”(3).

El término **creencia**, definido por Green y cols (1980), citado por Begoña (3), corresponde a “una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, la confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia”; el término **actitud**, actualmente muy utilizado, en el lenguaje común, se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo, una intención o una visión de algo. Dentro del campo de la psicología, la definición de actitud más conocida y de mayor influencia es la de Allport, en que la actitud es “Un estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia directa o dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Otro autor como Thurstone, define a las actitudes como “La suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo

acerca de cualquier asunto específico”, de tal modo, que se puede afirmar que todo cuanto nos rodea. es un objeto de actitud. (1-6-7)

Autores como Greene y Simons- Morton, citados por Bogoña y Oblitas (3), sostienen que las **creencias**, tienen al menos tres características que las definen como tales:

- 1) Pueden ser clasificadas como falsas o verdaderas por otras personas, independiente del “valor de certeza” otorgado por la persona que tiene la creencia.
- 2) Tienen un componente cognoscitivo, que alude a “lo que la persona sabe o cree saber al respecto”
- 3) Tienen un elemento afectivo, que hace mención “al valor o grado de importancia que posee una determinada creencia para un individuo en una situación dada”.

A su vez, las **actitudes** se componen de tres aspectos diferentes: (7)

- 1) Cognoscitivo: formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como la información que tenemos del mismo.
- 2) Afectivo: perteneciente a las emociones o sentimientos que acompañan a las ideas. Este es el componente más característico de las actitudes, ya que en él radica la principal diferencia entre las creencias y las opciones que caracterizan al componente cognoscitivo.
- 3) De la conducta: perteneciente a la tendencia a reaccionar hacia los objetos de determinada manera. (7)

Los mencionados componentes, cognoscitivo, afectivo y de la conducta se conocen como el modelo ABC; de la siglas en inglés: A. Affect (afecto), B. Behavior (comportamiento o conducta), C. Cognition (cognoscitivo). (1-6) En la literatura no se observa una uniformidad de criterios en cuanto a la existencia de un proceso exacto y único sobre la adquisición de las actitudes. Sin embargo, varios autores (Newcom, 1964; Lindzey y Aronson, 1969; Pender, 1978, entre otros) conceden un especial reconocimiento de este proceso al aprendizaje y a la socialización. Con relación, a las creencias de una persona, algunos autores, como Rokeach, citado por Begoña, sugieren que se estructuran de manera ordenada según su importancia relativa.

Muchas de nuestras actitudes las hemos aprendido gradualmente a través de la interrelación con otras personas, ya sean amigos, familia o colegas. Las actitudes pueden ser adquiridas o modificadas repentinamente como resultado de una experiencia. Por otro lado, también pueden sufrir cambios graduales a lo largo de los años, presumiblemente como resultado de una acumulación de experiencias. Algunos de los procesos por los que se adquieren actitudes son:

1. Condicionamiento clásico: El condicionamiento clásico (Pavloviano) puede producir reacciones emocionales que desencadenen estímulos.
2. Reforzamiento: Involucra la manipulación y las posibilidades del reforzamiento y suele ser utilizado como técnica en el aprendizaje de actitudes.
3. Modelo humano: La aproximación más confiable para producir actitudes es el modelo humano. El diseño básico del modelo humano es el siguiente: una persona que es admirada, respetada y tiene credibilidad, es observada y exhibida como alguien con una conducta correcta, que elige sus acciones correctamente y determina apasionantes opciones.

El modelo humano no siempre es representado por una persona; las películas, la televisión, los videos y el audio-video son también clásicos representantes del modelo humano. Las actitudes no tienden a permanecer siempre igual, se modifican dependiendo de una situación determinada, algunos métodos del cambio de actitud como son el reforzamiento y la modelación del comportamiento procuran cambiar en primer lugar el componente de la conducta. (1)

En la literatura se reportan diversos estudios que han medido la relación que existe entre la madre y el niño; Chenen 1986 elaboró un cuestionario para medir la relación de la madre con el niño y la influencia que ésta tiene sobre la salud de su hijo, tomando en cuenta aspectos como el nivel socioeconómico, las creencias así como los conocimientos de la madre sobre salud general, obteniendo como resultado que la relación y la forma de afectar al niño, dependerá de la edad, ocupación, educación y actitud de la madre.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: descriptivo, exploratorio y con enfoque cualitativo – interpretativo.

La consulta odontológica, se enmarca dentro de los servicios de salud que oferta una institución como la Fundación Hospital de la Misericordia, de tal manera, que el presente estudio, se adecuó en su desarrollo, a las condiciones propias de la misma, empalmando la prestación del servicio con el proceso investigativo, en un mismo tiempo.

Se eligió la perspectiva de la *investigación cualitativa* y el carácter *interpretativo*, dado el interés en explorar las ideas y percepciones de los padres de los niños, en torno, a los procesos cognitivos, afectivos y conductuales, constituyentes de las creencias y las actitudes hacia la consulta odontológica de sus hijos y un enfoque *de proceso* para acceder al análisis de las producciones de lenguaje y de los significados que los padres construyen alrededor de la consulta y la atención odontopediátrica.

Dentro de los tipos de investigación cualitativa, correspondió a *estudios de casos*, dado que permitió explorar el fenómeno de la consulta odontopediátrica, en su contexto y se acogió una forma de acercamiento al estudio de las creencias y actitudes de los padres, no adscrito a un marco teórico específico, a lo largo de todo el proceso investigativo. Así mismo, con el diseño de ésta metodología, se propendió por restablecer el lugar de los padres, como sujetos-productores de pensamiento y de sentido, rescatando, la singularidad de su narración o relato, en un proceso de comunicación abierta, posibilitado con la técnica de entrevista semi-estructurada a nivel individual.

La entrevista semi-estructurada, con grabación de audio, fue seleccionada, como el instrumento de recolección de los datos, para cada encuentro con los participantes, al garantizar la fidelidad en el proceso de recolección, así como disminuir los sesgos de la investigadora en el tratamiento de la información. Así mismo, para cada caso, se realizaron tres encuentros, con el /la participante, uno en el momento de ingreso a la

primera consulta odontopediátrica, un segundo encuentro en el curso del tratamiento, más o menos hacia la mitad del mismo y una última entrevista, finalizado el plan de tratamiento. Para cada encuentro se diseñó un guión, con preguntas orientadoras que facilitaran la recolección de la información (ver anexos B, C y D). Cabe aclarar que cada entrevista, no fue realizada en el orden descrito del guión, pues, en varias ocasiones, se repitieron algunas preguntas para precisar los conceptos emitidos por los participantes y así, retomar algunos tópicos, significativos en el proceso de análisis e interpretación de toda la información recolectada.

En la sesión de primera vez en la atención odontológica del paciente infantil, se le suministró al padre o madre, la información alusiva a la presente investigación, se obtuvo su aceptación para participar en el estudio, con la anuencia y firma del consentimiento informado y acto seguido, se realizó el interrogatorio que se contempla en la historia clínica y adicionalmente, se aplicaron las preguntas del instrumento, con un guión, previamente diseñado para éste primer encuentro (Ver anexo B). La segunda y la tercera entrevista, se efectuaron en la sala de espera del pabellón barranquilla de la Fundación Hospital de la Misericordia, una vez finalizada la atención del niño, a partir de la aplicación del respectivo guión (ver anexos C y D respectivamente). En cada una de éstas sesiones, así mismo, se le entregó al participante, el contenido por escrito de la transcripción de la entrevista anterior, para su aprobación y reconfirmación de los datos.

En el transcurso de la recolección de los datos, uno de los tres casos, debió ser excluido del proceso de análisis e interpretación, dado que la participante, quien había concedido la primera entrevista, abandonó en sesiones posteriores, el tratamiento del niño, así como el proceso investigativo, sin informar sobre su retiro, sumado al hecho que resultó infructuosa su ubicación, en varias ocasiones.

ANALISIS ESTADISTICO: Dada la naturaleza del estudio y de la información obtenida, se procedió a realizar un análisis de contenido de los datos, a partir de la construcción y el análisis de categorías, seguido por la interpretación de los datos, en forma manual. Se efectuó una interpretación general de los dos casos, que condujo a la extracción y determinación de categorías comunes, para todo el estudio, pero, con contenidos que guardan una asociación entre sí, en el transcurso de las tres entrevistas, para cada caso, sin embargo, fueron objeto de interpretación diferencial, dentro del proceso de análisis de

la información, en la medida del avance del tratamiento y las particularidades de los procedimientos odontológicos realizados al niño o niña, en cada cita. En el capítulo de resultados, se presentan todos los hallazgos.

POBLACIÓN DE REFERENCIA: Conformada por los padres y/o madres de tres niños que asisten a la consulta de odontopediatría en la fundación hospital de la misericordia en Bogotá en el primer periodo del año 2013.

PARTICIPANTES: Correspondieron a padres de los niños y niñas, comprendidos entre los 2 y los 6 años, asistentes a la consulta odontopediátrica quienes aceptaron su participación voluntaria en el presente estudio y aprobaron con su firma el consentimiento informado diseñado para el mismo. Inicialmente, se optó por tomar tres historias de casos, uno desertó y finalmente, sólo se realizaron dos, para efectos de la investigación. Para efectos de identificación de los participantes, a lo largo de todo el estudio, se acogió un código alfa numérico, que denota a cada caso así:

Primer caso: PF2, corresponde a padre de niña

Segundo caso: PM1. corresponde a padre de niño

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Padres y /o madres de niños y niñas en edades comprendidas entre de 2 y 6 años

Padres y /o madres de pacientes sanos sin ningún compromiso sistémico

Padres y /o madres de pacientes con presencia de enfermedad cariosa

Padres y /o madres de pacientes que asistan a la consulta de odontopediatría o por el servicio de urgencias de la fundación hospital de la misericordia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Padres y /o madres de pacientes con compromiso sistémico

Padres y /o madres de pacientes en condición de discapacidad.

CRITERIOS DE CIENTIFICIDAD

El presente trabajo diseñado como *Estudio de casos*, al interior de la investigación cualitativa y orientado a comprender el evento de la *consulta odontopediátrica*, desde la perspectiva de los padres/madres de niños, asistentes a la consulta del servicio de salud oral de la Fundación Hospital de la Misericordia, con relación a las *creencias y actitudes* de los mismos, en tres momentos de la atención, se caracterizó por acoger los principios de *credibilidad y confirmación* de validez de los estudios cualitativos y realizar los siguientes procedimientos, para validar el rigor del proceso investigativo (16):

1. Los participantes por libre elección, reunieron las características del perfil de los sujetos de estudio, previamente definidos en los criterios de inclusión.
2. En la recolección de la información, a través de la técnica de entrevista semi-estructurada, se adoptó un sistema de registros con la grabación de audio de los discursos de los participantes y la transcripción exacta del contenido de cada una de las entrevistas en los tres encuentros contemplados para cada caso, para garantizar la fiabilidad de la información, el análisis correspondiente, la validez de los resultados y adicionalmente, evitar los sesgos por la influencia de la entrevistadora en las opiniones de los participantes.
3. En el procedimiento de análisis de la información, dado que los “datos” corresponden a los textos transcritos de las opiniones de los participantes, se utilizó la técnica de análisis de lenguaje, particularmente, el análisis de contenido, por el diseño metodológico del estudio y la naturaleza de la información obtenida. Así mismo, se incorporó la triangulación de los resultados entre analistas (investigadora y directora del trabajo), para contrastar los resultados, de forma independiente sobre el mismo material de análisis.
4. En el procedimiento de análisis, también se ejecutó, la triangulación de los datos, debido a que el contenido de la entrevista, transcrito en formato impreso, recibió la aprobación del participante en una sesión posterior de encuentro, en que concedía la siguiente entrevista, posterior a la atención odontológica del hijo.
5. En la presentación de los resultados, los “datos” se presentan en la forma de secuencias extensivas de preguntas emitidas por la entrevistadora (investigadora) y acto seguido, las respectivas respuestas dadas por el/la participante, para asegurar la fiabilidad de la información y el proceso de interpretación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se ajusta a principios científicos y éticos y se rige por las normas contempladas en la RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 del Ministerio de Salud, República de Colombia, mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. El presente estudio comprende el desarrollo de acciones que contribuyen al conocimiento de los vínculos existentes entre las creencias y actitudes de los padres y la consulta odontológica de sus hijos en la fundación hospital de la misericordia, en donde se hicieron prevalecer los principios éticos de respeto y de dignidad y salvaguarda del bienestar y la protección de los derechos del informante, que corresponde al padre o madre del menor de edad, quien autorizó la realización de una entrevista con grabación de audio, por escrito, mediante la aceptación y la firma de un consentimiento informado, con pleno conocimiento de la naturaleza del procedimiento, bajo libre elección y sin coacción alguna (Anexo A y E). Para preservar la reserva de la identidad del informante se le asignó un código alfa numérico, el cual fue utilizado para efecto de análisis de datos y publicación de resultados.

Esta investigación se clasifica en la categoría de investigación con *riesgo mínimo* dado que se utilizó el registro de datos a través de un procedimiento rutinario de entrevista, el cual implicó confidencialidad en la información y reserva en la identificación de la fuente de información (padres y/o madres). No realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Los resultados obtenidos a través de esta investigación no serán utilizados en perjuicio de los individuos que participaron en ella. La participación o rechazo de los padres para hacer parte de la investigación no afectó su situación en la institución, ni el curso normal en el tratamiento de sus hijos.

La presente investigación se llevó a cabo, con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de Colombia; la aprobación

del Comité de Ética en Investigación de la Fundación Hospital de la Misericordia y el consentimiento informado de cada uno de los participantes.

Este tema de trabajo se circunscribe dentro del proyecto de investigación Psicología y Salud Oral, formulado como parte del programa general de investigación de la Dra. Vilma Segura Valenzuela en la Universidad Nacional de Colombia. Para efectos de publicación de este trabajo, la responsabilidad recae sobre el director del trabajo final y como investigadora, la suscrita se compromete a dejar por escrito, la autorización para su publicación o divulgación en cualquiera de sus modalidades (ponencia oral o poster). (ver anexo F)

RESULTADOS

El análisis de los resultados pretende identificar los elementos que caracterizan las *creencias y actitudes* de los padres hacia la *consulta odontopediátrica* y también, determinar la presencia de cambios en las mismas, producto de las experiencias propias, así como, de las experiencias vividas por el padre en el proceso de la consulta y de la atención odontológica, desde la iniciación del tratamiento hasta su culminación.

Como los “**datos**” proceden de un estudio cualitativo, los resultados serán presentados en la forma de *secuencias de conversación*, tipo pregunta, formulada por la investigadora e identificada como *odontóloga* y la respuesta concedida por la participante, identificada como *madre*, en torno a un sistema de *categorías*, equivalentes a una forma de organización y consolidación de elementos, extraídos del proceso de análisis de las entrevistas y agrupados por la investigadora, que guardan una estrecha relación entre sí. Cada categoría da cuenta de la actitud o creencia que manifiestan los padres.

En primer lugar, se presenta, el sistema de *categorías*, común a los dos casos, que emerge del proceso investigativo, acompañado de la exposición del contenido de cada categoría y que alude a *tendencias*; luego, para cada caso, se presentan los “datos”, ordenados en forma secuencial, según el desarrollo del proceso investigativo, es decir, entrevista a entrevista, pero tomando, como eje organizador, el sistema de categorías, para mostrar los contenidos (tendencias) de cada una y facilitar el análisis individual y por último, se efectúa la comparación y contrastación de los resultados entre los dos casos reportados, conservando como eje articulador el mismo sistema de categorías.

RESULTADOS A NIVEL GLOBAL

El sistema de categorías encontradas en el estudio, se ilustran, a continuación, en la tabla...

Tabla: Categorías temáticas emergentes de las entrevistas

CATEGORÍAS	TENDENCIAS
MOTIVACIONES	Motivos que intervienen en la elección y toma de una decisión, para incentivar la búsqueda de atención en salud por parte del padre de familia y son expresados como causas y/o razones.
BENEFICIOS	Utilidad, ganancia o provecho para la persona que en el ámbito sanitario, demanda atención por consulta o en el transcurso de un tratamiento.
RIESGOS	Posibilidad de que se produzca un daño o se esté expuesto a un peligro o contratiempo. Manifestación de incomodidad o daño, cuando se realiza algún tipo de procedimiento o se aplica una técnica de modificación del comportamiento del niño/ niña en el curso del tratamiento.
EXPECTATIVAS	Esperanzas manifiestas para obtener un mejor bienestar desde una mirada integral de la persona. Se espera que se pueda acceder al derecho a la salud, con calidad y oportunidad y que se traduzca en hechos.
SIGNIFICADOS	Generalmente son los contenidos de información, propios y/o asociados a las experiencias o a consejos dados por los allegados al padre del menor.
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES	Elementos que caracterizan y diferencian los tipos de padres, con base en condiciones como la edad y el estilo de la práctica educativa con los hijos, que ocasiona un comportamiento desigual.
BARRERAS EN LA ATENCIÓN EN CUANTO A LA COMUNICACIÓN	Obstáculos de la atención sanitaria mediada por los procesos de comunicación, tales como, información insuficiente, no oportuna y ausencia de orientación para dar solución a la condición del niño/niña.
PROCESO DE COMUNICACIÓN CON EL ODONTÓLOGO	Se refiere a cómo expresan sus experiencias vividas y a la facilidad o dificultad encontrada para hablar de ésta situación y qué tanto influye en el comportamiento hacia el tratamiento.
RESPUESTA EMOCIONAL	Respuesta afectiva o de sentimientos y biológica frente a

Y FÍSICA	la consulta en el momento del tratamiento.
CONDUCTA FRENTE AL TRATAMIENTO	Da cuenta de la actitud asumida en la consulta y el grado de colaboración con el tratamiento
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Valoración emitida en términos de calificar los resultados como realmente satisfactorios o como condicionados o forzosos. Reconocimiento o no de cambios de medidas higiene oral y apropiación de prácticas por parte del padre y la madre.

RESULTADOS A NIVEL INDIVIDUAL

Para cada caso, se presentan los resultados de cada categoría, en forma descriptiva, como secuencias de conversación, dada la naturaleza de la información. Cada categoría informa sobre los resultados, en términos de creencia o actitud del padre, en tres momentos del proceso investigativo y de la atención odontopediátrica, al inicio, durante y al final de la consulta. Después de exponer los resultados de cada entrevista, se agrega el respectivo análisis, para concluir, después de la tercera entrevista, en la síntesis de los resultados del caso.

PRIMER CASO: primera entrevista PF2e1

Motivaciones: reconoce la importancia del tratamiento, debido a que la experiencia del padre de la niña, no fue muy positiva en odontología, y no desea que esto se repita

- **Odontóloga:** *y cómo sabes que le ha ido a tu esposo?*
- **Mamá:** *no a él si le fue mal...porque él también tuvo estos dientes súper dañados, entonces a él se los sacaron sin anestesia y él lloraba, pues en esa época que sacaban los dientes feos, entonces...él es el que más insiste, pues por lo que la niña no la quiere ver sufrir*

Beneficios: manifiesta su creencia con relación al tratamiento en términos de mejoría para su salud en general

- **Odontóloga:** *¿por qué decides tu empezar el tratamiento con la niña?*
- **Mamá:** *eee por lo que sufrió, pues ella se ha visto como muy enfermita, le ha dado como fiebre y ha convulsionado y nosotros la hemos llevado a urgencias y dicen no!! que es la garganta y yo a veces pienso que es de esos dientes*

Expectativas: la mamá tiene una actitud positiva, expresa su interés en iniciar el tratamiento en la institución de su hija.

- **Odontóloga:** *¿tú qué esperas en esta cita con nosotros?*
- **Mamá:** *mmm pues o sea que la atiendan, que le hagan tratamiento, por lo que no se ha podido hacer nada, lo único así, fue como una limpieza y no más*
- **Odontóloga:** *¿qué sabes sobre los odontopediatras?*
- **Mamá:** *que utilizan como cosas didácticas y todo eso, como para que al niño le guste la odontología y puedan abrir la boquita y eso.*

Significados: Ideas o conceptos sobre lo que cree saber al respecto de la enfermedad.

- **Odontóloga:** *tú como sabes que lo que tiene arriba es un absceso?*
- **Mamá:** *porque es blanco y se le ha inflamado el labio*

Barreras en la atención en cuanto a la comunicación: reporta que los profesionales no daban una explicación sobre la atención

- **Odontóloga:** *esta es la primera consulta de la niña en odontología o ya la has llevado algún otro lugar?*
- **Mamá:** *aquí es la primera y la había llevado en...otra institución (se omite nombre de la entidad)*
- **Odontóloga:** *cómo le fue?*
- **Mamá:** *unas 4 o 5 citas*
- **Odontóloga:** *y que le hicieron en esas citas?*
- **Mamá:** *pues preguntar, pero cuando la iban a atender, ella lloraba y no lo hacían*
- **Odontóloga:** *y que te decían para no atenderla?*
- **Mamá:** *eeee que era mejor llevarla con un odontopediatra*
- **Odontóloga:** *bien y... a donde más la llevaste?*
- **Mamá:** *sólo la he llevado allá donde le conté, porque cuando tenía eps, porque ella también tuvo cita con la... otra institución (se omite nombre de la entidad) y me dijeron déjela así porque eso se pasa, que no sé qué.*

Respuesta emocional y física: la mamá da cuenta de una afectación de tipo emocional, debido a que en otras instituciones, no atendieron a su hija

- **Odontóloga:** *si y tú que pensabas de que a ella no la atendieran allá?*
- **Mamá:** *pues no sé, me daba como pesar que no la atendieran pero pues, ellos de todas maneras me dieron una solución...que viniera contigo*

Proceso de comunicación con el odontólogo: la explicación dada por el profesional parece ser entendida por la mamá, no obstante, en su relato, refleja poca comprensión y cambia las palabras

- **Odontóloga:** *¿cuándo tu llevabas a la niña a consulta te explicaban que había que hacerle o simplemente te decían que no la podían atender?*
- **Mamá:** *noo, sí a mí me explicaban*
- **Odontóloga:** *¿qué te decían que había que hacerle?*
- **Mamá:** *eee pues primero la primera doctora que la vió dijo que tocaba hacerle como una especie de coronitas o unas cremalleras o algo así en la parte de adelante y atrás sacarle "la bulba" y taparle con un cemento o algo así*

Análisis de categorías primera entrevista PF2e1:

- ✓ **Motivaciones:** la mamá reconoce la importancia del tratamiento. Al contrastar este hallazgo con el reporte de la literatura, se detecta un aspecto, relativo a la **creencia** frente al tratamiento, resultado de la situación vivida por el progenitor de la niña y al que la participante (mamá), otorga un valor de certeza.
- ✓ **Beneficios:** la mamá manifiesta una **creencia** personal hacia el tratamiento como ayuda para una mejor salud general, tiene una convicción acerca del cambio que se puede lograr.
- ✓ **Expectativas:** la mamá ingresa con una **actitud** positiva, hacia el tratamiento en la institución, tiene la idea o presume, que la consulta de odontología pediátrica va a ser favorable para su hija.

- ✓ **Significados:** un significado da cuenta de las **creencias** de las personas, en este caso, es sobre el concepto o lo que la mamá cree saber al respecto de la enfermedad.
- ✓ **Barreras en la atención en cuanto a la comunicación:** reporta que los profesionales no daban explicación sobre la atención, por esto la mamá presenta una **actitud** pasiva al percibir que es un tratamiento que puede esperar.
- ✓ **Respuesta emocional y física:** las **actitudes** pueden manifestarse, a la luz de la literatura, con un componente afectivo que involucra emociones y sentimientos. En este caso, la mamá da cuenta de una afectación de tipo emocional, alberga tristeza, debido a que en otras instituciones, no atendieron a su hija
- ✓ **Proceso de comunicación con el odontólogo:** la explicación dada por el profesional parece ser entendida por la mamá de la paciente, no obstante, en su relato refleja poca comprensión y cambia las palabras. Una **creencia** puede ser detectada en la producción del lenguaje, dependiendo del grado de importancia que la persona le adjudica a una situación.

SEGUNDA ENTREVISTA PF2e2

Beneficios: la actitud cambia debido a la experiencia del tratamiento, pues se mejora la calidad de vida de su hija.

- **Odontóloga:** *¿cómo te parece que ha sido el proceso de ella. En el comportamiento, cómo fue esa primera vez que te atendimos acá?*
- **Mamá:** *Pues me pareció excelente y al paso de las citas, pues ha ido mejorando porque ella ya se deja, ya deja mejor, o sea puede trabajar mejor en ella y en cuanto al comportamiento pues ella ya come mejor, ya duerme toda la noche, porque antes se despertaba a media noche o saltaba, de pronto, era del dolor.*

Significados: la mamá valora en forma positiva el tratamiento, cree en él. Este concepto se reafirma por la evaluación, emitida por el padre, sobre los beneficios percibidos en su hija.

- **Odontóloga:** *¿en la casa, qué piensan los que viven con ella?*

- **Mamá:** *Pues el papá si está súper feliz, porque él era uno de los que estaba súper preocupado por eso y además, él ya ha notado que la niña come mejor y duerme más que todo, siente que ella ya no tiene dolor.*

Respuesta emocional y física: algunos procedimientos del tratamiento hacen que se manifieste un componente afectivo, asociado a las creencias que se tienen sobre el mismo.

- **Odontóloga:** *¿Qué tratamientos le han hecho y cuáles te han parecido como más difíciles?*
- **Mamá:** *difícil cuando hay extracción de...que hay anestesia...pero del resto no.*
- **Odontóloga:** *Pero qué sientes cuando pasa eso, cuando se anestesia.*
- **Mamá:** *Pues me da tristeza, pero igual manera, sé que es por el bien de ella.*

Conducta frente al tratamiento: la mamá tiene una actitud positiva hasta el momento con el tratamiento, pues se han evitado complicaciones

- **Odontóloga:** *¿piensas que fue bueno traerla o en parte, crees qué hubieras podido dejarla, así como estaba?*
- **Mamá:** *No, a mí me parece o sea lo correcto, haberla traído... porque si no creo que estuviera peor, yo creo que hubiera tocado haberla traído por urgencias, porque los dientecitos se dañan muy rápido.*

Evaluación de resultados: se observan cambios en la actitud, producto de recibir una adecuada explicación en la consulta, un manejo apropiado del componente afectivo de las persona implicada (paciente) y la importancia de las medidas de higiene oral.

- **Odontóloga:** *¿y ahora, en cuanto a la higiene, qué sientes tú que debes cambiar, o qué falta?*
- **Mamá:** *Yo pienso que ya está bien, porque le cambié la crema, ya es con fluor y se cepilla cada rato...Pues el papá, o en las noches, yo la cepillo y en las mañanas también.*
- **Odontóloga:** *¿Tú qué piensas del tratamiento, te hemos explicado de manera adecuada?*
- **Mamá:** *Si*

- **Odontóloga:** *o sientes, que falta explicación de algunos procedimientos?*
- **Mamá:** *No, porque al inicio ehh se habla de lo que van a hacer y es adecuada la explicación.*
- **Odontóloga:** *¿te sientes tranquila con el tratamiento?*
- **Mamá:** *No, pues yo pienso que ella ya está mejorcita y pues faltan cositas, pero está excelente el tratamiento.*
- **Odontóloga:** *Te has dado cuenta que no solamente ha sido el tratamiento dental, sino que también ha sido un tratamiento, en cuanto al comportamiento de ella?*
- **Mamá:** *Sí, si me he dado cuenta de eso.*
- **Odontóloga:** *¿piensas que ha sido una manera adecuada de manejarlo?*
- **Mamá:** *Sí, porque se ha tratado con cariño y con paciencia.*
- **Odontóloga:** *Algunas veces se le ha tenido que hablar de manera más fuerte, ¿tú qué piensas de eso?*
- **Mamá:** *No, que es necesario, porque aprenden más, como con autoridad.*

Análisis de categorías segunda entrevista PF2e2:

- ✓ **Beneficios:** esta categoría da cuenta de la experiencia vivida a través de su hija, lo que refleja una **actitud** positiva al observar notorios cambios en la calidad de vida de su hija.
- ✓ **Significados:** la mamá valora en forma positiva el tratamiento, **cree** en él, además, reconfirma esta creencia con el concepto positivo, emitido por el padre.
- ✓ **Respuesta emocional y física:** esta categoría representa las **creencias** asociadas con el tratamiento y el grado de implicación emocional, en donde aflora un sentimiento de tristeza, que da cuenta del componente afectivo.
- ✓ **Conducta frente al tratamiento:** las actitudes pueden representar muchos sentimientos y percibir diferentes situaciones dependiendo de la experiencia, en este caso la mamá tiene una **actitud** positiva hasta el momento con el tratamiento, pues se han evitado complicaciones
- ✓ **Evaluación de resultados:** se observan cambios positivos en **la actitud**, derivados de una adecuada explicación en la consulta, del manejo apropiado de la dimensión afectiva y de la importancia conferida a las medidas de higiene oral, que se reflejan en la práctica, en la adopción de éstas en el cuidado con la niña y la apropiación por parte del padre y la madre.

TERCERA ENTREVISTA PF2e3

Beneficios: percibe la fase de seguimiento o monitoreo odontológico como una medida de prevención con efectos a largo plazo.

- **Odontóloga:** *¿qué te parece el hecho de tener que volver a odontología?*
- **Mamá:** *Pues, a mí me parece muy bien, porque ahí se va a mantener la higiene de la niña y se va a controlar el problema de la caries.*

Evaluación de resultados: rescata la información ofrecida sobre el curso del tratamiento, los resultados positivos obtenidos y manifiesta su deseo de continuar en la consulta.

- **Odontóloga:** *¿qué tal te pareció haberla traído al tratamiento y que haya pasado por todo un proceso?*
- **Mamá:** *Pues me parece excelente, ya que ella, ya tiene una costumbre o un hábito para venir acá, al odontólogo y lo bueno, es que ella siga.*
- **Odontóloga:** *¿qué recomendaciones das a la institución?*
- **Mamá:** *Pues a mí me pareció todo excelente. Ehh me explicaron los procesos, todo lo que le iban a hacer a la niña, me pareció súper bien.*

Análisis de categorías tercera entrevista PF2e3:

- ✓ **Beneficios:** la mamá significa por medio de esta categoría, una **creencia** frente al proceso de seguimiento o monitoreo en odontología, le da importancia y le atribuye un valor de sentido o de significación, a continuar asistiendo a la consulta para prevenir la enfermedad.
- ✓ **Evaluación de resultados:** se identifica en esta categoría una **creencia** frente a la atención brindada en la institución; rescata la información ofrecida sobre el curso del tratamiento, los resultados positivos obtenidos y manifiesta su deseo de continuar en la consulta.

En términos generales, al interpretar los contenidos de las categorías, en éste caso, se aprecia que algunas categorías, son comunes a las tres entrevistas, pero adquieren un significado diferente, dependiendo del momento y curso del tratamiento recibido por la niña y del momento en que se realiza la recolección de los “datos” en el proceso

investigativo. Además, es necesario señalar, que dentro de la interpretación del material de análisis de una misma entrevista, se encontraron citas coincidentes, que informan sobre los resultados de dos categorías.

En éste caso, las **creencias** de la madre en torno a la consulta y la atención odontopediátrica, en lo referente a los conceptos, las expectativas, los beneficios son reforzados en forma positiva y se reafirman, a partir de las experiencias vividas con anterioridad a la atención en la Fundación hospital de la Misericordia, específicamente, en relación a los procesos de comunicación con el odontólogo, que se traducen en la evaluación de los resultados.

Con relación a las **actitudes**, en los componentes cognoscitivos de información, percepción de beneficios, así como en la conducta o tendencia a reaccionar ante la situación, éstas, se mantienen y se refuerzan, dado que existe una valoración positiva o de agrado, que la madre de la niña adopta ante la consulta y la atención odontopediátrica durante todo el curso del tratamiento hasta su culminación.

SEGUNDO CASO: PRIMERA ENTREVISTA PM1e1

Expectativas: en esta categoría, se observa cómo la madre de familia tiene la creencia que el profesional por su propia iniciativa, en la consulta, debe realizar el acercamiento al niño, para ganarse su confianza

- **Odontóloga:** *¿Cuándo ha salido de esas consultas, cuando fue a odontología general u odontopediatría, que sintió en ese momento cuando salió?*
- **Mamá:** *Angustia, desespero, preocupación*
- **Odontóloga:** *Pero, porque no se pudo atender, o por qué le dijeron, que había que sacarle todos los dientes?*
- **Mamá:** *Porque tenía que sacarle todos sus dientes y porque generalmente es difícil, que los médicos o los odontólogos se lo ganen a él, tan fácil*

Riesgos: percibe el temor en su hijo, cuando lo llevó a la consulta con otros profesionales de salud, fruto de experiencias anteriores.

- **Odontóloga:** *¿el niño ha ido al médico, le ha ido bien?*
- **Mamá:** *No, tampoco, eso, él apenas ve esas batas blancas y jjjmm.....*
- **Odontóloga:** *¿qué hace?*
- **Mamá:** *Hay virgen santísima, eso llora, patalea, mejor dicho, eso el niño se priva.*

Significados: Percepción de la etiología de la caries, que atribuye a medicamentos

- **Odontóloga:** *¿tú, por qué crees que él tiene esos dientes así dañados?*
- **Mamá:** *Eh, pues, yo generalmente, que es por lo que me le colocaron mucho antibiótico.*

Proceso de comunicación con odontólogo: la mamá se sintió amenazada, a partir de las aseveraciones que hizo el profesional sobre el tratamiento a realizar en su hijo, generando intranquilidad al no recibir una explicación satisfactoria. Además, a través de su relato, se percibe, cierto grado de dificultad, en aceptar el concepto del profesional y conceder sólo credibilidad, a lo que ella piensa.

- **Odontóloga:** *¿y qué te han dicho en los otros lados?*
- **Mamá:** *Supuestamente, que se les tengo que arrancar todos...y pues yo no estoy muy de acuerdo porque si así no me come, cómo será si se los arranco todos.*
- **Odontóloga:** *¿y qué más, te han dicho cuándo vas a consulta con él?*
- **Mamá:** *No, nada más, que tengo que tomar la decisión de arrancarlos.*
- **Odontóloga:** *¿cómo son los odontólogos que lo han visto a él?*
- **Mamá:** *Pues igual, son un poco bruscos, han sido bruscos.*
- **Odontóloga:** *Y qué te parece a ti, qué es brusco, o sea qué le han hecho?*
- **Mamá:** *Le gritan, que es que yo no lo reprendo, que no lo enseño, que no sé qué, que lo tengo que obligar.*

Respuesta emocional y física: la mamá identifica diversas emociones como resultado de la atención de su hijo.

- **Odontóloga:** *¿Cuándo ha salido de esas consultas, cuando fue a odontología general u odontopediatría, que sintió en ese momento, cuando salió?*
- **Mamá:** *Angustia, desespero, preocupación*
- **Odontóloga:** *Pero, porque ellos no lo pudieron atender, o por lo que le dijeron que había que sacarle todos los dientes?.*
- **Mamá:** *Porque tenía que sacarle todos sus dientes y porque generalmente es difícil que los médicos o los odontólogos se lo ganen a él, tan fácil.*

Análisis de categorías primera entrevista M1e3

- ✓ **Expectativas:** una **creencia** es percibida como verdadera por la participante, en el contexto de ésta categoría; se advierte, cómo la madre de familia tiene la convicción, que el profesional por su propia iniciativa, debe hacer el acercamiento al niño para ganarse su confianza.
- ✓ **Riesgos:** ésta categoría, resultado de una **actitud**, es detectada, mediante la emergencia de una expresión emocional de temor, referido por la madre del niño, como fruto de experiencias odontológicas anteriores.
- ✓ **Significados:** en este caso la mamá, manifiesta el grado de importancia, otorgado a su opinión, pues, ella atribuye, desde su **creencia**, a los medicamentos administrados a su hijo, como etiología de la caries.
- ✓ **Proceso de comunicación con odontólogo:** esta categoría da cuenta de la **actitud** de la mamá frente a la experiencia de las aseveraciones, que hizo el profesional sobre el tratamiento a realizar a su hijo, circunstancia generadora de un componente afectivo, intranquilidad, al no recibir una explicación apropiada. También en esta categoría, se puede entrever, la presencia de una **creencia**, dado que la mamá, sólo le concede credibilidad a lo que ella piensa.
- ✓ **Respuesta emocional y física:** la atención hasta ahora, recibida por el niño, desencadena en la mamá, el surgimiento de emociones, que dan cuenta de su

implicación afectiva y la expresión de sentimientos, aspectos de ésta categoría, que atañen a la **actitud**.

SEGUNDA ENTREVISTA PM1E2

Motivación: la mamá considera importante realizar el tratamiento de su hijo, como consecuencia de una experiencia personal desfavorable y además, porque le confiere prioridad a los dientes, dada la función que cumplen.

- **Odontóloga:** *Si ha podido comer o sea tú ves que él muerde con esos dientes, que tú dices?*
- **Mamá:** *Y muerde las frutas y todo, cuándo tiene mucha hambrecita, a él se le lavan y se le pasan sus frutas y como tal, las ha podido morder. Pero, lo que más me preocupa, son esos cuatro dientecitos, porque ya le digo, él coge sus cositas así a morderlas y todo.*
- **Odontóloga:** *Y las muelas, qué piensas de ellas, porque él tiene algunas muelitas que hay que hacerles tratamiento?*
- **Mamá:** *Pues las muelitas en sí, son importantes, pero como tal, para mí, son más importantes los dientes de ahí... Pues, porque los dientes de adelante son y cómo tal, yo también sufrí de eso. Yo tengo también dos, tres dientes también así, el tratamiento que le están haciendo al niño, yo tengo eso.*
- **Odontóloga:** *Pero, por qué te importan más, esos que los de atrás?*
- **Mamá:** *Porque uno se ríe, a mi yo me siento apenada, porque uno se ríe, porque uno habla con otra persona, ah!! esa señora no se cuidó esos dientes, ya tan joven y mire!! no tiene dientes.*

Riesgo: se siente amenazada, cuando a su hijo, se le alza la voz, o se le realiza restricción física, como resultado de una creencia personal y del relato de experiencias, provenientes de otras personas.

- **Mamá:** *Pues, es que tengo una experiencia, que también tengo una prima o sobrina y a ella también, si les ha tocado torturarla o sea amarrarla entre tres, cuatro, a ella sí le han sacado los dientes.*
- **Odontóloga:** *Si, y sabes por qué se los han sacado?*

- **Mamá:** No
- **Odontóloga:** *¿Cómo ha sido el tratamiento, hasta el momento en esta institución?*
- **Mamá:** *Pues en realidad él no se ha portado como muy bien que digamos. Pues muy agresivo no, no se deja...lo han tenido que abrazar, lo han tenido que tener a la fuerza, porque él a las buenas, no se deja.*
- **Odontóloga:** *Y tú qué piensas de eso?*
- **Mamá:** *Pues me da muchos nervios, angustia, me enfermo, me da estrés, de todo.*

Significado: debido a una experiencia odontológica negativa, la mamá entiende porque su hijo es temeroso en la consulta

- **Odontóloga:** *¿te explicaron la primera vez que lo iban a sostener, pues que se iba a sostener o que se le iba a hablar a veces fuerte?*
- **Mamá:** *Si, claro si*
- **Odontóloga:** *Tú piensas que es algo bueno para él?*
- **Mamá:** *Pues, en realidad, no es que me guste de a mucho, pues porque me duele mucho, que me lo maltraten así, pero...pues igual, porque ya a él, lo he llevado a otras partes e igual ya me le han hecho eso, como tal, ya le siente miedo a la odontología.*

Respuesta emocional y física: la mamá en el transcurso del tratamiento, se afecta emocionalmente debido al impacto de sus experiencias anteriores y las de su hijo, siendo cada vez más negativas.

- **Mamá:** *Lo han tenido que abrazar, lo han tenido que tener a la fuerza porque él a las buenas no se deja.*
- **Odontóloga:** *Y tú qué piensas de eso?*
- **Mamá:** *Pues me da muchos nervios angustia, me enfermo, me da estrés de todo.*

Evaluación de resultados: la mamá reconoce que se produjeron cambios en el tratamiento con relación al manejo dado en otras instituciones pero, manifiesta su inconformismo, pues no corresponde a lo que esperaba.

- **Odontóloga:** *¿Hasta el momento, cómo te parece la consulta en esta institución?*
- **Mamá:** *Es distinto, porque ya le digo, aquí le miran, le revisan, bueno!! le vamos a hacer esto, le vamos a hacer aquello o radiografías, que los cuide, que los aproveche, que bueno*
- **Odontóloga:** *¿qué piensa de la exodoncia?*
- **Mamá:** *Pues ahí sí, como dice el dicho, entre verlo con un dolor de muela y con su boca por ahí inflamada, prefiero que se lo saquen, porque, qué más!! puedo hacer.*

Análisis de categorías segunda entrevista M1e2

- ✓ **Motivación:** cuando se habla de **actitud**, se puede hacer referencia, a la inclinación o disposición hacia algo conocido. La mamá vivió algunas experiencias desfavorables, por lo cual percibe importante realizar el tratamiento del niño.
- ✓ **Riesgo:** en ésta categoría, se exteriorizan las **creencias**, no sólo procedente del ámbito personal de la participante, sino del relato de experiencias de otras personas. La mamá se siente amenazada, cuando a su hijo se le alza la voz, o se realiza restricción física.
- ✓ **Significado:** una experiencia, considerada negativa por la madre y vivida con su hijo, da como resultado una **actitud** de retroceso hacia la consulta.
- ✓ **Respuesta emocional y física:** se aprecia afectación emocional de la participante, debido al impacto de sus experiencias anteriores y las de su hijo, conformándose, cada vez más, una **actitud** más negativa hacia la consulta.
- ✓ **Evaluación de resultados:** La mamá reconoce, a partir de sus propias experiencias, que se produjeron cambios en el tratamiento, con relación al manejo, dado en otras instituciones, pero con su conducta, se rehusa, levemente, a aceptar la consulta, aspecto que identifica la **actitud**, en ésta categoría.

TERCERA ENTREVISTA PM1e3

Motivaciones: desea tener información, de primera mano sobre los procedimientos a realizar en el tratamiento

- **Mamá:** *Pues le miraron todos sus dientes y me dijeron, éstos tienen arreglo, éstos no tienen arreglo, hay que sacar, hay problema en sus dientes.*
- **Odontóloga:** *o sea que te gusta que te expliquen.*
- **Mamá:** *Sí me gusta, me gusta que me expliquen y me digan, que esto, hay que hacer, qué bueno.*

Riesgos: daño que sufra el hijo por aplicación de una técnica de anestesia local, basada en una creencia falsa sobre un efecto colateral

- **Odontóloga:** *hubo una cita en la que el niño se quedó dormido y se le aplicó anestesia y yo noté que estabas muy angustiada. ¿qué piensas sobre eso?*
- **Mamá:** *Pues, como es la primera vez...porque nunca me lo habían dormido.*
- **Odontóloga:** *o sea tú crees que nosotros lo dormimos a él?*
- **Mamá:** *Pues sí,.. Si, en verdad si lo pensé. Me dio angustia, de que el niño se me fuera a desmayar o se me fuera a morir, es que soy muy nerviosa...él es una persona muy inquieta, y al quedarse quieto, pues a mí, me da de todo.*

Evaluación de resultados: reconoce cambios frente a la salud oral

- **Odontóloga:** *Y tú, que sientes del cambio en las medidas de higiene que ha tenido el niño?*
- **Mamá:** *Pues él ha cambiado, porque ya está más pendiente del cepillo, que el cepillado, que los dientes, que le pase el cepillo que hay que cepillar.*

Análisis de categorías tercera entrevista M1e3

- ✓ **Motivaciones:** la mamá tiene la **creencia** de que la información sobre los procedimientos a realizar en el tratamiento, debe ser dada por el profesional.

- ✓ **Riesgos:** categoría de **creencia** falsa sobre un efecto colateral, debido a una técnica de anestesia local.
- ✓ **Evaluación de resultados:** se presentaron cambios en su **actitud**, con relación a la apropiación de medidas de higiene oral, en su hogar.

Al igual, que en el primer caso, en términos generales, al interpretar los contenidos de las categorías, se aprecia que algunas categorías, son comunes a las tres entrevistas, pero adquieren un significado diferente, pero no muy marcado, dependiendo del momento y curso del tratamiento recibido por el niño y del momento en que se realiza la recolección de los “datos” en el proceso investigativo.

En éste caso, a diferencia del anterior, priman las **creencias** de la madre, como esquemas de pensamiento, casi inamovibles, desde la iniciación hasta la culminación del tratamiento, pues están marcadas por rezagos de la experiencia personal en odontología y reforzadas por las experiencias vividas por el hijo, en situaciones previas a la atención en la Fundación hospital de la misericordia; particularmente, estos hallazgos resultan válidos en las categorías de significados, riesgos, respuesta emocional y física y evaluación de resultados.

Con relación a las **actitudes**, en los componentes cognoscitivos de información, percepción de beneficios, así como en la conducta o tendencia a reaccionar ante la situación, éstas, sufren muy pocas modificaciones, manifiestas en las categorías de riesgos, barreras en la atención por procesos de comunicación, respuesta emocional y física, dado que hasta la culminación del tratamiento en la Fundación hospital de la misericordia, persiste una actitud de recelo y rechazo leve al comportamiento del odontólogo, una aceptación de los procedimientos odontológicos, condicionada por la necesidad de atención de su hijo, una respuesta de implicación emocional moderada y cierto grado de resistencia, a brindar una colaboración efectiva y positiva durante el curso del tratamiento.

RESULTADOS COMPARATIVOS DE LOS CASOS

Los resultados, se presentan de forma condensada, en la tabla....., que retoma el sistema de categorías como eje articulador con los contenidos de cada categoría, para el

caso PF2 y PM1, dispuestos de izquierda a derecha, para ilustración del lector. De ésta manera, se comprende, cómo cada participante, concibe la situación de la consulta odontopediátrica. Se aclara, que para efectos de análisis de los resultados obtenidos en éste estudio, el tratamiento realizado a los niños en ambos casos, fue muy similar, siendo más complejo para la hija del participante PF2, al requerir un mayor número de procedimientos de exodoncia, que el realizado al hijo de PM1.

Tabla Resultados comparativos de los casos

CATEGORÍAS	PF2	PM1
MOTIVACIONES	Necesidad de tratamiento para evitar una complicación, disminuir el riesgo de infección y mejorar su salud en general.	Necesidad de tratamiento para disminuir el riesgo de infección. No atienden a su hijo, por ser agresivo y además, se prioriza, la dimensión estética de los dientes (sonrisa)
BENEFICIOS	Piensa que el ir a consulta puede ayudar de una manera preventiva, a mejorar su calidad de vida	No tiene una convicción positiva sobre el tratamiento, excepto por evitar la infección.
RIESGOS	No percibe riesgos frente a la consulta, por el contrario muchos beneficios	Percibe amenaza para el hijo, piensa que es maltratado por los profesionales
EXPECTATIVAS	Su expectativa es la atención de su hija y realizar todo el tratamiento. Se puede catalogar como una mamá motivada	Piensa que el profesional es quien debe encargarse de “ganarse” al niño. Se puede catalogar como una madre ansiosa.
SIGNIFICADOS	Las experiencias vividas por ella y por las personas de su círculo social, la motivan e inducen a reflexionar sobre iniciar el tratamiento odontológico de su hija.	Las experiencias vividas por ella y por las personas de su círculo social, la inducen a reconocer que su hijo requiere la consulta, pero manifiesta, que nó, es un momento

		agradable.
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES	Es una persona joven, consciente de la necesidad de tratamiento de su hija, con toda la disposición a acompañar y colaborar en el proceso de la consulta y la atención de salud. Se podría catalogar como un tipo de padre democrático.	Es una persona de mayor edad, toma el tratamiento como algo necesario, pero no primordial. Muestra cierto rechazo al tratamiento, pues cuestiona el accionar del profesional y hace comentarios sobre el temperamento de su hijo. Se podría catalogar como un tipo de padre permisivo y ansioso.
BARRERAS EN LA ATENCIÓN EN CUANTO A LA COMUNICACIÓN	No percibe obstáculos en los procesos de comunicación. De las ocasiones anteriores, percibe la ayuda y resalta la mejor orientación brindada por el profesional para buscar una consulta especializada para su hija.	Percibe amenaza, resultado de las experiencias anteriores, por parte del profesional, al recibir una explicación insuficiente del tratamiento, que involucraba, la realización de numerosos procedimientos, además le insistían en cambiar su estilo de crianza, algo que le incomoda.
RESPUESTA EMOCIONAL Y FÍSICA	Manifiesta sentir abatimiento o congoja (pesar), cuando a su hija se le realizan algunos procedimientos como la anestesia y las exodoncias, pero comprende la necesidad de ejecutar las intervenciones.	Manifiesta sentir angustia, temor, estrés y experimentar “muchos nervios” hacia el tratamiento en sí y hacia la realización de procedimientos como la anestesia y las exodoncias
CONDUCTA FRENTE AL TRATAMIENTO	Acudiente colaboradora, que comprende y ayuda en el proceso de atención a su	Acudiente poco colaboradora, siempre insiste en el maltrato, ejercido por el odontólogo en la

	hija.	atención de su hijo.
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Adopta una actitud positiva frente a la consulta en odontología pediátrica y se apropia de las medidas de higiene oral en casa.	Su actitud frente a la consulta en odontología pediátrica no es satisfactoria realmente, es condicionada por la necesidad, pero aún, al final del tratamiento, expresa su recelo, frente a ésta. Se apropió de las medidas de higiene oral en casa.

Del análisis manual de la información, de cada caso, de manera individual y por contrastación de los resultados observados es posible, detectar, las diferencias entre los padres de familia y cómo sus creencias y actitudes, que manifiestan en la sesión de ingreso a la Fundación hospital de la misericordia cambian o no, dependiendo de las experiencias vividas, propias y con la hija, o el hijo, en la atención odontológica, así como las ideas que ya han sido infundadas por personas allegadas o por los seres queridos en el ámbito social.

También, se detecta en toda la información disponible para los análisis, que la percepción e interpretación realizada en la sesión de iniciación del tratamiento, provocan que la persona, conciba la situación de la consulta, por los eventos ocurridos en ella y si el profesional sugiere la instauración de cambios, para la adquisición de estilos de vida saludable, puede derivarse, aceptación o rechazo al tratamiento, por los efectos que ejerce el profesional, a través de su lenguaje y comportamiento.

DISCUSIÓN

En el ámbito sanitario, el estudio de las creencias y actitudes se ha focalizado en torno a la salud y la enfermedad y muy poco a la decisión en salud, como lo es la **consulta**. En el presente estudio, los resultados observados, informan sobre las características de las creencias y actitudes expresadas por dos padres, con relación a la consulta odontopediátrica de sus hijos, antes y después de la atención, recogidas en forma de explicaciones y respuestas, a preguntas orientadoras de un guión, previamente diseñado para cada uno de los tres encuentros contemplados en cada caso.

Los resultados observados, a través del estudio de dos casos, dan cuenta de creencias y actitudes hacia la consulta odontopediátrica, provenientes de tipos de padres con comportamiento y estilo de prácticas educativas disímiles, madre con estilo democrático, motivada (PF2), en contraste con madre de estilo autoritario y ansiosa (PM1), con experiencias de vida en salud oral, propia y las vividas con el hijo, favorables (PF2) y desfavorables (PM1), detectadas en la sesión de ingreso a la Fundación hospital de la misericordia, que se reflejan en una actitud proactiva (PF2) y reactiva (PM1), desde el inicio, durante el curso del tratamiento odontológico y su culminación, así como en la modificación de las creencias, reafirmación en PF2 y resistencia e inamovilidad en PM1.

Aunque en éstos dos casos, los hijos de las participantes (niña PF2 y niño PM1) comparten procedimientos odontológicos similares, dada la complejidad del cuadro clínico de cada uno, tales como tratamientos no operatorio y operatorio, bajo anestesia local e incluso, exodoncias, con mayor cantidad de procedimientos en PF2, no se detectó un cambio negativo en la actitud de la madre, como se podría esperar y por el contrario, se mantuvo una actitud positiva, a medida que avanzó la intervención odontológica, mientras que, por el contrario PM1, mantuvo una actitud negativa y poco colaboradora frente a la consulta y el tratamiento. La actitud del padre PM1 no sufrió cambios significativos e incluso, hasta bien adelantado el tratamiento, se percibió amenazada y sin la posibilidad de expresar sus pensamientos y por ello, hizo resistencia a un cambio de actitud, situación denominada “reactancia psicológica” por Brehm (1), quien la define

como: “ un estado motivacional que opera en oposición a fuerzas inducidas, por ejemplo una comunicación persuasiva”, en donde, si, la persona se ve amenazada busca cómo crear un estado motivacional, que le genere, tener convicción y confort sobre lo que ella piensa.

Las apreciaciones de los padres de éste estudio, coinciden en mostrar que las creencias y las actitudes frente a la consulta odontopediátrica son producto de la propia experiencia o de las experiencias vividas de allegados, en donde, cobran relevancia, dos elementos; por una parte, el *proceso de comunicación*, en lo que atañe a la información suministrada por el profesional y la posibilidad de intercambio de información y por otra parte, la *relación del niño con el odontólogo*, en lo referente al trato recibido y al lenguaje y comportamiento de éste profesional en el escenario de la consulta y la atención odontopediátrica, hallazgos que coinciden con los objetivos ideales de la **consulta**, planteados por Ong, de Hoos et al. (1995) mencionados por: Morrison y Bennett (6). Las categorías en el estudio que guardan relación con éstos aspectos son los *significados*, *las barreras en la atención en cuanto a la comunicación*, *proceso de comunicación con el odontólogo* y la percepción de los *riesgos*, que marcan diferencias sustanciales entre las actitudes de PF2 y PM1.

En el estudio se corrobora que en las creencias y actitudes, en éste caso hacia la consulta odontológica, participan también otros elementos, identificados como *categorías*, tales como la percepción de la situación, anterior y actual, valorada como *riesgos y beneficios*, *la conducta frente al tratamiento*, en términos de rechazo, colaboración o indiferencia y de manera especial, *la respuesta emocional y física*, que corresponde al componente afectivo, característico de la *actitud*, alusiva a la movilización de emociones y sentimientos que acompañan a las ideas y que son ostensibles en PM1 en contraste con los hallazgos en PF2.

Los riesgos que identifican los padres de éste estudio, como la posibilidad de que se produzca un daño, particularmente con procedimientos como las exodoncias o aún con ciertas técnicas de manejo de la conducta, como el control de la voz y la restricción física, utilizadas, éstas últimas, en algunas sesiones, con PM1, no son siempre entendidas, como lo reportan varias investigaciones (1-4-5) y se hace imprescindible, adelantar estudios que relacionen éstas percepciones de riesgo, con las creencias arraigadas, por

distorsiones en la información, prejuicios, temores y amenazas, así como convicciones, que Thurstone, mencionados por Morrison y Bennet (6), señala como elementos constituyentes de las actitudes, que pueden incidir en el curso de un tratamiento y afectan la evaluación de los resultados de la atención.

Al respecto, cabe mencionar, que Allen en 1995, en una investigación sobre la ansiedad y la percepción de los padres respecto a diversas técnicas de manejo, reportó que los padres con un grado alto de ansiedad desean aplicar una técnica farmacológica en comparación con métodos no farmacológicos,(4). En el caso de PM1, la aplicación de anestesia local en el niño, genera en la madre, una sensación de angustia, desesperación y malestar, dado que la situación es percibida de manera distorsionada y presume un efecto colateral, al observar al niño dormido. Es importante, por ello, detectar este tipo de percepciones equívocas, en la entrevista a los padres, durante la atención de primera vez, dado que pueden generar a futuro, actitudes negativas o una conducta de poca colaboración, siendo esencial la información que aporte el profesional y el esclarecimiento de dudas e interrogantes sobre éste aspecto en particular.

Respecto a las limitaciones del estudio, dependientes de la naturaleza de la información y del tipo de investigación cualitativa seleccionada de *estudio de casos*, es un estudio exploratorio, por tanto, se dificulta asociar las diversas categorías detectadas en el trabajo con las creencias o con las actitudes, en forma puntual. Se rescata que “los estudios de caso son muy utilizados como un instrumento exploratorio antes de la realización de un estudio más amplio sobre la temática” (16). En el caso particular, el estudio de casos permitió explorar el fenómeno de la *consulta*, en particular, la consulta odontopediátrica, como decisión relativa a la salud, de forma preliminar, sin circunscribirse a un modelo teórico, que puede ser válido, si se busca realizar el estudio acerca de las creencias y actitudes de la salud y la enfermedad.

CONCLUSIONES

- Se identifican y se establecen características presentes en las creencias y las actitudes emitidas por dos padres hacia la consulta odontopediátrica durante el transcurso de la atención de sus hijos, una niña y un niño, en tres momentos, antes, durante y al final del tratamiento.
- En cada caso, los padres aportan respuestas y explicaciones que permiten caracterizar las creencias y las actitudes, con una diversidad de factores, entre los que sobresalen la percepción de riesgos y beneficios, las expectativas, las motivaciones, la respuesta emocional y afectiva, la evaluación de resultados, las barreras en el proceso de comunicación con el odontólogo, entre otras.
- Las categorías encontradas se interpretaron de manera diferente en el transcurso del tratamiento, se observó, como las creencias personales son mucho más representativas, sin importar si son falsas o verdaderas y si son producto de las experiencias de otras personas.
- Cada caso clínico presentado muestra un prototipo de padre y de historia de vida personal, sus creencias son diferentes, de ahí, que el cambio de actitud frente a la consulta es desigual, dadas las particularidades individuales, un caso más hacia lo positivo, mientras el otro, tiende hacia lo negativo.
- El estudio de casos en la presente investigación, constituye un instrumento exploratorio de las creencias y actitudes de los padres hacia la situación de la consulta odontopediátrica,.

RECOMENDACIONES

- Se necesitan estudios encaminados a investigar las actitudes y creencias de los padres hacia la consulta odontopediátrica, con otro tipo de metodología, que involucre una mayor cantidad de padres que reflejen diferentes estilos de crianza y de procesos de comunicación.
- Se requiere realizar un estudio más amplio sobre la consulta odontopediátrica, desde la perspectiva de los padres.

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA LA CONSULTA ODONTOPEDIATRICA ANTES Y DESPUÉS DE LA ATENCIÓN EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013

Grupo de Investigación en Salud Infantil

Facultad de Odontología- Universidad Nacional

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA _____

1. Yo _____ identificado (a) con cédula de ciudadanía No. _____, por medio del presente documento, en mi calidad de representante legal del menor de edad _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a la DOCTORA VILMA SEGURA VALENZUELA, para que por su intermedio y por el concurso de su estudiante a cargo, CATALINA VERGARA CASTRILLON, obtenga información relacionada con la atención de mi hijo, a través de una entrevista individual que concederé en 3 citas diferentes y acepto que se haga una grabación en audio de la misma. Declaro que me fueron explicados los objetivos, los métodos, los beneficios y los riesgos potenciales de la investigación *Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la fundación hospital de la misericordia* y acepto mi participación como informante de la misma. También, expreso que puedo retirarme de ésta investigación, si así lo decido, informando en forma oportuna. Acepto que la investigadora me ofrezca información sobre los resultados del estudio y autorizo su publicación, manteniendo la reserva de la identidad mía y de mi hijo (a), así como el empleo de la información con fines de enseñanza, investigación y divulgación científica. Certifico que el presente documento ha sido leído, entendido por mí en su integridad y se ha resuelto cualquier inquietud respecto a este documento.

Firma del padre o madre

Pediatra

Cc:

Directora investigación-Estomatóloga

Registro:

Estudiante estomatología pediátrica

Cc:

Testigo

cc

ANEXO B: GUIÓN ENTREVISTA PRIMERA ENTREVISTA

CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA ANTES Y DESPUÉS DE LA ATENCIÓN EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013

¿Cuál es el motivo de consulta?

¿Qué cree usted que presenta su hijo para traerlo a consulta por odontopediatría?

Si presenta una enfermedad bucal: ¿qué cree usted que hizo que su hijo presente esta enfermedad, por ejemplo si es caries porque cree que inició?

¿Con quién vive el niño?

¿Qué edad tienen las personas con las que vive el niño?

¿A qué se dedican las personas con las que vive el niño?

¿Quién realiza la higiene del niño, cuantas veces al día y con qué elementos la realiza?

¿Es la primera consulta del niño por odontología?

¿Cómo ha sido la interacción del niño con el profesional que lo atendió?

¿Cómo padre de familia qué sintió en esa primera cita?

¿Cómo espera que su hijo sea atendido en esta institución?

¿Qué cree usted que va a suceder en esta cita?

¿Alguna vez le han explicado en que consiste el tratamiento que se le realizará a su hijo?

¿Usted ha leído o se ha informado de alguna manera sobre el tratamiento odontológico?

¿Por qué la decisión de empezar un tratamiento odontológico con su hijo?

¿Cuál ha sido su experiencia en odontología como paciente?



ANEXO C: GUIÓN SEGUNDA ENTREVISTA

CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA ANTES Y DESPUÉS DE LA ATENCIÓN EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013

¿Qué ha notado diferente desde el inicio de la consulta en esta institución, hasta el momento?

¿Cómo ha sido el cambio del niño (a) durante el tratamiento?

¿Cómo fue la primera consulta de tu hijo (en cuanto a llanto, comportamiento)?

¿Qué recursos se utilizaron para manejar el comportamiento de tu hijo?

¿Qué hace tu hijo cuando ingresa a la consulta?

¿Qué piensan los que conviven con tu hijo sobre el tratamiento?

¿Cuáles tratamientos le han hecho y en cuales te han parecido como difíciles o que te parece complicado en la consulta en odontopediatría?

¿Qué no te gusta del tratamiento que se le ha hecho?

¿Piensas que fue bueno traer a tu hijo (a) a consulta?

¿Te han explicado hasta el momento los procedimientos a realizar en la consulta?

¿Es importante para ti el tratamiento odontológico?

¿Te incomoda cuando se le habla fuerte a tu hijo(a) o cuando se hace restricción física?

¿Cómo te sientes hasta el momento con el tratamiento?

¿Qué diferencias has visto con el manejo dado en esta institución y el ofrecido en otros consultorios?



ANEXO D: GUIÓN TERCERA ENTREVISTA

CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA ANTES Y DESPUÉS DE LA ATENCIÓN EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013

¿Qué te parece el hecho de tener que volver a odontología?

¿Tú crees que solamente con traer a tu hijo acá vas a controlar el problema?, O cómo más?

¿Qué tal te pareció haber traído a tu hijo(a) para iniciar tratamiento y que haya pasado por todo un proceso?

¿Qué esperarías diferente, en cuanto a la consulta?

¿Qué recomendaciones tienes para nosotros?

¿Te gusta, que expliquemos que se realiza durante el tratamiento?

¿Cómo te parece que ha sido el manejo de tu hijo (a) desde el inicio del tratamiento hasta el final?

¿Qué importancia le das al tratamiento que se ha realizado hasta el momento de tu hijo(a)?

¿Qué te parece el tratamiento realizado en esta institución?

¿Te parece bien que el mismo odontopediatra atienda a tu hijo?

¿Qué te ha parecido el servicio, en esta institución?



ANEXO E: FOLLETO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA LA CONSULTA ODONTOPEDIATRICA ANTES Y DESPUÉS DE LA ATENCIÓN EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013.

OBJETIVO: Identificar y describir las creencias y actitudes de los padres de familia hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la fundación hospital de la misericordia, durante el periodo de primer semestre del año 2013.

MÉTODOS:



www.google.com

BENEFICIOS: la información suministrada aportará datos para la mejor atención de los niños en la consulta odontológica y un mejor abordaje con los demás padres de familia, debido a que los resultados de esta investigación darán cuenta de las creencias y actitudes que presentan hacia el proceso de tratamiento.

www.google.co



RIESGOS: el padre de familia podría sentirse intimidado, por la forma de recolección de la información en la que se grabará su voz.

Puede retirarse de la investigación en el momento que él o ella decida hacerlo

CONFIDENCIALIDAD, DERECHO A LA INTIMIDAD: Para preservar la reserva de la identidad del informante no se mencionará nombres, edad, o características identificables del padre de familia, se le asignará un código alfa numérico, el cual será utilizado para efecto de análisis de datos y publicación de resultados.

ANEXO F ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Catalina Vergara Castrillón, mayor de edad y vecina de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía expedida en , en mi condición de estudiante del posgrado de Estomatología pediátrica y Ortopedia Maxilar , he aceptado formalmente trabajar en el proyecto “CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS PADRES ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSULTA EN ODONTOPEDIATRÍA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013”, declaro que conozco que este tema de trabajo se circunscribe dentro del proyecto de investigación Psicología y Salud Oral, formulado como parte del programa general de investigación de la Dra. Vilma Segura Valenzuela en la Universidad Nacional de Colombia. Por tal razón, consciente que en el desarrollo de mi trabajo podré usar información privilegiada previamente lograda, propiedad de la Universidad y con características y usos potenciales promisorios, y que igualmente, es posible que en mi trabajo se alcancen resultados e informaciones de interés para el futuro del proyecto de investigación, me comprometo a manejar de manera confidencial los resultados y demás información relativa a mi trabajo de grado, atendiendo especialmente lo consignado en las siguientes cláusulas:

1. Aplicar el manejo confidencial a toda la información que se me suministre con esas características como insumo para el desarrollo del trabajo y extender ese tratamiento a los resultados alcanzados, reportándolos solamente al director del trabajo.
2. No emplear la información relacionada con mi trabajo, o cualquiera otra referida al proyecto de investigación, en beneficio propio o de terceros mientras conserve sus características de confidencialidad o mientras sea manejada como proyecto de investigación.

3. Informar clara y lealmente si en cualquier momento en el desarrollo del trabajo surgen intereses de mi parte que riñan con el interés de la Universidad. Se entiende por tal cualquiera intención más allá del ámbito académico que entre en conflicto con los intereses económicos o sociales que pudieren derivarse de la aplicación de los resultados de investigación. El acatamiento de este punto no implica necesariamente rompimiento del acuerdo si no reordenamiento de la relación. 4. Aceptar que cualquier publicación relacionada con el trabajo de investigación es responsabilidad del director del trabajo final y me comprometeré a dejar por escrito autorización para su publicación o divulgación en cualquiera de sus modalidades (ponencia oral o poster).

5. Las anotaciones o correcciones del director y/o del comité revisor deberán ser atendidas sin objeciones y se relacionarán exclusivamente con información confidencial o susceptible de protección. Esta previsión deberá aplicarse igualmente al texto que constituirá el trabajo o tesis de grado.

6. Fijar como vigencia del presente acuerdo el tiempo de ejecución del trabajo y dos años más después de concluido. No obstante, si la Universidad requiriese ampliar ese plazo sobre alguna de la información que llegue a conocer, aceptaré una ampliación por el mismo término con tan sólo se me notifique por correo electrónico.

Los compromisos y derechos aquí previstos se encuentran regulados por la legislación, los reglamentos y la doctrina vigente en Colombia, como es posible confrontar en: la Ley 23 de 1982, Decisión 351 CAN, Circular 06 de 2002 DNDA, artículo 308, Ley 599 de 2000, Ley 256 de 1996, Decisión 486 de la CAN, Tit. XVI, Acuerdo 035 de 2003 C.A.

En constancia y refrendación de lo declarado suscribo libremente el presente acuerdo, a los ____ días del mes de _____ de 201__, en la ciudad de Bogotá.

Catalina Vergara Castrillón

BIBLIOGRAFÍA

1. Nuñez I.V, Pares G, Lopez R. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. Revista odontológica mexicana 2006; Vol (10): 30-35
2. Sexton J Mourinoa, Brownste M. Childrens behavior in emergency and non emergency dental situations. Pediatrics dent 1993; Vol (2): 61-63
3. Begoña E, Oblitas L. Promoción de estilos de vida saludables. En: Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson Editores, S.A. de C.V. 2003; 83 -109
4. Islas A, Pares G, Hinojosa A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediátra comparando tres métodos de investigación. Revista odontológica mexicana 2007; Vol (11): 135-139
5. Enciso P, Posada M, Quintero A, Valencia C, Vásquez S, Rios S, et al. Aceptabilidad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizada en los pacientes pediátricos de la clínica CES Sabaneta. Revista CES odontología 2001; Vol (14): 28- 35
6. Morrison V, Bennett P. La consulta y más allá de la consulta. En: psicología de la salud. 1º edición. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN, S.A 2008; 325-358.
7. García J. La familia en el desarrollo psicológico del niño. Revista mexicana de puericultura y pediatría 2002; Vol (10): 26-36
- 8 Ramirez M. Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. (Sitio en internet). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo>. Consultado: Agosto 2013
9. Cárdenas J. Manejo del comportamiento del paciente pediátrico. En: Cárdenas D. Fundamentos de odontología pediátrica. 4ª ed. Medellín: CIB; 2009. P. 27- 40

Bibliografía

10. Bellagamba H, Pereyra L, Doño R. Aspectos emocionales de la situación odontológica. En: Rojas E, Castillo E. Odontología pediátrica. Panamericana; 2010.p 59-86.
11. Cárdenas D. El panorama de la odontología pediátrica. En: Cárdenas D. Fundamentos de odontología pediátrica. 4ª ed. Medellín: CIB; 2009. P.1- 5
12. Cárdenas J, Gallón A, Alvarez C. Evaluación, diagnóstico y manejo del comportamiento del niño en la situación odontológica. En: Rojas E, Castillo E. Odontología pediátrica. Panamericana; 2010. P. 89- 101
13. Beatawilk–Sieczak, Urszula Kaczmarek; Mothers' Attitude and How It Influences Their Children's Behaviour During Their First Dental Visits; Dent. Med. Probl. 2007, 44, 1, 74–79
14. Álvarez J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial. Editorial Trillas. México; 2002. P. 13-117
15. Diaz A, Raineri F. Aspectos básicos de la consulta pediátrica. En: Rojas E, Castillo E. Odontología pediátrica. Panamericana; 2010. P. 47 – 57
16. March J, Prieto M, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud. En: Mercado F, Gastaldo D, Calderón C. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Universidad de Guadalajara; 2002. P.461-475