



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Odontopediatria

**EVALUACION DEL GRADO DE ANSIEDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA
TRAS EL USO DE 2 TECNICAS DE INFORMACION SOBRE
TRATAMIENTOS DENTALES EN LA SALA DE ESPERA DE LA CLINICA DE
POSGRADO EN ODONTOPEDIATRIA DE LA UAQ.**

Opción de titulación

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de
Especialidad en Odontopediatria

Presenta:

C.D. Oscar Ivan Anchondo Neri.

Dirigido por:

C.D.E.O. Claudia Verónica Cabeza Cabrera.

C.D.E.O. Claudia Verónica Cabeza Cabrera.
Presidente

Firma

C.D.E.O. Ana Liz Yáñez Gutiérrez.
Secretario

Firma

C.D.E.O. Mauricio López Jiménez.
Vocal

Firma

Dr. Guillermo Ortiz Villagómez.
Suplente

Firma

L.O.E.O. Cynthia Castro Martínez.
Suplente

Firma

Dra. Ma. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea
Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo 2019.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comparar el grado de ansiedad de los padres que llevan a tratamiento odontológico a sus niños, utilizando 2 tipos de técnicas informativas sobre los tratamientos dentales en odontopediatría mediante un folleto ilustrativo o video descriptivo. Se llevó a cabo un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y comparativo. Se aplicó la encuesta de escala de ansiedad dental de Corah (DAS- Dental Anxiety Scale) a 46 madres de entre 20 y 40 años divididas en 2 grupos que llevaron a su hijo por primera vez a la clínica del Posgrado en Odontopediatría de la UAQ durante el periodo enero – noviembre 2018. Se analizaron los datos cuantitativos en rangos, medias y desviación estándar y los cualitativos en frecuencia y porcentaje. Para determinar la distribución de las variables se realizó el test de Prueba T de Student, Prueba de Fisher y Chi cuadrada. La significancia estadística fue establecida en $p < 0.05$. Los resultados mostraron que el nivel de ansiedad disminuyó en un 35% tras el uso de la técnica informativa de video descriptivo, comparado un 18% de la técnica con folleto informativo, lo cual coincide con los de Peretz y Zadik (1999). El 76% de la muestra en este estudio presentó ansiedad en algún grado excepto el alto grado, por lo que cobra importancia brindar información completa a los padres, correcta y oportunamente sobre de las técnicas y tratamientos que se les realizaran a sus hijos durante la consulta. Se concluye que en ninguna de las dos técnicas informativas utilizadas se presentó alta ansiedad en los padres de familia. La edad de la madre y el género del niño no presentaron diferencia significativa. Y por último fue menor el porcentaje de ansiedad en el grupo padres mediante la utilización del video descriptivo (35%) en comparación con el folleto ilustrativo (18%), pero no hubo resultados estadísticamente significativos. debido que el estrés de los padres es multifactorial.

(Palabras clave: Ansiedad, técnicas informativas, hijos).

SUMMARY

The objective of this study was to compare the level of anxiety of parents who take their children to dental procedures; this was accomplished via two informative mediums about dental procedures, including an informative brochure and a descriptive video. A prospective transversal, descriptive, and comparative study was done. The Dental Anxiety Scale (DAS) survey was given to 46 mothers between the ages of 20 and 40 years old in two groups that took their child for the first time to the Pediatric Dentistry Clinic at UAQ during the months of January through November 2018. The quantitative data was analyzed in ranges, mediums, and standard deviations and the qualitative data was analyzed in frequencies and percentages. In order to determine the variable distribution the T Student test, Fisher and Chi² test was done. The statistical significance point was established at $p < 0.05$. The results showed anxiety decreased by 35% when presented with the descriptive video technique, compared to the 18% decrease rate when using the informative brochure, which coincides with Peretz and Zadik (1999). A sample size of 76% in this study presented anxiety at some level, except at the high level, which brings light to the importance of giving complete, accurate, and timely information to the parents about the procedures and dental treatments their children will have done during the appointment. It was concluded high levels of anxiety were not present in parents when either of the two informative techniques were used. The mother's age and the child's genre did not present a major differential factor. And finally the level of anxiety was less (35%) in those using the descriptive video, versus those using the informative brochure (18%), but there were no significant statistical results.

(Keywords: Anxiety, informative techniques, children).

A Dios, mi familia, mis maestros, mis amigos por siempre ser y estar a mi lado
apoyándome en todo momento.

Gracias.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitir y darme la oportunidad de lograr mis metas y poder concluir esta maravillosa etapa de mi vida.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por su gran apoyo y confianza para elaboración de este proyecto.

Dedico este trabajo a mis padres Efrén e Isela que en todo momento me han apoyado pero sobre todo caminado conmigo a lo largo de toda mi vida haciendo propios cada una de mis metas en la vida.

A mis hermanos Héctor y Ximena que celebran conmigo los triunfos.

A mis tíos José Luis y Mirna por siempre apoyarme durante estos dos años de posgrado.

A mi asesora, directora y con orgullo mi amiga la C.D.E.O. Claudia Verónica Cabeza Cabrera por guiarme, dirigirme pero sobre todo por siempre tener los brazos abiertos para mí durante mi estadía en la ciudad de Querétaro.

A mis sinodales, maestros y amigos, por siempre enseñarme el amor y respeto hacia la odontopediatría, y ser ejemplo para mí como profesionales pero sobre todo como personas.

Gracias infinitas a todos.

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Revisión de la literatura.....	10
1.2 Planteamiento del Problema.....	20
2. OBJETIVOS	
2.1 Objetivo general.....	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
3. METODOLOGIA	
3.1 Sujeto experimental	24
3.2 Métodos.....	24
3.3 Análisis estadístico.....	29
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Resultados	31
4.2 Discusión.....	33
4.3 Conclusión.....	36
5. REFERENCIAS.....	37
6. APÉNDICE	42

Índice de Tablas

Tabla 1. Comparación de edad y género de madres e hijos en los dos grupos..... 31

Tabla 2. Niveles de ansiedad tras la aplicación de la técnica de folleto ilustrativo..... 32

Tabla 3. Niveles de ansiedad tras la aplicación de la técnica de video descriptivo..... 32



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRIA

**EVALUACION DEL GRADO DE ANSIEDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA
TRAS EL USO DE 2 TECNICAS DE INFORMACION SOBRE TRATAMIENTOS
DENTALES EN LA SALA DE ESPERA DE LA CLINICA DE POSGRADO EN
ODONTOPEDIATRIA DE LA UAQ.**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRIA**

PRESENTA:

C.D OSCAR IVAN ANCHONDO NERI

DIRECTOR DE TESIS:

C.D.E.O CLAUDIA VERONICA CABEZA CABRERA.

C.U.QUERÉTARO, QRO. MAYO 2019

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 REVISIÓN DE LA LITERATURA

Los diferentes problemas asociados con la salud bucal de los niños a su vez están relacionados, en gran medida, con la influencia que los padres ejercen sobre sus hijos ya que esto determina si los niños son atendidos en citas programadas con un enfoque preventivo o acuden sólo de urgencia con un enfoque curativo. La conducta que exhibe el paciente infantil que acude a consulta dental está relacionada a diversas variables que inciden en su comportamiento. Entre las que se consideran de mayor importancia, se encuentran: 1) la ansiedad materna, la cual puede generar miedo en el niño; 2) las vivencias negativas previas donde la experiencia del dolor dental genera temor a la consulta odontológica; y 3) la más grave de ellas, cuando los padres desconocen la importancia que reviste la salud bucal de sus hijos o la naturaleza de los tratamientos odontológicos (Nuñez et al., 2006).

Las motivaciones internas de los padres para llevar a sus hijos a una primera visita dental son reactivas o proactivas. La iniciación de la visita reactiva se produjo después de descubrir un problema visible del diente o una queja de dolor del niño. La iniciación proactiva de la visita fue resultado del deseo de los padres de evitar problemas dentales o deseo de un chequeo (Hoeft et al., 2013).

Del mismo modo, los padres que experimentan un efecto más positivo y que comparten más de ese afecto positivo con sus hijos tienen hijos que muestran mayores habilidades emocionales (Kochanska y Murray, 2000).

El encuentro entre dentista y paciente infantil es un fenómeno social altamente complejo. Para el niño representa no solo un experimento social con un nuevo adulto, sino también presenta un desafío en su programa de conductas establecidas, desde que el dentista a menudo solicita del niño una variedad de comportamientos cooperativos que no son comunes en la mayoría de los intercambios adulto- niño (Pinkham, 1981).

La ansiedad desde una perspectiva humanística y conductual, como una reacción normal y sana hacia la consulta dental por parte del niño. Es necesario para el bienestar y la supervivencia del niño aprender cuando es apropiado ser ansioso. De hecho la ansiedad es la respuesta esperada para un niño ante una situación extraña, con un hombre extraño frente a él, explorándolo con instrumentos aparentemente peligrosos. El rol del dentista en educar sus pacientes infantiles, deberá ser ayudarlos a manejar su ansiedad y ajustarla a un nivel el cual sea apropiado para cada individuo y cada situación. La manera en que un niño puede aprender a manejar su ansiedad en la oficina dental, influenciara su futuro comportamiento en el operatorio. Existen cuatro medios generales para controlar el aprendizaje: buenas expectativas, modelado, refuerzo y asociación. La ansiedad por sí sola no es el problema, lo son las inapropiadas estrategias para manejar la ansiedad y el dentista está comprometido en ayudar al paciente infantil a aprender las formas de manejar la ansiedad (Chambers, 1970)

En la literatura especializada muchas veces ha existido confusión entre lo que es ansiedad, miedo y fobia utilizando dichos conceptos de manera intercambiable, lo cual ha dificultado aún más la medición de la ansiedad dental. A nivel conceptual, la ansiedad es entendida como un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos, que serían manifestación de un contenido intrapsíquico (Smith et al., 2005).

La ansiedad sería un sentimiento de miedo, donde en muchas ocasiones uno no identifica las razones de dicho sentimiento, lo que aumenta ostensiblemente la angustia manifestada. Otra definición de ansiedad dental, propuesta establece que es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental (Al-Namankany et al., 2012).

Bajo estos antecedentes, este fenómeno debe entenderse como un concepto multidimensional, el que consta de tres componentes de respuesta que, si bien son distintos, éstos interactúan entre sí, como son el componente cognitivo,

fisiológico y motor. Los aspectos cognitivos displacenteros implicarían una interferencia con la concentración, hipervigilancia atencional e incapacidad para recordar ciertos eventos. Por otro lado, los aspectos fisiológicos tienen que ver con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, lo que lleva en ocasiones a una falta de respiración, transpiración y palpitaciones. Finalmente, el componente motor implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos que pueden ir desde la evitación hasta el escape de la consulta dental. La ansiedad dental también puede presentarse de manera anticipada, con sólo pensar en el encuentro con un estímulo que provoca miedo. Es así como la persona al saber que tiene cita con el dentista tiene la expectativa de que una experiencia aversiva se aproxima, generando altos montos de ansiedad. Otra definición de ansiedad dental es un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentido de pérdida de control (Klingberg y Broberg, 2007).

Por otra parte, el miedo, a diferencia de la ansiedad, no es un concepto multidimensional. Puede ser entendido como un sentimiento de inminente daño, mal, problema o una respuesta emocional. Se manifiesta como un sentimiento vago de aprehensión o inquietud, pero puede alcanzar niveles extremos como terror o pánico (Armfield, 2010).

Algunos autores afirman que la personalidad de los padres es muy importante (Allen et al., 1995).

Los padres juegan un rol muy importante en la Odontopediatria para el niño, son ellos quien finalmente toman la decisión de llevar al niño a su cita dental y deciden a qué edad deben hacerlo. Es prerrogativa de los padres aceptar o rechazar el plan de tratamiento y las sugerencias hechas por el dentista. En gran parte la importancia en que los padres tomen una buena salud oral es lo que el niño la tomara de igual forma (Pinkham, 1981).

Idealmente, los profesionales de la odontología deben informar a los padres de la influencia que sus comportamientos y actitudes de salud dental pueden tener sobre la salud bucal de sus hijos, incluyendo los beneficios de la atención oral

pediátrica, programas educativos de salud bucal y otros asuntos relacionados con la salud dental (Mattila et al., 2000).

Existen padres, con quienes, por cualquier razón, no logran tener una buena relación, o con quienes no se puede hablar cómodamente. Hay otros padres que parecen abiertamente sospechosos a los sentimientos que tiene el dentista hacia su hijo, o de la técnica de manejo o procedimientos que se utilizan. Estos últimos son aquellos padres que no creen que el dentista pueda entender totalmente a su hijo, piensan que el mal comportamiento de sus hijos es un resultado del mal manejo de los miedos del niño y que el dentista no es cálido y amable como debiera ser con su hijo (Pinkham, 1981).

Estudios revelan que en ambiente hospitalario los padres que traen a sus hijos a los departamentos de emergencia a menudo encuentran que la visita es una experiencia estresante. No sólo los padres están ansiosos porque sus hijos están enfermos, pero la mayoría también son conscientes de que sus hijos pueden someterse a procedimientos médicos dolorosos (Siegel, 1988).

En un estudio de 223 niños y adolescentes, se informó que la venepuntura realizada en un servicio de internación produjo altos niveles de angustia entre los padres y sus hijos. Los niños pueden someterse a muchos tipos diferentes de procedimientos en el departamento de urgencias, incluyendo la reparación de laceración, Cateterización, venopunción, canulación intravenosa, reducción de fractura, inserción de tubo torácico, punción lumbar e intubación. Algunos de estos procedimientos son bastante comunes, como venepuntura, y se realizan generalmente cuando un niño está enfermo, pero clínicamente estable. A diferencia de los niños con enfermedades crónicas, la mayoría de los niños gravemente enfermos tienen poca experiencia previa con procedimientos médicos dolorosos. Ni el niño ni sus padres estarán familiarizados con las técnicas para ayudar durante el procedimiento (Humphrey et al., 1992).

Estudios previos en los que los padres vieron cintas de video que contenían segmentos de técnicas de manejo de comportamiento encontraron que la mayoría de los padres calificaron como inaceptables las técnicas farmacológicas, mano-

sobre boca, Papoose Board® se aceptaron marginalmente. Los estudios más recientes enfatizaron la importancia de informar a los padres en detalle sobre las técnicas de manejo y revelaron que los padres informados aceptaban mucho más las técnicas de manejo del comportamiento que los padres desinformados (Havelka et al., 1992; Eaton et al., 2005).

Sin embargo, no se observó diferencia en la aceptación de las técnicas de manejo por parte de los padres cuando los padres veían videos que contenían la técnica de manejo en grupos o individualmente (Wilson et al., 1991).

Los resultados arrojados en la investigación sugieren que una entrega interpersonal, es decir, por medio de comunicación oral con los padres sobre cada técnica es más probable que resulte en padres que se sientan bien informados y que es probable que proporcionen consentimiento por escrito. Entregar a los padres una forma escrita para leer independientemente y firmar, o hacer que vean videos que representan las técnicas no parecen ser adecuadas para asegurar que los padres estén bien informados y que puedan dar su consentimiento (Allen et al., 1995).

La literatura dental ha hecho énfasis en la importancia de los padres para el dentista el cual trata al niño. La importancia de que el padre y el dentista tengan una relación comunicativa en orden de facilitar la aceptación del tratamiento y la recomendación de procedimientos preventivos para el niño deben estar cubiertas. La mayoría de los clínicos con experiencia considerable en odontología infantil se han encontrado con padres, con quienes, por cualquier razón, no logran tener una buena relación, o con quienes no se puede hablar cómodamente.

Hay otros padres que parecen abiertamente sospechosos a los sentimientos que tiene el dentista hacia su hijo, o de la técnica de manejo o procedimientos que se utilizan. Estos últimos son aquellos padres que no creen que el dentista pueda entender totalmente a su hijo, piensan que el mal comportamiento de sus hijos es un resultado del mal manejo de los miedos del niño y que el dentista no es cálido y amable como debiera ser con su hijo (Pinkham, 1981).

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

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

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

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

Los papás juegan un rol importante en el desarrollo de la ansiedad infantil, las madres ansiosas son menos positivas, más críticas y con menos capacidad de otorgar autonomía que las madres no ansiosas; estos comportamientos están relacionados con altos niveles de ansiedad en los niños (Whaley et al., 1999).

Hay evidencia considerable sobre el efecto distinto de la ansiedad paterna a la materna en particular, esta última tiene influencia sobre los problemas de conducta infantil.

McClure et al., (2001) Investigaron el efecto de la ansiedad paterna y materna sobre el comportamiento de sus hijos. Los resultados indicaron que la ansiedad materna pero no paterna fue un predictor significativo

Para la ansiedad en niños el riesgo era Mayor (casi el doble) para los niños cuya madre tenía una historia de ansiedad. La ansiedad paterna no hizo ninguna diferencia significativa. Estos resultados pueden ser indicativos de los padres que pasan la mayor cantidad de tiempo con el niño, y por lo tanto tiene mayor probabilidad de que su propia ansiedad afecte al niño de alguna manera. La ansiedad materna puede no sólo afectar a los niños que desarrollen ansiedad o comportamientos extraños, también puede aumentar el riesgo de los niños para desarrollar comportamientos de externalización (McClure et al., 2001).

Van den Bergh y Marcoen., (2004) encontraron que la ansiedad materna durante el embarazo predecía la externalización de problemas de comportamiento en los niños, tales como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Mientras la ansiedad materna posnatal no fue un predictor adicional significativo de la infancia.

Los procesos parentales pueden verse afectados por la aparición de trastornos de ansiedad, y estas características de salud mental de los padres pueden servir como factores de riesgo para el desarrollo de problemas conductuales en los niños (Rapee, 2009).

La relación entre la ansiedad de los padres y los resultados del comportamiento de los niños es compleja. Sin embargo, existen varias teorías que intentan explicar por qué ciertas características de la salud mental de los padres, como la ansiedad, pueden conducir a comportamientos ansiosos similares en los niños. Más notablemente, la aparición de rasgos de ansiedad en los padres y la prole puede estar representando la variación genética compartida (Ogliari et al., 2010).

Estos resultados sugieren que la genética juega un papel importante en el desarrollo de la ansiedad (Ogliari et al., 2010) Sin embargo, factores no genéticos también juegan un papel en la determinación del desarrollo de trastornos de ansiedad en adultos y niños.

La relación entre la ansiedad materna, los padres duros y la conducta infantil los problemas pueden no ser los mismos para todos los padres e hijos. Hay una serie de otros factores que debe ser considerado que podría fortalecer o debilitar esta relación. Uno de estos factores es una historia de problemas de salud mental de la familia. El modelo de procesamiento de estrés propuesto por Grant et al., (2003) indica que ciertas predisposiciones pueden moderar el papel de los estresores en la infancia problemas de comportamiento.

El estudio realizado por Rogéria et al., (2013) arroja que a adopción de hábitos conductuales consistentes en la infancia comienza en el hogar, con los padres, especialmente la madre, desempeñando un papel importante en los comportamientos de la salud bucal del niño. Los padres deben ser informados de que sus hábitos de salud dental influyen en la salud bucal de sus hijos y, en consecuencia, en su calidad de vida.

Una vez que los padres aceptaron acudir con el odontopediatra. Los resultados de nuestro estudio demostraron que 87.5% de los pacientes cuyos padres tuvieron confianza al dejarlos pasar solos con el odontopediatra no presentaron ansiedad, al igual que aquellos sin experiencias médicas negativas previas (91.1%) (Juarez, 2014).

Los resultados anteriores concuerdan con el estudio clínico realizado en Escocia, (Reino Unido). Donde se observaron mayores niveles de ansiedad en hijos de madres ansiosas, así como en aquellos niños con experiencias de dolor y trauma. Con respecto a las actitudes de los padres al ser o no separados de sus hijos durante la consulta dental y los factores que afectan este tipo de actitudes, se hizo una investigación a 505 padres en Arabia Saudita, en la cual se obtuvo que el 97% de los encuestados prefirió quedarse con sus hijos durante el tratamiento dental; la

razón principal informada por el 83% de los padres fue que el niño se sentiría más seguro, más cómodo y con menos miedo (Abushal y Adenubi, 2009).

Harper (2011) obtuvo que la relación directa entre la crianza de los hijos y los problemas de comportamiento de la infancia pueda ser una consideración importante al intentar comprender mejor cómo la ansiedad materna podría conducir a más problemas de comportamiento infantil. Tanto la exposición a una madre ansiosa y la crianza de los hijos puede representar estrés significativo para un niño y podría ser la exposición a este estrés que luego conduce al desarrollo de problemas de comportamiento.

Peretz y Zadik (1999) afirmaron que cuando el padre ha sido informado acerca de las técnicas de manejo conductual previamente a su aplicación durante el tratamiento dental, y observando su implementación ante el comportamiento de sus hijos, podría considerarse como una contribución al reconocimiento de la necesidad de la utilización de estas técnicas en sus hijos; esta percepción puede ser modificada cuando la información se brinda en una situación neutral, como lo es a través de un video.

En el estudio de Islas et al., (2007) cuando se hace la comparación entre los grupos que recibieron diferente tipo de información, se observa que la información transmitida por medio de un video produce mayor ansiedad que la del grupo B (oral) y el grupo A (escrita). Las diferencias son estadísticamente significativas para ambas pruebas, DASS y Corah.

Así mismo, en procedimientos invasivos en urgencias pediátricas, la mayoría de los padres preferían estar presentes. El 80% refirió sentirse mejor si están presentes, el 91% cree que el niño se sentiría mejor y el 73% respondió que su presencia podría ayudar al médico (Bauchner et al., 1994).

De la misma manera en los tratamientos dentales, se encontró que el 66% de los padres querían estar presentes en la consulta y de estos, el 85% respondieron que se sentirían mejor y 93% creían que sus hijos se sentirían mejor (Kamp, 1991).

Los estudios realizados indican que la mayoría de los padres quieren estar presentes, aunque a menudo son excluidos, niños menores hasta mayores e incluso adolescentes refieren que la presencia de sus padres sigue siendo importante para hacer frente a distintos procedimientos médicos (Bauchner et al., 1994).

Los estudios de Petty y Cacioppo (1986) concluyen que muchos de los resultados y teorías de una investigación fundamentan dos formas potenciales para la efectividad de la persuasión. El primer tipo de persuasión resulta de la consideración cuidadosa y reflexiva que hace la persona de las virtudes que tiene la información presentada. En el caso de este estudio los padres realizaron una evaluación individual de la información transmitida durante la plática “Mi primera visita al consultorio odontológico”. El segundo tipo de persuasión es el que ocurre con mayor probabilidad como resultado de alguna clave en la información, la cual va a inducir o frenar el cambio de actitud sin que necesariamente se analicen las virtudes de la información presentada, y en este sentido debido a que la evaluación que se hizo de la información por parte de los padres fue de forma individual se permitió la posibilidad de rescatar o no la esencia del mensaje, debido a la influencia de creencias y conocimientos que cada padre de familia tenía. A este fenómeno se le denomina “ruta periférica”.

Es con base en esto que los investigadores determinan que las actitudes son evaluaciones que la gente sostiene acerca de sí misma, de otras personas, objetos y temas, y se asientan en una variedad de experiencias cognitivas, conductuales y afectivas que a su vez son capaces de influir o guiar procesos conductuales, cognitivos y afectivos, por lo que en este estudio los padres de familia no utilizaron la nueva información para lograr modificar su actitud con respecto a la primera consulta odontológica de sus hijos, sino que reflejaron sus experiencias en cada respuesta (Soto et al., 2006)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta que exhibe el paciente infantil que acude a consulta dental está relacionada a diversas variables que inciden en su comportamiento. Se consideran de mayor importancia: la ansiedad materna, las vivencias negativas previas donde la experiencia del dolor dental genera temor a la consulta odontológica y la más grave de ellas, cuando los padres desconocen la importancia que reviste la salud bucal de sus hijos o la naturaleza de los tratamientos odontológicos. Actualmente se desconoce que técnica de información sobre los tratamientos odontológicos de los niños disminuyen la ansiedad de sus padres durante la consulta dental si el uso de videos descriptivos en la sala de espera o la entrega de folletos ilustrativos con los diferentes tratamientos en Odontopediatria.

2 OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar los grados de ansiedad arrojados mediante Escala de ansiedad dental de Corah (DAS- Dental Anxiety Scale) posterior al uso de los 2 tipos de técnicas informativas.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1: Medir el grado de ansiedad en las madres mediante la escala de ansiedad dental de Corah (DAS- Dental Anxiety Scale) después de utilizar técnica de videos descriptivos acerca de los diferentes tratamientos dentales en Odontopediatria mientras los padres están en sala de espera.

2: Medir el grado de ansiedad en las madres mediante escala de ansiedad dental de Corah (DAS- Dental Anxiety Scale) después de utilizar técnica informativa con folletos ilustrativos acerca de los diferentes tratamientos dentales en Odontopediatria mientras los padres están en sala de espera.

3: Comparar los niveles de ansiedad de ambos grupos de madres tras el uso de las 2 técnicas informativas aplicadas.

3 METODOLOGIA.

3.1 SUJETO EXPERIMENTAL

Se llevó a cabo un estudio Prospectivo, transversal, descriptivo y comparativo. Se aplicó la encuesta de escala de ansiedad dental de Corah (DAS- Dental Anxiety Scale) a 46 madres de entre 20 y 40 años divididas en 2 grupos que llevaron a su hijo por primera vez a la clínica del posgrado en Odontopediatria de la UAQ. Los criterios de inclusión fueron madres acompañantes con edad de 20 a 40 años, que sea la primera vez que el paciente y su acompañante visita las instalaciones de la clínica del posgrado y que sus hijos vayan a ser sometidos a cualquier tratamiento odontopediatrico en la clínica del posgrado. Se excluyeron del estudio los acompañantes de los pacientes que no sean sus madres o tutores, así como las madres de familia que ya han tenido experiencia previa odontológica con otro hijo en la clínica del posgrado de Odontopediatria de la UAQ. Se eliminaron las madres que no hayan terminado de llenar la encuesta.

3.2 METODOS

Selección de instrumento de medida de ansiedad.

Se realizó una ficha utilizando la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS - Dental Anxiety Scale) realizado por Norman Corah (1934-2001), psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. En 1969 elaboró un pequeño cuestionario (DAS) para detectar y establecer una graduación de dicha ansiedad. Posteriormente el cuestionario se amplió y modificó en 1995 por Humphrey y colaboradores (MDAS), haciéndolo más específico en cuanto a la ansiedad materna mientras sus hijos son atendidos en el consultorio. Está compuesta por cuatro preguntas, con cinco alternativas para cada una, siendo atribuidos los siguientes puntajes: 0 = sin ansiedad (puntuación igual a 4); 1 = baja ansiedad (puntuación entre 5 y 9); 2 = ansiedad moderada (puntuación entre 10 y 14); 3 = alta ansiedad (puntuación entre 15 y 20).

Selección de pacientes, firma del consentimiento informado y llenado de encuesta.

Inicialmente el investigador aclaró a las madres los objetivos del estudio y procedimientos que iban a ser realizados, obteniendo así el consentimiento firmado y los datos de identificación del niño.

1. El paciente ingreso a la clínica del posgrado.
2. Se realizó la verificación de que se tratara de un paciente de nuevo ingreso.
3. Se invitó a la madre del niño a participar en la investigación, explicándole con detalle los objetivos y el procedimiento.
4. Una vez teniendo la aceptación de la madre, se proporcionó una carta de consentimiento informado.
5. Se implementaron las técnicas de información según el grupo correspondiente, video descriptivo o folleto ilustrativo. (Fig.1-3)



Fig.1



Fig.2



Fig.3

6. En el caso de la implementación del video descriptivo se utilizó una computadora portátil en la sala de espera de la clínica donde se mostraron los tratamientos que se realizan en la clínica del posgrado, como se utilizan las diferentes técnicas de manejo de conducta la manera en como los pacientes son tratados y atendidos desde el momento que entran a ser

atendidos hasta el momento que son entregados a sus padres quedaron perfectamente explícitos en dicho video, así como también como fueron llevadas las técnicas anestésicas, colocaciones de coronas de acero cromo, obturaciones con resina y tratamientos pulpares. La charola de instrumental y los materiales que se utilizaron fueron también grabados para el conocimiento de las madres acerca de todo aquello que se utiliza en la realización del tratamiento odontológico de sus hijos. (Fig.4-6)



Fig.4



Fig.5



Fig.6

7. En el grupo de madres que se implementó el folleto ilustrado, este último contenía, los tratamientos que se llevan a cabo cotidianamente en la clínica de Odontopediatria, como lo son las colocaciones de coronas de acero

romo, obturaciones con resina y tratamientos pulpares. Así como la charola de instrumental y los materiales para el conocimiento de las madres acerca de todo aquello que se utiliza en la realización del tratamiento odontológico de sus hijos. (Figs. 8 y 9)



Fig.8

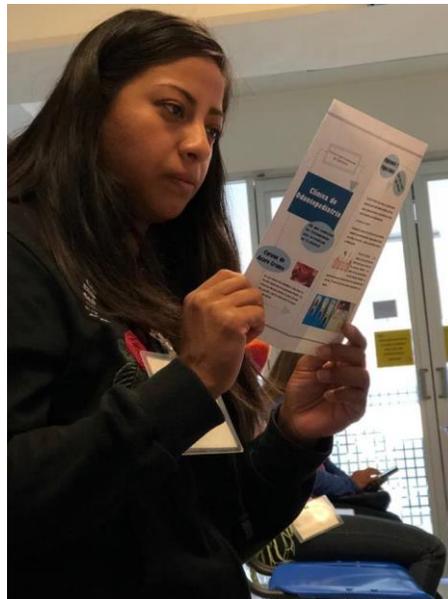


Fig.9

8. Una vez que las madres utilizaron las técnicas de información de acuerdo a su grupo de clasificación se les aplicó la encuesta de la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS - Dental Anxiety Scale). (Fig. 10).



Fig.10

3.3 ANALISIS ESTADISTICO

Se analizaron los datos cuantitativos en rangos, medias y desviación estándar y los cualitativos en frecuencia y porcentaje. Para determinar la distribución de las variables se realizó el test de Prueba T de Student, Prueba de Fisher y Chi cuadrada.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 RESULTADOS

La muestra total del estudio fue de 46 madres de familia, divididas en dos grupos: Grupo de madres con folleto ilustrativo (n=23) las que recibieron información por medio de folleto ilustrativo, que tuvieron un promedio de edad de 32.82 años, mientras que en el grupo de madres con video descriptivo (n=23) las que recibieron información con video descriptivo, que tuvieron un promedio de edad de 31.60 años.

Los 23 hijos de las madres del grupo de folleto ilustrativo tuvieron un promedio de edad de 5.13 años, 12 (52.17%) del género femenino y 11 (47.82%) del género masculino, mientras que los 23 hijos de las madres del grupo 2 tuvieron un promedio de edad de 5.21 años, 13 (56.52%) del género femenino y 10 (43.47%) del género masculino (tabla 1).

Tabla 1. Comparación de edad y género de madres e hijos en los dos grupos

Grupo	Madres con folleto ilustrativo (n=23)	Madres con video descriptivo (n=23)	Valor P
<i>$\bar{X} \pm D.E.$ (Rango)</i>			
Edad madres	32.82 \pm 5.82 (22-40)	31.60 \pm 6.06 (23-40)	0.4910
Edad niños	5.13 \pm 2.13 (2-11)	5.21 \pm 1.90 (2-9)	0.8849
<i>Frecuencia (%)</i>			
Niña	12 (52.17)	13 (56.52)	1.000
Niño	11 (47.82)	10 (43.47)	

\bar{X} : media de población, D.E.: desviación estándar. Prueba t de student y Prueba de Fisher.

Las puntuaciones de nivel de ansiedad en el grupo de madres de folleto ilustrativo, obtuvo un promedio de 7.82 en la Escala de ansiedad dental de Corah (DAS-Dental Anxiety Scale), de los cuales 4 (17.39%) tuvieron nula ansiedad, 13 (56.52%) baja ansiedad y 6 (26.08%) moderada ansiedad, con una desviación estándar de 2.74 (tabla 2).

Tabla 2. Niveles de ansiedad tras la aplicación de la técnica de folleto ilustrativo.

Grupo	Madres con folleto ilustrativo (n=23)	Valor P
	$\bar{X} \pm D.E.$ (Rango)	
Puntuación	7.82 \pm 2.74 (4-13)	0.6224
	Frecuencia (%)	
Sin ansiedad	4 (17.39)	0.2724
Baja ansiedad	13 (56.52)	
Moderada ansiedad	6 (26.08)	

\bar{X} : media de población, D.E.: desviación estándar. Prueba t de student y Chi cuadrada.

En el grupo donde se utilizó el video descriptivo, el promedio fue de 7.39, de los cuales 8 (34.78%), se presentaron sin ansiedad, 8 (34.78%) baja ansiedad y 7 (30.43%) moderada ansiedad, con una desviación estándar de 3.18 (tabla 3).

Tabla 3. Niveles de ansiedad tras la aplicación de la técnica de video descriptivo.

Grupo	Madres con video descriptivo (n=23)	Valor P
	$\bar{X} \pm D.E.$ (Rango)	
Puntuación	7.39 \pm 3.18 (4-13)	0.6224
	Frecuencia (%)	
Sin ansiedad	8 (34.78)	0.2724
Baja ansiedad	8 (34.78)	
Moderada ansiedad	7 (30.43)	

\bar{X} : media de población, D.E.: desviación estándar. Prueba t de student y Chi cuadrada.

4.2 DISCUSIÓN

Diversas investigaciones avalan la importancia del rol que juegan los padres en la Odontopediatría para el niño, son ellos quien finalmente toma la decisión de llevar al niño a su cita dental. Los profesionales de la odontología deben informar a los padres de la influencia que tienen sus comportamientos y actitudes en la salud dental de sus hijos (Mattila et al., 2000). Nuestros resultados mostraron una similitud en los dos grupos de estudio, tanto en edad de la madre como en edad promedio de los niños que recibieron tratamiento dental. Dichas madres de familia fueron informadas acerca de los tratamientos que se realizan en la Clínica de la Especialidad en Odontopediatría de la UAQ, por medio de un folleto ilustrativo y video descriptivo, utilizando la Escala de ansiedad dental de Corah (DAS- Dental Anxiety Scale). Los métodos utilizados tomaron en cuenta que el auto-relato probablemente ofrece resultados falsos, pues la madre puede omitir la verdad, además, la madre no se considera generalmente ansiosa (Albuquerque et al., 2007).

Aunque los grupos fueron similares los resultados muestran una tendencia a que la información por medio de un video descriptivo provoca menor nivel de ansiedad, ya que el 35% del grupo dos no presento ansiedad y en ningún caso se presentó alto nivel de ansiedad, nuestro estudio coincide con la definición de ansiedad por el tratamiento dental de otros autores, que es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental (Al-Namankany et al., 2012).

Islas et al., (2007) menciona que cuando se hace la comparación entre los grupos que recibieron diferente tipo de información, se observa que la información transmitida por medio de un video produce mayor ansiedad que la información escrita, con resultados estadísticamente significativos para las pruebas, DASS y Corah.

A pesar de que la respuesta de los padres puede o no ser positiva, es preferible dar la mayor información posible a los padres antes del tratamiento. Los estudios más recientes enfatizaron la importancia de informar a los padres en detalle sobre las técnicas de manejo y revelaron que los padres informados aceptaban mucho más las técnicas de manejo del comportamiento que los padres desinformados (Eaton et al., 2005).

Observamos que cuando fueron informados por medio de un folleto ilustrativo, el 82% de las madres presentaron ansiedad baja y moderada, pero en ningún caso se presentó alta ansiedad. La ansiedad materna es considerada como un factor determinante en la conducta de los niños durante la consulta odontológica, sin perder de vista las vivencias negativas previas donde la experiencia del dolor dental también genera temor (Nuñez et al., 2006).

En el grupo de madres informadas por medio de video, el 65% presentaron baja y moderada ansiedad, dicho promedio comparado con el grupo donde se informó con folleto ilustrativo, el porcentaje de ansiedad fue mayor; en ambos grupos existen factores que no se tomaron en cuenta sobre la madre y sobre el niño, lo cual es una limitante en el estudio. La sociedad parece tener una imagen negativa del dentista, imagen casi siempre desagradable y dolorosa. Por mejor que haya sido la técnica anestésica y el cuidado del odontopediatra, es natural que la madre se sienta ansiosa al ver a su hijo "impotente" durante el tratamiento. También se cree que si la madre hubiera pasado por alguna experiencia dolorosa, juzgará el tratamiento de su hijo como más amenazador y agresivo con relación a la edad que éste presente (Albuquerque et al., 2007).

En la tercer tabla, el grupo dos donde las madres recibieron información antes del tratamiento odontológico mediante video descriptivo, presenta menor ansiedad en un 35%, sin embargo, no hubo diferencia significativa con el grupo uno que presentó la mitad de este porcentaje. Nuestros resultados coinciden con los de Peretz y Zadik (1999), en que un video descriptivo mostrado previamente a los padres sobre tratamientos dentales o técnicas de manejo conductual como fue en ese estudio disminuyen el grado de ansiedad y así mismo el reconocimiento de la

necesidad de la utilización de estas técnicas en los tratamientos de sus hijos. Sin embargo algunas investigaciones mencionan que podría también causar controversia, como es el caso de uno de ellos que mostro a los padres cintas de video que contenían segmentos de técnicas de manejo de comportamiento encontraron que la mayoría de los padres calificaron como inaceptables las técnicas farmacológicas, mano-sobre boca, Papoose Board® se aceptaron marginalmente (Havelka et al., 1992).

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

La conducta de los padres es el resultado de muchos factores y no todos se pueden llevar a cabo en una sola investigación, siendo el encuentro entre dentista y paciente infantil un fenómeno social altamente complejo. Para el niño representa no solo un experimento social con un nuevo adulto, sino también presenta un desafío en su programa de conductas establecidas, desde que el dentista a menudo solicita del niño una variedad de comportamientos cooperativos que no son comunes en la mayoría de los intercambios adulto- niño (Pinkham, 1981).

4.3 CONCLUSIÓN

1. Se concluye que en ninguna de las dos técnicas informativas utilizadas se presentó alta ansiedad en los padres de familia.
2. La edad de la madre y el género del niño no presentaron diferencia significativa.
3. Fue menor el porcentaje de ansiedad en el grupo padres mediante la utilización del video descriptivo (35%) en comparación con el folleto informativo (18%), pero no hubo resultados estadísticamente significativos.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Albuquerque, W., Nahas, M.S., and Abanto, J. 2007. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatologica Herediana*. 17(1):22-24.

Abushal, M., and Adenubi, J.O. 2009. Attitudes of Saudi parents toward separation from their children during dental treatment. *Saudi Dent J*. 21(2):63–67.

Al-Namankany, A., Souza, M., and Ashley, P. 2012. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J*. 212(5):219–222.

Allen, K.D., Hodges, E.D., and Knudsen, S.K. 1995. Comparing four methods to inform parents about child behavior management: How to inform for consent. *Pediatr Dent*. 17(3):180-186.

Armfield, J. 2010. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway. *Oral Health Prev Dent*. 8(2):107–115.

Bauchner, H., Vinci, R., and May, A. 1994. Teaching parents how to comfort their children during common medical procedures. *Arch Dis Child*. 70(6):548-550.

Capponi, R. 2002. *Psicopatología y semiología psiquiátrica*.

Castilho, A.R., Mialhe, F.L., Barbosa, T., and Puppim-Rontani, R.M. 2013. Influence of Family Environment on Children ' S Oral Health : A Systematic Review. *J Pediatr (Rio J)*. 89(2):116-123.

Chambers, D. 1970. Managing the anxieties of young dental patients. *ASDC J Dent Child*. 37(5):363–374.

Eaton, J.J., Mctigue, D.J., Fields, H.W., and Beck, M. 2005. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 27(2):107-113.

García, A., Parés, G., and Hinojosa, A. 2007. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Revista Odontológica Mexicana*. 11(3):135–139.

Grant, K., Compas, B., Stuhlmacher, A., Thurm, A., McMahon, S., Halpert, J. and Grant, E. 2003. Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*. 129(3):447–466.

Harper, S. 2011. Maternal anxiety and child behavioral problems: mediating and moderating processes. *Psychology Master's Theses*. Paper 5.

Havelka, C., McTigue, D.J., Wilson, S., and Odom, J. 1992. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques. *Pediatr Dent*. 14(6):376-381.

Hoelt, K.S., Barker, J.C., and Masterson, E.E. 2013. Maternal beliefs and motivations for first dental visit by low-income Mexican-American children in California. *Pediatr Dent*. 33(5):392–398.

Humphrey, G.B., Boon, C.M., Van Linden Van Den Heuvel, G.F., and Van de Wiel, H.B. 1992. The occurrence of high levels of acute behavioral distress in children and adolescents undergoing routine venipunctures. *Pediatrics*. 90(1):87-91.

Juarez, L.A., Retana, R., and Delgado, A.A. 2014. Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. *Revista ADM*. 71(1):9–15.

Kamp, A. 1992. Parent child separation during dental care: A survey of parent's preference. *Pediatr Dent*. 14(4):231-235.

Klingberg, G., and Broberg, A. 2007. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*. 17(6):391–406.

Kochanska, G., and Murray, K. 2000. Mother–child mutually responsive orientation and conscience development: From toddler to early school age. *Child Dev*. 71(2):417-431.

Mattila, M.L., Rautava, P., Sillanpää, M., and Paunio, P. 2000. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res.* 79(3):875-881.

McClure, E., Brennan, P., Hammen, C., and Le Brocque, M. 2001. Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent–child relationship in an Australian high-risk sample. *J Abnorm Child Psychol.* 29(1):1-10.

Nuñez, I., Parés, G., and López, R. 2006. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. *Revista Odontológica Mexicana.* 10(1):30–35.

Ogliari, A., Spatola, C., Pesenti-Gritti, P., Medda, E., Penna, L., Stazi, M., Battaglia, M., and Fagnani, C. 2010. The role of genes and environment in shaping co-occurrence of DSM-IV defined anxiety dimensions among Italian twins aged 8–17. *J Anxiety Disord.* 24(4):433-439.

Peretz, B., and Zadik, D. 1999. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent.* 21(3):201-204.

Petty, R.E., and Cacioppo, J.T. 1986. The elaboration likelihood model of persuasion.

Pinkham, J.R. 1981. Management of the encounter between dentist and parent. *ASDC J Dent Child.* 49(2):107-111.

Rapee, R. 2009. Early adolescents' perceptions of their mother's anxious parenting as a predictor of anxiety symptoms 12 months later. *J Abnorm Child Psychol.* 37(8):1103–1112.

Siegel, L. 1988. Measuring children's adjustment to hospitalization and to medical procedures.

Smith, M., Alarcon R., Mazzotti G., and Nicolini H. 2005. *Psiquiatría.*

Van den Berg, D., and Marcoen A. 2004. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Development*. 75(4):1085–1097.

Venham, L.L., and Gaulin-Kremer, E. 1983. A child-oriented philosophy of dental management. *Pediatr Dent*. 5(4):261–265.

Weinman, M. 1965. The child worshipers.

Whaley, S.E., Pinto, A., and Sigman, M. 1999. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol*. 67(6): 826–836.

Wilson, S., Antalis, D., and McTigue, D.J. 1991. Group effect on parental rating of acceptability of behavioral management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 13(4):200–203.

6 APÉNDICE.

TITULO DEL PROYECTO: Evaluación del grado de ansiedad de los padres de familia tras el uso de 2 técnicas de inibrmadón sobre tratamientos dentales en la sala de espera de la clínica de posgrado en Odontopediatría de la UAQ.

Investigador principal: Oscar Iván Anchondo Nieto de la especialidad de Odontopediatría en la Facultad de Medicina de la UAQ.

Nombre del paciente:
Edad del paciente:

Género del paciente:

Nombre del tutor:
Edad del tutor:

Padre o madre:

Favor de circular el índice de su elección.

Escala de Ansiedad Dental de CORAH - (DAS).

- | | |
|--|---|
| <p>1. ¿Si su hijo(a) tuviera que ir al dentista mañana como se sentiría?</p> <p>a) Estaría esperando una experiencia razonablemente agradable.</p> <p>b) No me importaría.</p> <p>c) Me sentiría un poco preocupada.</p> <p>d) Estaría con miedo que sea desagradable si él (ella) sintiera dolor.</p> <p>e) Estaría con mucho miedo de lo que el dentista podría hacer.</p> | <p>3. Su hijo(a) está en el sillón del dentista esperando mientras éste coge el "motorcito" para comenzar a trabajar en el diente, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada</p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p> |
| <p>2. Cuando está esperando al dentista en la sala de espera, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada</p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p> | <p>4. Su hijo(a) está en el sillón del dentista para una limpieza dental. Mientras usted está esperando que el dentista coja los instrumentales que usará para raspar los dientes alrededor de la encía, ¿Cómo se siente?</p> <p>a) Relajada</p> <p>b) Preocupada</p> <p>c) Tensa</p> <p>d) Ansiosa</p> <p>e) Tan ansiosa, que comienzo a sudar o sentirme mal.</p> |



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



Consentimiento informado para participar en un proyecto de investigación Biomédica

TITULO DEL PROYECTO: Evaluación del grado de ansiedad de los padres de familia tras el uso de 2 técnicas de información sobre tratamientos dentales en la sala de espera de la clínica de posgrado en Odontopediatría de la UAQ.

Investigador principal: Oscar Ivan Anchondo Neri, alumno de 2º semestre de la Especialidad en Odontopediatría de la Facultad de Medicina de la UAQ

Sede donde se realizará el estudio: Clinica de Odontopediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Nombre del paciente:

Nombre del padre o tutor:

A su hijo(a) y a usted se les está invitando a participar en este estudio de investigación biomédica. Antes de decidir si participan o no usted debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.



JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La conducta que exhibe el paciente infantil que acude a consulta dental está relacionada a la ansiedad de los padres. Actualmente se desconoce que técnica de información disminuyen la ansiedad de sus padres cuando están en la sala de espera durante la consulta de sus hijos, si el uso de videos descriptivos en la sala de espera o la entrega de folletos ilustrativos con los diferentes tratamientos en Odontopediatría

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar cuál de las 2 técnicas informativas: videos descriptivos o folletos ilustrativos disminuye la ansiedad en los padres de familia cuando se encuentran en la sala de espera, estas técnicas de información empleadas describirán la ruta clínica desde que su hijo entra a la clínica, como se realiza el procedimiento dental hasta que se le es entregado al padre una vez finalizada la consulta.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Al conocer que técnica de información disminuye la ansiedad de los padres, el especialista la podrá utilizar como herramienta para fortalecer el vínculo odontopediatra- pacientes-padres ya que el mayor apoyo para dar éxito al tratamiento integral odontológico en el niño, son los padres en casa. Además de que la comunicación también es importante para conocer más a fondo al niño, miedos y experiencias previas y así poder tener un panorama más amplio del comportamiento de los padres en la sala de espera

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si reúne las condiciones para participar en este protocolo y de aceptar participar se le realizarán las siguientes pruebas y procedimientos:

1. El paciente se presenta en la clínica acompañado de su padre, madre o tutor.
2. Una vez que el paciente sea ingresado al sillón dental, se le explicara al padre, madre o tutor el o los tratamientos que se realizaran en su hijo



3. De acuerdo al grupo que se le sea asignado se le pondrá en la pantalla de televisión de sala de espera un video descriptivo o se le entregará un folleto ilustrativo de los tratamientos ~~odontopediátricos~~ que cotidianamente se realizan en los pequeños pacientes, es decir, que es lo que el niño vive desde que el padre lo entrega con el médico tratante de la especialidad hasta que el mismo se lo entrega una vez finalizado el tratamiento.
4. Una vez que el padre termino de ver el video o de leer el folleto se le aplicará una encuesta de la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS - Dental Anxiety Scale) esto con el fin de saber con que técnica el padre disminuye su ansiedad al saber que es lo que su hijo está pasando dentro de la clínica en el sillón dental.

RIESGOS A SOCIADOS CON EL ESTUDIO

No existe ningún riesgo en la realización del estudio.

ACLARACIONES

- 1.- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- 2.- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación
- 3.- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión la cual será respetada en su integridad
- 4.- No tendrá que hacer gasto alguno derivado de este estudio, el financiamiento del mismo es por cuenta del investigador principal.
- 5.- No recibirá pago por su participación
- 6.- En el caso de que el paciente desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, tiene derecho a una indemnización, siempre que esto efectos sean consecuencia de su participación en el estudio.
- 7.- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- 8.- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con escrita confidencialidad por el grupo de investigadores.
- 9.- Usted también tiene acceso a las comisiones de investigación y de bioética



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



de la Facultad de Medicina de la UAQ en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio a través de:

Dr. Rubén A. Domínguez Pérez

Integrante del área Odontológica del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la UAQ. Correo: dominguez.ra@uaq.mx

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



NUMERO DE EOLIO: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

Firma del participante

Firma del padre o tutor

Fecha: _____

Testigo 1. _____

Testigo 2. _____

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____

La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación y la de su hijo (a). He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y repuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y firma del investigador: Oscar Ivan Anchondo Neri, alumno de 2º semestre de la especialidad en Odontopediatría de la facultad de medicina de la UAQ

Correo electrónico: dr.anchondoneri@gmail.com

Fecha: _____



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



Carta de revocación del consentimiento

Título del protocolo:

Investigador principal:

Sede donde se realizará el estudio: Clinica de Odontopediatria de la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Nombre del participante:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este proyecto de investigación por las siguientes razones (opcional):

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre y firma del padre o tutor: _____

Nombre y firma de un testigo: _____

Fecha: _____

c.c.p El paciente.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente).