



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA

INCORPORADA A LA UNAM
No. DE ACUERDO CIRE 12/11 DE FECHA 24 DE MAYO DE 2011
CLAVE 8968 – 22

“CONDUCTA ODONTOPEDIATRICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ESCOLARES QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS DEL NIÑO Y EL
ADOLESCENTE EN LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA”

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:
P.C.D. ITZEL MIRANDA BOBADILLA

ASESOR DE TESIS
E.O.P. JUANA GABRIELA ESPINOZA SUAREZ

IXTLAHUACA DE RAYON, ESTADO DE MEXICO, 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

Con gran amor y orgullo a mis padres, por todo lo que han hecho y hacen por mí, esperando algún día regresarles todo lo que me han dado.

Mami gracias por tus consejos y tu dulzura con la que me has apoyado siempre.
Papi gracias por tu esfuerzo, vamos por más.

Agradecimientos

A mis Padres.

Por todo el esfuerzo que han hecho a lo largo de mi educación y demostrarme lo importante que soy para ustedes dándome una profesión. Por los desvelos y los regaños, por su comprensión y amor, no dejando que me diera por vencida nunca.

A mis hermanos.

Por el apoyo que me dieron dentro de esta formación académica, ayudándome en las buenas y en las malas.

A mi esposo.

Por su comprensión y apoyo en este camino, por ser un pilar importante en mi vida y por siempre estar presente.

A mis maestros.

Les agradezco por guiarme en este trabajo y demostrarme lo importante que es superarse, a la Dra. Juana Gabriela Espinoza Suárez por sus consejos y la atención que me dio durante la realización de mi tesis, al Maestro Leopoldo Díaz por compartir sus conocimientos conmigo, a mis revisores por involucrarse en mi trabajo y ayudarme.



Universidad de Ixtlahuaca CUI
Departamento de Servicio Social

VOTOS APROBATORIOS

E.O.P. JUANA GABRIELA ESPINOZA SUÁREZ
Nombre y Firma Asesor de Tesis

Nombre del secretario (a)

Nombre del Vocal

Revisor (a)

M. EN C. LEOPOLDO JAVIER DÍAZ ARIZMENDI
Asesor Metodológico

C.D. MARY CARMEN SUÁREZ BENITEZ
Departamento de Servicio Social

“TRABAJO, EDUCACIÓN Y SUPERACIÓN”

M. en C. ELIZABETH SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
Directora Técnica



Universidad de Ixtlahuaca CUI
Departamento de Servicio Social

Nombre y Firma Asesor de Tesis

Asesor Metodológico

Departamento de Servicio Social

Dirección Académica

“TRABAJO, EDUCACIÓN Y SUPERACIÓN”

Índice

1. Marco Teórico.....	1
1.1 Generalidades de la Familia.....	1
1.2 Conducta en niños en edad escolar.....	3
1.2.1 Crecimiento emocional y conducta prosocial.....	3
1.2.2 Conducta de los niños relacionado al ámbito familiar.....	4
1.3 Conducta de los pacientes odontopediátricos.....	6
1.3.1 Escala del comportamiento según Frankl.....	8
1.3.2 Técnicas de manejo en pacientes odontopediátricos.....	9
1.3.3 Conducta de los pacientes odontopediátricos relacionado al ámbito familiar.....	11
1.4 Conceptos Básicos.....	15
2. Planteamiento del Problema.....	17
3. Justificación.....	19
4. Hipótesis.....	21
5. Objetivo.....	22
5.1 Objetivo General.....	22
5.2 Objetivos Específicos.....	22
6. Material y Métodos.....	23
6.1 Diseño de Estudio.....	23
6.2 Población y Universo de estudio.....	23
6.3 Muestreo.....	23
6.4 Criterios de.....	23
6.4.1 Criterios de Inclusión.....	23
6.4.2 Criterios de Exclusión.....	23
6.4.3 Criterios de Eliminación.....	24
6.5 Variables de Estudio.....	25
6.6 Procedimiento.....	26
6.7 Consideraciones Bioéticas.....	26
6.8 Análisis Estadístico.....	26
7. Resultados.....	28
8. Discusión.....	35
9. Conclusión.....	38
10. Referencias Bibliográficas.....	40
11. Anexos.....	42

1. Antecedentes

1.1 Generalidades de la familia

Aunque en la actualidad existe una amplia diversidad de formas familiares, podemos definir la familia como la unión y convivencia de unas personas entre las que existe un importante compromiso personal y entre las que se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (1).

La definición de familia existe desde los tiempos de Aristóteles se refiere al supremo bien de una ciudad, es una unidad absoluta y siendo ésta por naturaleza una pluralidad de lo que resulta que al progresar hacia una extrema unidad se convertirá de unidad en familia, de ello podemos predicar la unidad más que de la sociedad (2). La familia es el primer ámbito de socialización de los seres humanos. Es un sistema de relaciones integrado por un conjunto de personas que conviven de manera cotidiana, donde la comunicación permite expresar necesidades, deseos y sentimientos encaminados a un objetivo común: el bienestar familiar (3).

La familia es la única institución natural, la más importante de las instituciones sociales, esta y la educación son fundamentales para tomar conciencia de que no hay en toda la sociedad otra realidad educativa que contenga un poder de efectos tan penetrantes, tan amplios y duraderos (2). La familia entonces deberá proporcionar el primer y más importante contexto social, emocional, interpersonal, económico y cultural para el desarrollo humano y, como resultado, las relaciones tendrán una profunda influencia sobre el bienestar de los niños (4).

La estructura familiar ha cambiado de forma drástica y acelerada en los últimos años, lo que plantea nuevos retos. El aumento de los divorcios, de las familias reconstituidas, de mujeres que quieren ser madres solas por elección, de familias monoparentales, la aparición de la familia homosexual, el aumento de familias multiculturales, el retraso de la maternidad, la maternidad adolescente, la dificultad de hacer compatible el

mundo familiar y laboral, la custodia compartida, hacen más compleja la convivencia familiar y las tareas educativas (5). En la mayoría es inevitable que surjan conflictos y aunque a veces estos son saludables y mejoran el clima familiar, otras veces son muy dañinos y provocan sufrimiento a toda la familia (6).

La clave para definir a una familia funcional reside en la flexibilidad y el movimiento que permiten sus patrones característicos en respuesta al estrés (7). El trabajo, rendimiento escolar, salud y bienestar provienen de tener relaciones familiares aceptables. Todos los problemas individuales se deben considerar en contexto (8).

Cuadro I. Características de una familia funcional y una disfuncional

Familias Funcionales	Familias Disfuncionales
1. Cumplen de manera eficaz su función económica.	1. Se establece una relación demasiado abierta, de manera que se anulan los sentimientos de pertenencia familiar.
2. Se realiza una repartición equitativa de las tareas del hogar.	2. No existen reglas y límites claros, de manera que sus miembros no sabe cuáles son sus deberes y sus derechos.
3. Existe un equilibrio entre la pertenencia al grupo familiar y la individualización.	3. Suele haber problemas de comunicación
4. Límites claros.	4. Tienen roles y patrones de comportamiento demasiado rígidos que les impide adaptarse a los cambios.
5. Flexibilidad que facilita llegar a acuerdos y soluciones enfocados en el bienestar familiar.	5. Sus miembros no son empáticos y sensibles hacia los demás.
6. Comunicación clara.	6. Existe un escaso nivel de tolerancia.
7. Cada miembro se siente aceptado en el seno de la familia, encuentra una fuente de seguridad emocional.	7. Se practican comportamientos dañinos como la humillación, el desprecio la falta de respeto.

Fuente: Herrera, P. M. (1997) La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr; 13 (45).

1.2. Conducta en niños de edad escolar

1.2.1 Crecimiento emocional y conducta prosocial

La conducta hace referencia a una relación existente entre los elementos individuales necesarios para la organización del comportamiento y las consecuencias generadas por éste, de acuerdo con el estadio de desarrollo (9).

Los denominados problemas de conducta se convierten en una preocupación para las familias, y la sociedad en general. Aparecen cuando los niños tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina que les suponga no conseguir una satisfacción inmediata (10).

A medida que los niños crecen, toman más conciencia de sus sentimientos y de los de otras personas. Pueden regular, controlar mejor y responder a las emociones. La mayor parte de los problemas de conducta que muestran los niños pueden explicarse como un desajuste dentro de su contexto familiar o social (10) (12). A los siete u ocho años es común que tengan conciencia de los sentimientos de vergüenza y orgullo (11).

En la niñez media los niños tienen conciencia de las reglas de su cultura relacionadas con la expresión emocional aceptable (12). Los niños aprenden qué les hace enojarse, sentir temor o tristeza y la manera en que otras personas reaccionan ante la manifestación de esas emociones, y aprenden a comportarse en consecuencia. Cuando los padres responden con desaprobación o castigo, emociones como la irritación y el temor pueden hacerse más intensas y dañar el ajuste social de los niños (11).

Los niños con poco control voluntario se muestran muy enojados o frustrados cuando se les interrumpe o se les impide hacer algo que desean (1).

El crecimiento cognoscitivo que tiene lugar durante la niñez media permite a los niños desarrollar conceptos más complejos de sí mismo y mejorar la comprensión y el control emocional (13).

El abordaje de los niños con desórdenes de la conducta o comportamiento perturbador es siempre complejo y en la mayoría de los casos constituye un reto. Las dificultades se presentan en muchos ámbitos: situaciones y problemas en general complicados, falta de cooperación de los propios niños y de los adultos implicados (10).

1.2.2. Conducta de los niños relacionado al ámbito familiar

Cabrera, Guevara y Barrera, encontraron que las funciones de esposos y padres, tales como la satisfacción marital, la satisfacción paterna, el conflicto marital y el estrés paterno, son importantes en la explicación de la variabilidad de las conductas de ajuste psicológico de los hijos (4).

El ambiente familiar influye de manera decisiva en nuestra personalidad. Las relaciones entre los miembros de la casa determinan valores, afectos, actitudes y modos de ser que el niño va asimilando desde que nace (14).

Los niños de edad escolar pasan más tiempo fuera de casa en visitas y actividades sociales con sus pares que cuando eran pequeños. También pasan más tiempo en la escuela y en los estudios y menos en las comidas familiares que los niños de una generación anterior (12). Las horas familiares de comer se relacionan directa e indirectamente con la salud y el bienestar de los niños (11). El ambiente familiar más beneficioso para los niños es aquél en el que ambos padres tienen trabajos remunerados y ambos se involucran por igual en el cuidado de los niños y del hogar (15).

Para entender al niño en la familia es necesario examinar el ambiente familiar, su atmósfera y estructura (14). Éstos son afectados por lo que sucede más allá de las

paredes de la casa, que incluyen el trabajo y la posición socioeconómica de los padres, cambios en el tamaño de la familia, divorcio y nuevas nupcias, ayudan a configurar el ambiente de la familia y por consiguiente el desarrollo de los niños (11).

Un factor que contribuye a configurar la atmósfera familiar es si la familia brinda apoyo y es cariñosa o si está cargada de conflictos. El conflicto matrimonial y la crianza ineficaz; los niños expuestos a la discordia de los padres y la mala crianza tendían a mostrar altos niveles de:

- Conductas de internalización: Como ansiedad, temor y depresión
- Conductas de externalización: Como la agresividad, peleas, desobediencia y hostilidad (13).

Se ha visto que los factores más importantes que afectan a la vida de los niños son el bienestar económico (o falta de este) y la atmósfera familiar (si es cálida y afectuosa o es propensa a los conflictos) (11).

La mayor parte de las investigaciones dedicadas al desarrollo del niño se han centrado en la relación existente entre madre e hijo, olvidando la función del resto de la familia (2). El nivel socioeconómico puede perjudicar el desarrollo de los niños a través de su efecto en el estado emocional de los padres, métodos de crianza y el ambiente familiar que ellos crean (13).

El sistema familiar está compuesto por una serie de subsistemas relacionales que tienen un funcionamiento interdependiente. Las incidencias que puedan tener lugar en cada uno de estos subsistemas tienen repercusiones sobre el resto de subsistemas. En este sentido, por ejemplo, las características de la relación conyugal entre madre y padre incide en las relaciones madre-hijos/as y padre-hijos/as (1).

Los padres y hermanos sirven de modelos para la conducta correcta e incorrecta y ellos premian o castigan los comportamientos de los niños (2).

Los niños en edad escolar tienen menos posibilidades de desviarse ante la autoridad y de aceptar los deseos de sus padres cuando comprenden que son justos y contribuyen al bienestar de toda la familia y cuando comprenden que los padres saben más debido a su experiencia (15).

Los niños se benefician cuando hacen cosas con sus padres. Desarrollan las habilidades necesarias para practicar la sociabilidad y la intimidad lo que les permite obtener un sentido de pertenencia (13).

Las relaciones entre los padres y la manera como resuelven sus diferencias afecta al comportamiento de los hijos. Niños de cinco años cuyos padres estaban distanciados y malhumorados, fueron calificados a los ocho años por sus maestros como niños que se culpaban, estaban afligidos y se sentían avergonzados. Niños de cinco años con padres que se demostraban uno a otro desprecio, insultos o burlas, a los ocho años eran calificados como desobedientes, con mayor probabilidad de romper las normas (15).

La familia sigue siendo uno de los factores de socialización más importante para los niños, pues adquieren valores, expectativas y patrones de conducta a partir de sus familias de diversas formas (2).

1.3 Conducta de los pacientes odontopediátricos

El manejo de conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño (2). 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 (16).

El tratamiento seguro y eficaz de las enfermedades odontológicas, resulta de la interacción del dentista con el equipo odontológico, los pacientes, y los padres. El objetivo es disminuir el miedo y la ansiedad del niño y promover la comprensión de la necesidad de salud oral y el proceso para obtenerla (17).

La ansiedad, el miedo y la negación a la atención dental son situaciones que han afectado el tratamiento odontológico y se ha considerado frecuentemente como fuente de serios problemas para la salud oral de niños (18).

El miedo dental es un serio y amplio problema. En niños es frecuentemente la principal causa de problemas de manejo del comportamiento, de interrupciones del tratamiento (19).

Las reacciones de los niños a un tratamiento odontológico pueden ser influenciadas por diferentes factores como: edad del niño, su nivel cognitivo, personalidad, reacción a lo desconocido, experiencias previas, actitud del dentista, origen cultural y la ansiedad de los padres (17,19).

Los principales factores que contribuyen a la falta de cooperación pueden ser los miedos transmitidos por los padres, preparación inadecuada para el primer encuentro en el ambiente odontológico o prácticas familiares disfuncionales (17). 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 (20).





Además de establecer una relación con el niño y permitir la finalización exitosa de los procedimientos odontológicos, existen técnicas que pueden ayudar al niño en el desarrollo de una actitud positiva respecto a su salud bucal (17).

1.3.1 Escala del comportamiento según Frankl

Viktor Emil Frankl nació en Viena el 26 de marzo de 1905; En 1930, Frankl se graduó como médico en la Escuela de Medicina de la Universidad de Viena, ingresando a trabajar a la clínica psiquiátrica de dicha casa de estudios. Posteriormente, en 1936, se especializó en Neurología y Psiquiatría (21).

Frankl basándose en su teoría de la logoterapia (sentido de la vida), realizó una escala del comportamiento:

Cuadro II. Escala del comportamiento según Frankl

Definitivamente negativo F1		Rechaza el tratamiento, grita fuerte, es temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo externo.
Negativo F2		Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas.
Positivo F3		Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
Definitivamente positivo F4		Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

Fuente: Hernández, D. A. (2005) Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del paciente en la consulta odontopediátrica (34).

1.3.2 Técnicas de manejo en pacientes odontopediátricos

La motivación es uno de nuestros mayores retos, donde el odontólogo debe conseguir que lo que se les está enseñando a los pacientes sea aceptado e integrado en sus costumbres y conductas, para que de este modo se convierta en un hábito de salud (22).

El manejo de los diferentes comportamientos de los infantes se va a fundamentar en el conductismo que de acuerdo a la psicología se plantea que el comportamiento de dicha persona puede modificarse tomando en cuenta la alteración de las condiciones ambientales que rodearan al niño y basándose en el control de las emociones del infante (23).

Decir, mostrar, hacer

La técnica decir – mostrar - hacer es muy usada para que el infante se familiarice con el personal que trabaja en la consulta dental así también con los instrumentos y de los procedimientos que se realizarán, el profesional va a proceder a la explicación y a indicarle al niño todo lo que se le va a realizar en la consulta (23).

Indicaciones: Se puede utilizar en todos los pacientes.

Contraindicaciones: Ninguna.

Refuerzo Positivo

Esta técnica va a consistir en estimular al niño, es fundamental brindarle elogios, utilizando frases como "eres muy inteligente y me estas ayudando mucho" o "te comportaste súper bien hoy", e incluso se le puede dar un incentivo físico (regalo) (23).

Distracción - voz distracción

Tiene como objeto captar la atención del niño y estimular la imaginación con el propósito de distraerlo del procedimiento que se le vaya a realizar, utilizando objetos animados o muñecos de forma educativa esta técnica es muy recomendada para bebés y niños menores de 5 años, mientras que para los niños con edad preescolar son el uso de juegos de video, cuentos, historias (23).

El control de la voz

La atención del niño se gana con el cambio de voz, aumentando el tono durante la conversación para así captarla. Se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla, es muy importante tener el contacto visual. Está indicada en el niño que no coopera ni presta atención.

Sus limitaciones son los niños que no sean capaces de comprender debido a la edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional (23).

Modelado

Esta técnica se utiliza para disminuir los comportamientos negativos de la ansiedad estimulando así al infante a que se comporte de acuerdo a cada situación dentro de la consulta odontológica, de tal manera que intervenga la relación con otro niño del mismo género y un aproximado de edad para que el niño siga esta relación y tenga un buen comportamiento (23).

Inhibición latente

Este tipo de acondicionamiento es importante ya que tiene como objeto organizar el tratamiento de una manera más simple, existe una teoría que es la que inicia con el tratamiento del niño con una evaluación clínica, se explica la dieta que debe llevar el infante así como la importancia de una buena higiene dental colocación de fluoruro

todo en cuanto a procedimientos no curativos que no causen dolor ni temor al infante, esto ayudará al niño a tener la suficiente confianza con el especialista (23).

Restricción física

El movimiento de brazos, piernas, cabeza, resistencia durante el tratamiento son actitudes que presentan los bebés y preescolares, es por eso que la protección de este tipo de movimientos por medio de la restricción física será necesaria con el fin de impedir algún tipo de accidente, principalmente durante la colocación de anestésico o al momento de ingresar la turbina (23).

Mano sobre la boca

Esta técnica debe ser usada solamente con niños de más de tres años de edad que tenga un comportamiento muy difícil e inapropiado y será utilizado después de haber ocupado todas las otras técnicas habladas anteriormente. Para el uso de esta técnica se deberá explicar y tener el consentimiento informado firmado por el padre o representante del niño, para evitar futuros problemas legales, para la cual se va a recomendar que el padre o representado salga de la consulta durante la atención odontológica (23).

Es de suma importancia considerar que la presencia de los padres dentro del tratamiento odontológico no siempre será oportuno, ellos podrán estar presentes con el infante siempre y cuando ellos colaboren con el especialista y cuando obviamente no aumenten la ansiedad en el niño; la mayoría de los casos el pedir a la madre que se retire de la consulta ayudará al infante a obtener un comportamiento positivo para lo cual su gran recompensa será el regreso de su madre a la sala odontológica (23).

1.3.3 Conducta de los pacientes odontopediátricos relacionado al ámbito familiar

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) (20).

El odontólogo no puede controlar el desarrollo normal del individuo y el medio ambiente en el cual se desenvuelve. Estos incluyen la personalidad, el temperamento, la actitud y la relación con los padres, los estereotipos sociales que se tengan acerca del tratamiento odontológicos y los posibles antecedentes de abuso físico o maltrato, Aun así es importante reconocerlos e identificarlos con el fin de entender mejor al paciente y poder aplicar mejor las técnicas de manejo de conducta (2,24).

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. 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 (16).

La relación entre el padre, el odontólogo y el niño es muy importante porque ésta se basa en la confianza; es necesario que exista una buena interacción tanto con los representantes como con sus hijos, informando sobre los procedimientos que se van a realizar, sea en una o en varias sesiones dependiendo de la actitud del niño y de los problemas clínicos que éste presente (23).

Los niños más pequeños no suelen tener miedo a la visita al dentista y suelen cooperar en la consulta. En cambio, en la niñez intermedia, suelen tener más miedo. Esto puede ser debido al comportamiento de los padres. Si los niños ven que sus padres están nerviosos por ir al dentista, ellos también se vuelven ansiosos. En cambio, si los padres van al dentista sin mostrar ansiedad e incluso llevan a sus hijos a sus propias citas, es probable que los niños no lleguen a sentir miedo (25).

La cooperación del paciente es fundamental, ésta condición se puede lograr cuando el paciente confía en el profesional, y puede mantenerse si los padres o los cuidadores también tienen esta confianza, ya que las opiniones de los adultos influyen de un modo importante las vidas de los niños (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 (16).

En lo que refiere al comportamiento de los niños, específicamente en la consulta odontológica, se ha reportado que puede ser de tipo agresivo, histérico, temeroso o aprensivo. Estos comportamientos se han relacionado con las etapas de crecimiento y desarrollo de cada niño, las características de salud, las condiciones socio-culturales de los padres y otros elementos de influencia, no tan directa, pero que tienen importantes implicaciones (26).

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 odontólogo. Estos se pueden resaltar las relaciones de los niños con sus padres, profesores y otros niños en diversos contextos como la iglesia, instituciones laborales de los padres y la comunidad (16) (26).

La atención odontológica no puede estar sujeta a un parámetro fijo o protocolo de manejo pre-establecido, ya que cada niño es diferente, con un tipo de conducta específica y diversos trastornos de comportamiento existentes (26).

La percepción y la ansiedad que genera el tratamiento odontológico por parte de los padres, 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 (16). Hay cierto tipo de actitudes de los padres que influyen en algunas condiciones en el niño (27).

Cuadro III. Resultado de la conducta de los pacientes odontopediátricos relacionado a ciertas actitudes de los padres

Tipo de actitud en padres.	Descripción	Comportamiento en consulta
Sobreafecto	Más frecuente cuando son hijos únicos o fueron concebidos en una edad avanzada, niños adoptados, o si es el último integrante de la familia.	Va a demostrar un tipo de temor y recurrirá a su madre o representante para que este con él en ese momento, el niño se va a rehusar a abandonar a su madre le sujeta fuerte su mano o a su vez la abraza sin querer abandonarlo.
Sobreprotección	Será observada con mayor frecuencia en la madre quienes quieren proteger al niño impidiendo que se relacione con otros niños, dando argumentos como que le pueden hacer daño, contagiarlo de alguna enfermedad o simplemente ensuciarlo.	Se va a comportar de una forma autoritaria controlando la situación y sin compartir con otros niños de su misma condición, pretende manipular y guiar al especialista en todo lo que se le va a realizar, evitando los procedimientos odontológicos, este tipo de niños tienen falta de disciplina y por ende no colaboran.
Sobreindulgencia	Es la consecuencia del tipo de actitud que presentan los padres hacia sus hijos esto quiere decir que no les niegan nada. Los padres tratan de compensar las carencias de su infancia de tal manera que le dan todo a su hijo, también hay otro aspecto con este tipo de padres cuando ellos están solamente por periodos y eligen la vía de complacerlos para no tener dificultades con los infantes.	El resultado será que este niño sea exigente y demandante, como muestra de esto se verá reflejado las pataletas, y el llanto impidiendo que la atención odontológica se realice con normalidad.
Sobreansiedad	Se observa en las diferentes familias cuando los padres son jóvenes y no tienen experiencia o cuando tienen un hijo único que fue obtenido con demasiada dificultad. Se ejercerá sobre el niño sobreprotección y Sobreafecto motivados por la ansiedad y el temor.	El infante va a depender siempre de sus padres para cualquier toma de decisiones y para realizar ciertas actividades, siempre va a responder con cobardía, timidez ante las diferentes situaciones.
Sobreautoridad	Los padres van actuar de una manera posesiva para moldear a	El niño será inseguro, negativo y el especialista por lo tanto

	sus representados con un determinado comportamiento, imponiendo una disciplina muy inflexible, severa, cruel.	juega un papel de la persona con autoridad sobre él.
Falta de afecto	Es la indiferencia que van a presentar los padres de familia o representantes legales con el niño, este tipo de situación se va a manifestar cuando ellos no disponen de tiempo necesario para compartir y atenderlo.	El niño que es parte de este tipo de situación tiene como característica principal ser muy indeciso, tímido, retraído, tiene temor a varias cosas ya que se asusta con facilidad, entre otras características es llamar la atención, si el especialista le brinda suficiente afecto y cariño la relación puede ser de gran satisfacción tanto para el niño como para el odontólogo
Rechazo	Es la falta de afecto pero son más representadas por los celos que presentan los padres cuando el niño tiene más apego a uno de ellos, por la inmadurez, la falta de economía en el hogar, entre otras, este tipo de situaciones se verá reflejado con una actitud negativa de crítica constante, de disciplina muy exagerada, con castigos cotidianos.	Un infante imperioso, desobediente con las características de mando inexistente, mentiroso, propenso a dar pataletas, y hasta cierto modo adquirir vicios como el robo.

Fuente: Puebla (2016) Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediátrica (23).

Para el odontólogo siempre será de gran ayuda saber si es que los niños han estado en ciertas ocasiones enfermos en casa por periodos largos de tiempo, porque se puede verificar las conductas con actitudes indulgentes o sobreprotectoras por parte de los padres de familia, mientras que los infantes que por varios motivos se encontraron hospitalizados podrían tener una mejor adaptación a cualquier requerimiento que tenga relación en el campo de la salud (23).

1.4 Conceptos Básicos

Ansiedad: Sensación de nerviosismo, tensión o preocupación. Es una emoción normal que alerta al cuerpo para que responda ante una amenaza (28). Se activa cuando ciertos eventos o circunstancias son percibidos como amenazantes para nuestra integridad física o psicológica (29).

Nerviosismo: miedos e inseguridades que nos hacen dudar sobre el resultado de algo a lo que nos tenemos que enfrentar (29).

Miedo: Es la evaluación básica y automática de peligro (29). Una emoción básica que motiva conductas de protección, tanto para la supervivencia física como para la psicológica (30).

Estrés: Es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso, el estrés es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda (30).

Estrés post- traumático: Es una reacción del organismo a consecuencia de re-experimentar un acontecimiento vivido en el pasado que se repite con insistencia en el presente, ocasionado malestar y afectando a varias áreas personales de quien lo padece (30).

2. Planteamiento del problema

“Los problemas de conducta son fruto de interacciones complejas entre el niño y un entorno que siempre puede ser susceptible de modificación. Los avances científicos en la comprensión de estos problemas y en los métodos de tratamiento han demostrado que estos problemas pueden modificarse” (31).

Actualmente los facultativos de la salud bucal que no contamos con una especialidad, nos encontramos con dificultades para modificar la conducta de los pacientes pediátricos, en algunos casos son comportamientos fáciles de tratar, pero pueden existir situaciones complicadas en donde nos vemos envueltos en un verdadero reto, los niños en estos tiempos tienden o aprenden a controlar a los propios adultos, como a los padres de familia, profesores o incluso a sus médicos (32).

Debemos, como profesionales de la salud, encontrar la manera de diferenciar los tipos de pacientes pediátricos que se presentan en la consulta dental, esto con la finalidad de llevar a cabo los manejos de conducta de acuerdo a cada niño, también debemos recordar la importancia que dan los padres de familia o tutores en el comportamiento de los niños, esto es indispensable en el desarrollo social de los pacientes pediátricos (33,34).

Sin embargo, no solo debemos enfocarnos en el trato que le brindan los padres de familia a los pacientes en la consulta dental, sino como responden los niños ante ellos, es decir, de manera temerosa o tal vez y hasta cierto punto burlona, de igual manera deberíamos observar el ámbito socioeconómico, la vestimenta del niño, su actitud y la forma en cómo se desenvuelve durante la consulta (32).

“En la atención del niño no existen casos iguales, cada paciente es distinto, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular” (35).

De acuerdo a los resultados que obtengamos con observar estas actitudes o comportamientos tanto de los pacientes como los padres de familia podemos optar por una modificación de conducta, en caso de ser necesario, ¿cuántas veces nos hemos preguntado, por qué cada paciente se desenvuelve de manera diferente durante la consulta dental?, omitiendo el ámbito familiar en el que vive y crece (10).

El comportamiento de los pacientes influye mucho en la calidad del tratamiento dental, no podemos ofrecer un trabajo de calidad cuando ante nosotros se presenta un paciente inquieto, en estos casos ayuda mucho el tipo de relación padre-hijo ya que ellos podrían ayudar a que desde la primera consulta el niño muestre seguridad a la consulta dental y sea más sencillo para el odontólogo y el paciente pediátrico dar inicio a un tratamiento eficaz (19).

Es por eso que se debe analizar más a fondo el trato que se les debe dar a los niños, fijándonos en su tipo de nutrición, estatus socioeconómico, vestimenta, la relación y comunicación que existe en el hogar, sin crear prejuicios, en el presente estudio tomaremos en cuenta su relación con el núcleo familiar y si tiene relación directa un paciente F1 con una familia disfuncional, así como un F4 con una familia funcional.

Por todo lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la conducta Odontopediátrica y funcionalidad familiar en escolares que acuden a la clínica del niño y el adolescente en la Universidad de Ixtlahuaca?.

3. Justificación

La importancia de la salud bucodental en niños incide en que les permite desarrollar a plenitud sus capacidades, prevenir el riesgo de enfermedades incapacitantes y secuelas que pudieran significar un daño importante a lo largo de su vida. De ahí la importancia de los profesionales de la salud de rehabilitar a los pacientes pediátricos, pero cabe mencionar que la mayoría de estos pacientes se presentan, renuentes, ansiosos y aprensivos a recibir el tratamiento dental, limitando de esta manera la actividad del estomatólogo, por lo que debemos encontrar herramientas, métodos y técnicas que nos permitan identificar a estos pacientes con el objetivo de rehabilitar, prevenir y limitar el daño que causan las enfermedades bucales más comunes.

Es importante tener en mente lo importante que pudiera llegar a ser el ámbito familiar, la relación en la consulta dental, y las repercusiones que esto podría causar.

El cirujano dentista podría experimentar problemáticas a la hora de tratar a un paciente pediátrico, debido a sus actitudes o comportamientos que pudiera tener hacia el personal de salud, no obstante la respuesta de los padres acerca del tratamiento o técnicas que se apliquen en su hijo (a), son factores que influyen en la consulta odontopediátrica, debemos tener en cuenta que no todos los padres y/o pacientes son iguales.

Identificar el tipo de paciente, el tipo de padre tutor, ayudará a elegir el tipo de conducta que debemos tener o incluso determinar la clase de técnicas que vamos a aplicar en el mejoramiento de la consulta dental, y con ello mejorar la calidad del tratamiento.

La historia clínica podría no otorgar los datos completos para el manejo exitoso del paciente pediátrico, debemos abarcar también la forma en cómo llega al consultorio, la manera en cómo se desenvuelve con la persona que lo acompaña y con el tratante de la salud, de este modo podríamos llegar a saber el futuro que obtendrá a consulta y llevarla a cabo.

La importancia de realizar este estudio radica en recabar más datos, que nos permitan como tratantes de la salud, conocer de manera más completa al paciente pediátrico y poder mantener una relación más estrecha con el infante.

Por lo tanto el objetivo de este proyecto es determinar la conducta del paciente odontopediátrico relacionando la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, llevado a cabo en la Clínica del niño y el adolescente en la Universidad de Ixtlahuaca.

4. Hipótesis

H_1 = Los pacientes odontopediátricos en edad escolar que tienen un comportamiento desfavorable en la consulta dental están relacionados a una disfuncionalidad familiar.

H_0 = Los pacientes odontopediátricos en edad escolar que tienen un comportamiento desfavorable en la consulta dental están relacionados a una funcionalidad familiar.

H_A = Una disfuncionalidad familiar, no está relacionada en el comportamiento de los pacientes odontopediátricos en edad escolar en la consulta dental.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

- Determinar la conducta del paciente Odontopediátrico en edad escolar relacionado a su funcionalidad familiar de acuerdo a la escala de Frankl, en las clínicas del niño y el adolescente en la Universidad de Ixtlahuaca.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar una familia funcional y una familia disfuncional.
- Determinar si el sexo del operador influye en la conducta odontopediátrica en edad escolar.
- Realizar la propuesta de una técnica de manejo específica para cada paciente odontopediátrico en edad escolar de acuerdo su funcionalidad familiar.

6. Material y Métodos

6.1 Diseño de Estudio

Este proyecto de investigación será un estudio Transversal, descriptivo y observacional.

6.2 Población y universo de estudio

La población para el estudio estará constituido por los pacientes en edad escolar que asistan a las clínicas del niño y el adolescente en la Universidad de Ixtlahuaca CUI, Estado de México.

6.3 Muestreo

Por cuota y conveniencia

6.4 Criterios de:

6.4.1 Criterios de Inclusión

1. Pacientes que asistan a consulta del niño y el adolescente en la Universidad de Ixtlahuaca.
2. Niños en edad escolar, entre los 6 y 12 años.
3. Pacientes cuyos padres aceptaron y firmaron un consentimiento informado.
4. Niños con asentimiento informado.

6.4.2 Criterios de Exclusión

1. Niños cuyo estado sistémico no les permita participar en el estudio.
2. Pacientes que acudan por urgencia o dolor.

6.4.3 Criterios de Eliminación

- 1.- Pacientes o padres de familia quienes una vez aceptaron participar en el estudio decidan abandonarlo.

6.5 Variables de Estudio

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Cualquiera de los períodos en que se considera dividida la vida de una persona o cualquiera de dichos periodos por si solos.	Mediante la anamnesis del paciente odontopediátrico.	Cuantitativa	Razón
Conducta	Acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.	Mediante la anamnesis del paciente odontopediátrico.	Cualitativa	Ordinal
Funcionalidad familiar	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	Mediante la aplicación de cuestionarios (padre, madre, tutor y paciente odontopediátrico).	Cualitativa	Ordinal
Disfuncionalidad familiar	Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente.	Mediante la aplicación de cuestionarios (padre, madre, tutor y paciente odontopediátrico).	Cualitativa	Ordinal
Sexo	Se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino.	Mediante la aplicación del cuestionario y anamnesis del paciente, clasificando en: <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativo	Nominal

6.6 Procedimiento

Se plantearon los objetivos y la naturaleza de la investigación en la Universidad de Ixtlahuaca, se solicitó el permiso por parte de la M. en C. Elizabeth Sánchez Gutiérrez, directora de la Licenciatura de Cirujano Dentista (anexo 1), quedando así enterada de los cuestionarios a aplicar hacia los padres o tutores (anexo 2) y a los pacientes odontopediátricos (anexo 3) que asistieron a consulta en la Universidad de Ixtlahuaca.

En las diferentes clínicas brindadas en el período de Enero a Marzo se recabaron los datos correspondientes al estudio; A los padres de familia o tutores se les explicaron los objetivos de dicho cuestionario, así de este modo se les dio la elección de querer participar, firmando un consentimiento informado (anexo 4), y a los pacientes odontopediátricos que asistían se les dio un asentimiento informado (anexo 5).

Se realizó la recopilación de los datos obtenidos por los cuestionarios, clasificando a los pacientes con una conducta ideal (F4, F3), para conocer si su familia era funcional o disfuncional, así como a los pacientes con una conducta F2, F1 y ver el tipo de familia con la que convivían día a día.

6.7 Consideraciones bioéticas

Este estudio se llevó a cabo según la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la Salud, donde es de vital importancia guardar la confidencialidad de los datos de los sujetos de estudio.

“Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad”.

“Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad”.

6.8 Análisis Estadístico

Los resultados de este proyecto serán recolectados utilizados mediante el programa Microsoft Excel y analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 24.

7 Resultados

En el estudio se incluyeron a 145 individuos que asistían a la clínica del niño y el adolescente en la Universidad de Ixtlahuaca, para esto se ingresaron solo a los pacientes que asistían por primera vez a una consulta dental.

Se utilizó como instrumento de medición el APGAR FAMILIAR, el cuestionario tiene como finalidad evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en algún momento determinado; cada una de las respuestas del cuestionario tiene cierto puntaje, el cuál fue evaluado de forma individual, tanto como el de los padres como el de los niños.

El promedio de edad fue de 8.08 en niños y de 7.50 en niñas, con mayor frecuencia de niños en edades de 6 años (36.6%), los individuos fueron en su mayoría niñas 50.3%. En la tabla 1, gráfica 1 se muestra la cantidad de niños de acuerdo a su edad y sexo.

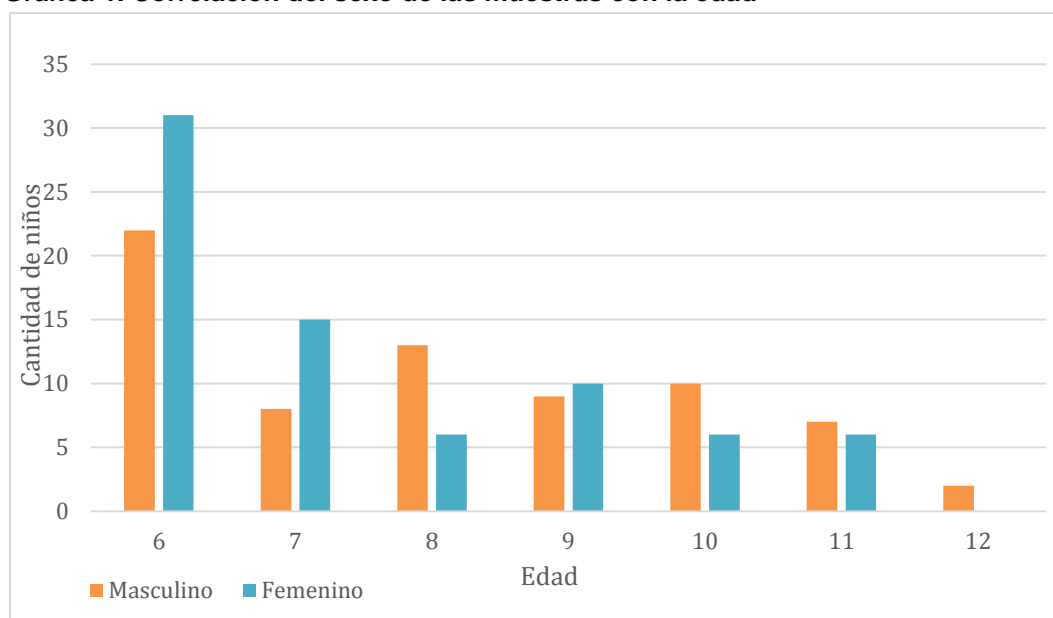
Tabla 1. Correlación del sexo de las muestras con la edad.

VARIABLE	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
n=	71	74	145
EDAD	8.08	7.50	15.58
6 años	22 31.0%	31 41.9%	53 36.6%
7 años	8 11.3%	15 20.3%	23 15.9%
8 años	13 18.3%	6 8.1%	19 13.1%
9 años	9 12.7%	10 13.5%	19 13.1%
10 años	10 14.1%	6 8.1%	16 11.0%
11 años	7 9.9%	6 8.1%	13 9.0%

12 años	2 2.8%	0 0.0%	2 1.4%
---------	-----------	-----------	-----------

Fuente: Propia

Gráfica 1. Correlación del sexo de las muestras con la edad



Fuente: Propia

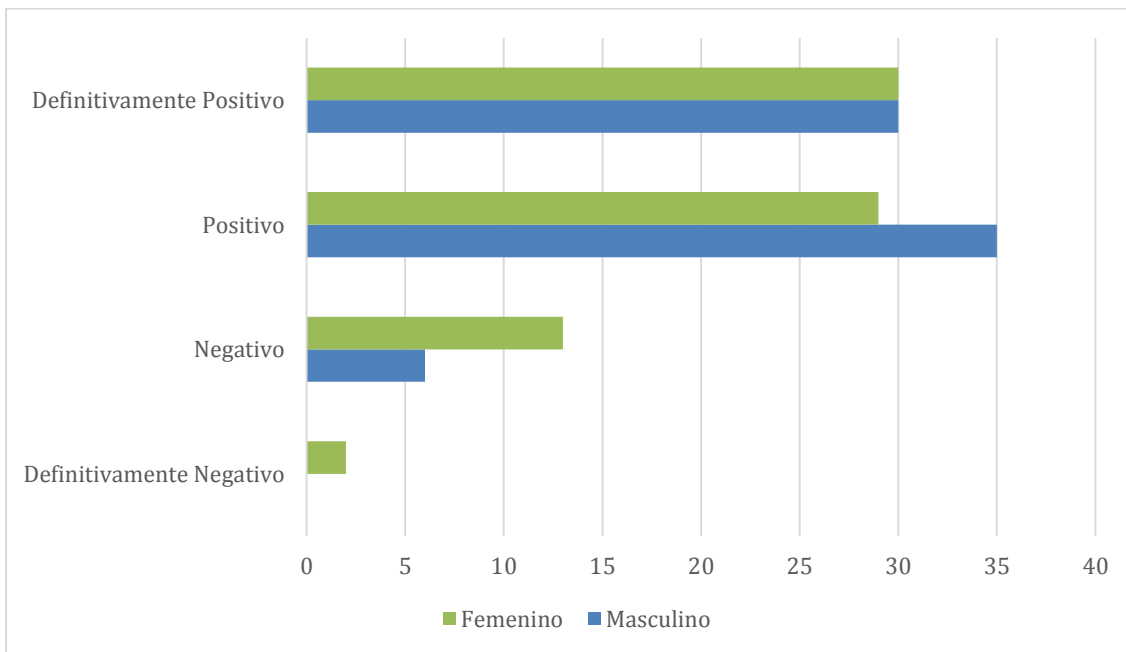
Considerando la escala de Frankl los resultados relacionando el sexo de cada individuo fueron los siguientes; definitivamente negativo, en niños se obtuvo un resultado de 0 mientras que 2 de las niñas que participaron en el estudio quedaron en este rango; negativo, 6 de los niños 4.1%, y 13 en niñas 8.9%; en la escala de positivo fueron los niños quienes se comportaron mejor ya que el resultado fue de 35 niños y 29 niñas; en el último rango definitivamente positivo fue un resultado igual ya que se observaron 30 niños y 30 niñas. En la tabla 2 y gráfica 2 se observan los resultados obtenidos de acuerdo a la escala de Frankl y el sexo de cada individuo que participó en el estudio.

Tabla 2. Correlación escala según Frankl y sexo de los individuos

FRANKL	Masculino	Femenino	Total
-Definitivamente negativo (F1)	0 0.0%	2 1.3%	2 1.3%
-Negativo (F2)	6 4.1%	13 8.9%	19 13%
-Positivo (F3)	35 24.1%	29 20%	64 44.1%
-Definitivamente positivo (F4)	30 20.6%	30 20.6%	60 41.2%

Fuente: Propia

Gráfica 2. Correlación escala según Frankl y sexo de los individuos



Fuente: Propia

Se realizó también una muestra del comportamiento de cada niño de acuerdo a la escala de Frankl contemplando el sexo del operador, para de esta manera obtener un resultado que nos llevará a concluir, si influía en la conducta de cada individuo que participo en el estudio, que haya sido atendido por el sexo femenino; con un comportamiento definitivamente negativo se obtuvo el resultado de 1 individuo; operador sexo masculino 1 individuo; en conducta negativo, operador sexo femenino

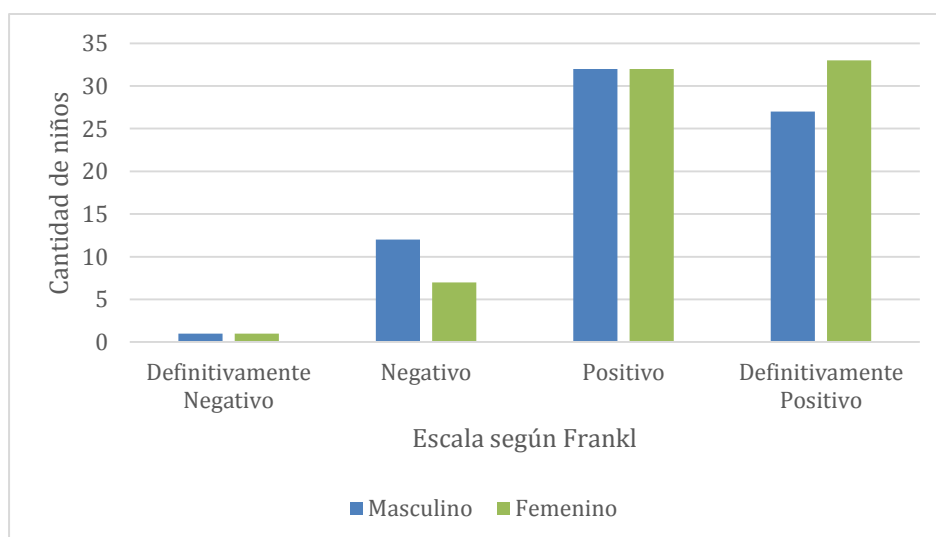
resultó 7 individuos y en sexo masculino 12 individuos; con un comportamiento positivo, operador sexo femenino se obtuvieron 32 individuos y con operador sexo masculino de manera igual 32 individuos; en conducta definitivamente positivo, operador sexo femenino resultaron 33 individuos y operador sexo masculino se obtuvieron 27 individuos. No se mostraron diferencias estadísticas al aplicarse la prueba de χ^2 ($p \leq 0.05$). En la tabla 3 y gráfica 3 se muestran los resultados obtenidos en la relación conducta según Frankl y sexo operador.

Tabla 3. Correlación conducta según Frankl y sexo operador

Factores	Definitivamente Negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente Positivo	$p \leq 0.05$
Sexo operador					
-Femenino	1 50.0%	7 36.8%	32 50.0%	33 55.0%	0.592
-Masculino	1 50.0%	12 63.2%	32 50.0%	27 45.0%	

Fuente: Propia

Gráfica 3. Correlación conducta según Frankl y sexo operador



Fuente: Propia

El resultado de la correlación entre el comportamiento según Frankl de los pacientes y la funcionalidad de los padres, se obtuvieron los siguientes resultados; definitivamente negativo; con una funcionalidad normal resultó 1 (0.68%) individuo, con una disfunción leve 1 (0.68%) individuo, disfunción moderada 0 individuos como en la disfunción severa 0 individuos; conducta negativo: funcionalidad normal 4 (2.75%) individuos, disfunción leve 8 (5.51%) individuos, disfunción moderada 7 (4.82%) individuos y disfunción severa 0 individuos; conducta positivo: funcionalidad normal 18 (12.41%) individuos, disfunción leve 24 (16.55%) niños, disfunción moderada 19 (13.10%) individuos y disfunción severa 3 (2.06%) individuos; con una conducta definitivamente positivo; funcionalidad normal 16 (11.03%) niños, disfunción leve 22 (15.17%) individuos, disfunción moderada 16 (11.03%) individuos, disfunción severa 6 (4.13%) niños. Al aplicar la prueba de χ^2 ($p \leq 0.05$) no se mostraron diferencias estadísticas. En la tabla 4, gráfica 4 se muestran los resultados obtenidos en la relación conducta Frankl y funcionalidad de los padres.

En el estudio se realizó de manera igual una encuesta a los pacientes de edad escolar, por lo que se hizo la relación de su conducta basándose en Frankl y el resultado de los datos recabados, obteniendo los siguientes datos; con una conducta definitivamente negativo, funcionalidad normal 1 (0.68%), disfunción moderada 1 (0.68%), disfunción grave 0; conducta negativo, funcionalidad normal 3 (2.06%), disfunción moderada 15 (10.34%), disfunción grave 1 (0.68%); conducta positivo, funcionalidad normal 26 (17.93%), disfunción moderada 31 (21.37%), disfunción grave 7 (4.82%); conducta definitivamente positivo, funcionalidad normal 21 (14.48%), disfunción moderada 38 (26.20%), disfunción grave 1 (0.68%).

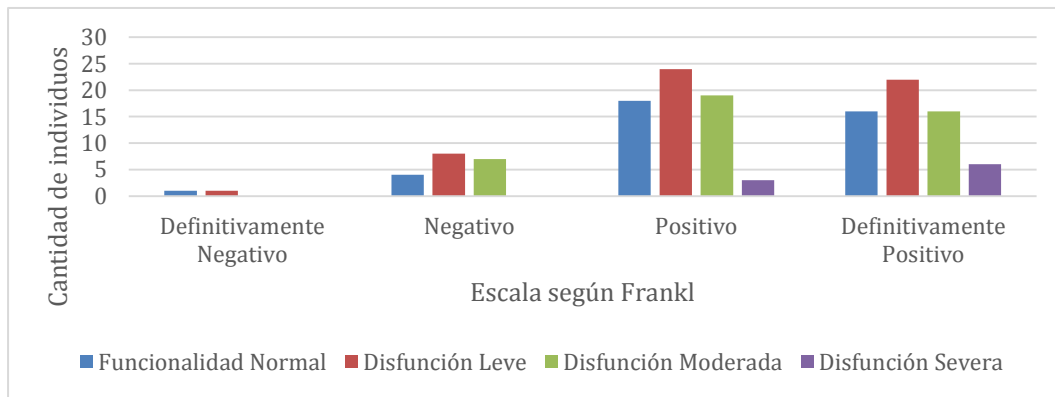
De igual manera se aplicó la prueba de χ^2 ($p \leq 0.05$) no obteniendo una significancia satisfactoria. En la tabla 4, gráfica 5 se muestran los resultados de los datos recabados, relacionando la conducta de los pacientes y el resultado de la encuesta aplicada.

Tabla 4. Correlación conducta según Frankl, funcionalidad padres y funcionalidad niños

Factores	Definitivamente Negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente Positivo	p≤0.05
Funcionalidad padres					
-Funcionalidad Normal	1 0.68%	4 2.75%	18 12.41%	16 11.03%	0.165
-Disfunción Leve	1 0.68%	8 5.51%	24 16.55%	22 15.17%	
-Disfunción Moderada	0 0.0%	7 4.82%	19 13.10%	16 11.03%	
-Disfunción Severa	0 0.0%	0 0.0%	3 2.06%	6 4.13%	
Funcionalidad niños					
-Funcionalidad Normal	1 0.68%	3 2.06%	26 17.93%	21 14.48%	0.61
-Disfunción Moderada	1 0.68%	15 10.34%	31 21.37%	38 26.20%	
-Disfunción Grave	0 0.0%	1 0.68%	7 4.82%	1 0.68%	

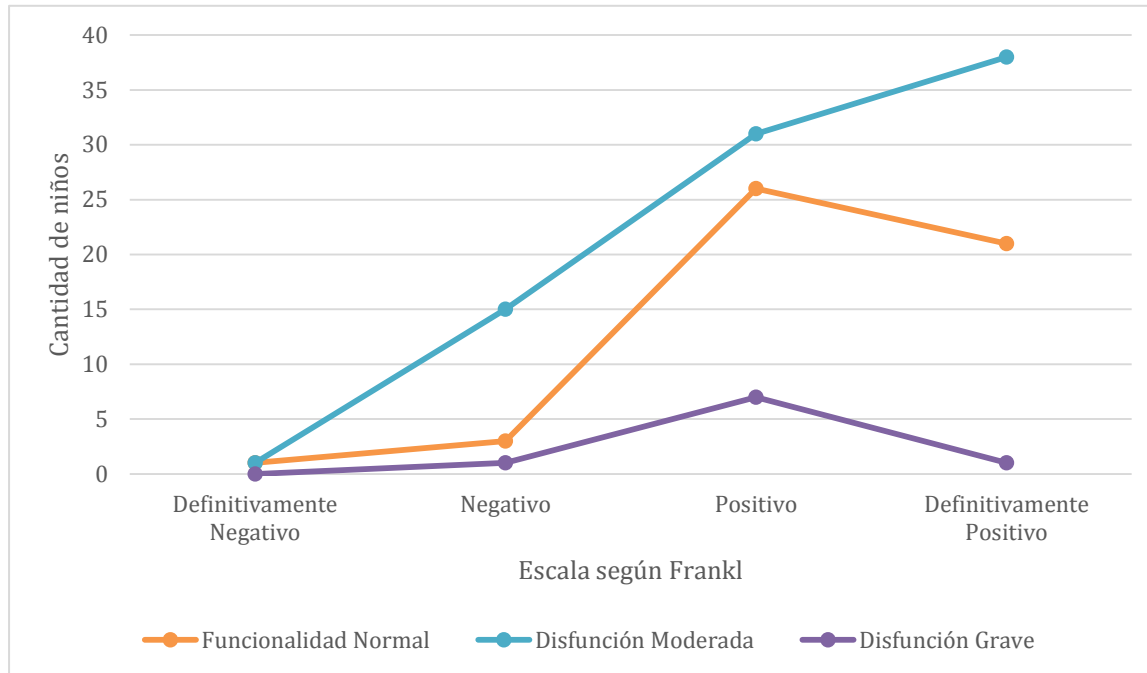
Fuente: Propia

Gráfica 4. Correlación conducta según Frankl y funcionalidad de los padres



Fuente Propia

Gráfica 5. Correlación según Frankl y funcionalidad de los niños



Fuente: Propia

Se realizó la prueba de Spearman tomando la correlación de la funcionalidad de los padres y la funcionalidad de los niños, encontrando una correlación nula. En la tabla 5 se muestran los resultados obtenidos de la correlación entre la funcionalidad de los padres y la funcionalidad de los niños.

Tabla 5. Correlación de la funcionalidad de los padres y la funcionalidad de los niños

Variable	Spearman
Funcionalidad padres	0.22
Funcionalidad niños	

Fuente: Propia

8 Discusión

Cuando un odontólogo se propone atender a algún paciente pediátrico muchas veces se ignora o no se le da la importancia al entorno familiar, manejo de la conducta de un paciente pediátrico es uno de los factores más importantes para el éxito del tratamiento dental (2).

Cuando un paciente pediátrico entra al consultorio es muy importante captar su forma de caminar, su seguridad e incluso su vestimenta, ya que eso podría ayudar bastante a los odontólogos a identificar el ambiente donde el niño se está desarrollando (36). Según la Organización Mundial de La Salud (OMS) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (37).

Se han realizado estudios donde se reporta que el ámbito en donde se desarrolla la consulta dental es determinante dentro de la atención estomatológica, lo importante que es establecer y mantener una buena relación odontólogo- paciente, para que esta conexión se dé, es de suma importancia mantener una correcta comunicación con el padre o tutor (2,38).

Así mismo, debemos reducir o quitar la ansiedad en los padres, cuando el odontólogo explica en términos coloquiales a los padres acerca del tratamiento hacia los pacientes, podemos establecer una buena relación y comunicación con ellos, por lo contrario cuando nos dedicamos a solo atender a los pacientes pediátricos sin platicar con los niños o los tutores, creamos ansiedad y miedo en ambos; los padres suelen tener más miedo en la atención dental. Weinstein y Nathan consideran de vital importancia incluir dentro del proceso de iniciación del paciente pediátrico en la consulta odontológica una serie de mecanismos que incluyen: orientación preventiva, ambiente controlado y seguro, permitir al niño la sensación de control, es por eso que en el desarrollo del estudio hubo comunicación con los padres y los niños en un inicio explicándoles de que manera podíamos prevenir tratamientos dolorosos e invasivos,

se mostró técnica de cepillado, y se les invito a asistir a consultas de control por lo menos cada 6 meses, a los pacientes pediátricos se les explicó cómo se iba a trabajar en ellos, calmando la ansiedad (39,40).

Mertensmyer, Fine, y Sandler, reportaron que los factores familiares e individuales tienen consecuencias negativas y que llevan a los niños a presentar problemas de comportamiento en los diferentes contextos de interacción en los que participan, por ejemplo dentro del estudio se observó a padres con un comportamiento negativo hacia el tratamiento dental, por lo que a la hora de observar la conducta de los niños, se percibía la misma ansiedad transmitida por los tutores (4).

La ansiedad en la visita con el odontólogo, crea una resolución ante una situación que atente contra su paz, o ponga al paciente en peligro según su concepción, esta definición fue propuesta por el doctor Al Namankany. Aunque no hay como tal un resultado que demuestre que la conducta de los pacientes odontopediátricos es por cuestión del ambiente en donde vive, si se sabe que afecta o influye en gran parte; una familia funcional o disfuncional puede influir en la integridad de sus miembros, logrando una estabilidad emocional o causar un factor de riesgo grave. El doctor Félix Larocca dice que una familia disfuncional asigna cerradamente sus criterios a los demás destruyendo la comunicación y la expresión natural y personal de cada uno y con ello, anulan su desarrollo como persona (41,42).

Las doctoras Cid y Montes de la Universidad de Ciencias Médicas dicen que la familia cumple roles esenciales y de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes y que el funcionamiento de la familia resulta un factor favorecedor de la salud de sus integrantes, se vieron ejemplos dónde los padres platicaban con los niños antes de entrar a consulta, exponiéndoles que era por su bien y que el operador no le haría ningún daño, de esa manera los pacientes entraban tranquilos y comprendían el tratamiento que se iba a realizar (43).

Se contemplaron a los niños que asistían solo por primera vez a una consulta dental ya que alguna experiencia previa podía afectar y alterar el resultado de este estudio, se desarrolló la investigación de manera observacional, contando con la opinión de la investigadora del estudio y de la Especialista en Odontopediatria a cargo, esto para evitar confusiones a la hora de evaluar la conducta de cada uno de los pacientes, además de que en los resultados el sexo del operador no influyo en la conducta de los pacientes por lo que no se tomó en cuenta su criterio en la clasificación de conducta hacia cada uno de los niños.

Cuando se obtuvieron los resultados del estudio, se observó que los niños con mayor edad se comportaban mejor en la consulta e incluso los del sexo masculino tuvieron en su mayoría una conducta de Frankl 4, ya que podían comprender mejor lo que el operador les explicaba. Un estudio previo llevado por el doctor Alfredo Cueto comprobó que los tratamientos dentales son más exitosos cuando platicamos con los escolares acerca del procedimiento que se llevará acabo (44).

No se mostró una diferencia estadística significativa, al relacionar el resultado de la funcionalidad de los padres con la conducta de los escolares. Sin embargo hubo más relación entre el resultado de la funcionalidad de los niños con el comportamiento que tenían en consulta, dentro del estudio se vieron diferentes casos en dónde la conducta del infante era mejor cuando había cuestiones de divorcio entre los padres, madres solteras, o incluso la ausencia de los tutores.

Lo que se buscó en este estudio es comprobar la relación entre una familia disfuncional y cómo afecta al niño en la consulta dental, no se comprobó estadísticamente por lo que se puede proponer que se sigan realizando estudios en alguna otra zona, ya que pudo influir que en la Universidad de Ixtlahuaca no hubiera bastante disfunción familiar o tomar más muestras para su estudio.

9 Conclusión

El comportamiento de los niños en su mayoría fue positivo y definitivamente positivo, en este estudio se observó que los pacientes tuvieron con menor frecuencia conductas negativas o definitivamente negativas, habiendo una diferencia considerable entre un F1 y un F4.

Se estudió el ámbito familiar según dos variables; funcionalidad de los padres y funcionalidad de los niños, donde la funcionalidad de los padres fue de normal a severa, mientras que la funcionalidad de los niños fue de normal a grave, no se encontró relación entre ambas funcionalidades, la funcionalidad que expresa el niño es distinta a la que expresa el padre.

Dentro de los factores que explican el comportamiento, ninguno mostro significancia estadística, ninguno demostró ser el factor principal, sin embargo la edad fue la que se relacionó más fuertemente con el comportamiento del niño, a mayor edad mejor comportamiento. El sexo del operador no fue factor para relacionar la conducta de los pacientes.

La funcionalidad de los padres y de los niños no mostró asociación con el comportamiento, siendo la funcionalidad de los niños la que mejor explicaba la conducta, en el siguiente patrón: a mayor disfuncionalidad mejor comportamiento en la consulta dental.

Posiblemente la funcionalidad sea aceptable, por lo que no es un factor tan determinante en la población estudiada, había factores más relevantes, posibles estudios podrán indagar estas variables en poblaciones con mayor disfuncionalidad.

El sexo masculino presento mejor comportamiento en la consulta dental que el sexo femenino, aunque se podría pensar que las niñas tienen mejor conducta de manera

general, el resultado demostró que hubo más niños en la clasificación según Frankl en positivo a diferencia de las mujeres.

10 Referencias Bibliográficas

1. Humano DED. La familia como contexto de desarrollo humano. Cambios y Evol la Fam. 2012;005-044.
2. García DME. Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar. 2010. 1-64 p.
3. Claudia Muñoz Campos. Familias tóxicas: características e impacto psicológico. 2015. 2:1–22.
4. MC Rodriguez. Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en niños Personal and familiar factors associated to behavioral problems in children. 2010;27(2000):437–48.
5. Marina JA, Holt J, Se B. El entorno familiar. *Pediatría Integr*. 2012;XVI(5):414–7.
6. Carlos Allende. Conflictos de familia. *Psicol la Univ del Salvador*. 2016;1–2.
7. Ira Glick. La familia como sistema. *Ter Fam*. 2012;1–11.
8. Adisli. El ámbito familiar. *Estilos Comun*. 2014;24–6.
9. Gómez Restrepo/ Hernández Bayona/ Rojas Urrego/ Santacruz Oléas/ Uribe Restrepo. *Psiquiatría Clínica*. 3a edición. Panamericana, editor. 2012. 233-237 p.
10. Lanzán GM. Trastornos de la conducta. *Esc Pedagógica*. 2011;3–148.
11. Feldman P. Desarrollo Humano. Duodécima e. Mc Graw Hill education, editor. 2013. 324-346 p.
12. Laura Mora. Desarrollo en la niñez media. 2015. 2014;1–2.
13. Yuritzan Molina. Desarrollo psicosocial en la niñez media. *Mindmeister*. 2016;6.
14. José María Lahoz García. La influencia del ambiente familiar. *Pedagogía*. 2013;42–4.
15. Ana Muñoz. Relaciones familiares y su efecto en los niños. *Cepvi*. 2015;1–2.
16. Castrill CV. Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica. Universidad Nacional de Colombia; 2013.
17. Denise Ascensão KlatchoianJúlio Carlos NoronhaOrlando Ayrton de Toledo. Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico. *Asoc Latinoam odontopediatría*. 2004;1–19.
18. Ivette Carolina Rivera Zelaya I; Antonio Fernández Parra II *. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Rev Latinoam Psicol*. 2005;v37:461–75.
19. Nahás F, Corrêa P, Ja A, Kmpc R, Bönecker M, Fnp C, et al. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. 2010;101–6.
20. Odontol R. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. *Rev Odontológica Mex*. 2006;10:30–5.
21. David Sirlopú. Consideraciones sobre el aporte de Viktor E. Frankl a la psicología y la psicoterapia. *Rev Neuro-Psiquiatría del Perú*. 2001;Tomo LXIV:147–55.
22. Carmen D, Quesada Á. La relación entre el odontólogo y los distintos tipos de pacientes.
23. Guarderas VA. Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediátrica de la clínica de la Universidad de las Américas. 2016;
24. Peretz B1 ZD. Parents ' attitudes toward behavior management techniques during dental. *Pediatr Dent*. 2009;3:1.
25. Ana Muñoz. La salud en la niñez intermedia. *cepvi*. 2015;v:1.

26. Rosa L, Amador T. Odontológica en un centro docente- asistencial, social skills and behavior in children during the dental appointment in a school teaching and dental assistance. 2015;27:86–107.
27. Muñoz DFE. Odontología Pediátrica. Amolca C, editor. 2004. 589-690 p.
28. Asco. Ansiedad. Am Soc Clin Oncol. 2016;22.
29. Navarro C. La ansiedad y los estados de nerviosismo. Psicología. 2013;1.14.
30. Adam. El estrés y su salud. Natl Libr Med. 2018;1–5.
31. Martín MÁL. Cómo intervenir en los problemas de conducta infantiles. Padres y Maest Publicación la Fac Ciencias Humanas y Soc. 2014;(356):37–44.
32. Manuel A, Gil C. Facultad de Estomatología de La Habana Dpto . Estomatología General Integral Revisión Bibliográfica “ Manejo psicológico del niño en la atención estomatológica .” 2015;(January 2006).
33. Paciente EL, Entorno YEL, Cultural SY, Paciente DEL. Tema 3 el paciente y el entorno familiar, social y cultural del paciente. 2011;1–19.
34. Correa DM, Salazar ES. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología , Universidad Cooperativa. 2013;
35. Josefa P. MP. Adaptación del niño a la consulta odontológica. 2002;36.
36. Psicolog MDE. Psicología Clínica Infantil. Man Psicol Infant. DOS VOLUME:1–419.
37. St OSE, Os AD. Constitución de la organización mundial de la salud 1. 2006;
38. Dr. José Apolo Pineda. Técnicas de manejo de la conducta de los niños. Universidad de Guataquil; 2010.
39. Torres DEA. Manejo del comportamiento del paciente niño en la consulta odontologica. Ortod Nac Resid. 2002;1:49–56.
40. G RA, C ML. La interacción paciente-dentista , a partir del significado psicológico de la boca. 2004;
41. Liseth Álvarez Carrasco. Estudio comparativo de conducta aplicando estrategia auditiva y visual en niños. UDLA; 2018.
42. Larocca FEF. familia-disfuncional. En Coronel Dorrego; 2009. p. 1,2.
43. María D, Rodríguez C, Rebeca D, Oca M De, Ofelia L, Díaz H. La familia en el cuidado de la salud Family in health care. :462–72.
44. Alfredo Cueto. Ansiedad del niño, de su tutor, del operador y el comportamiento que presenta el paciente en la clínica odontopediátrica. Andres Bello; 2016.
45. Herrera PM. Familia funcional vs. Familia disfuncional. Rev Cuba Med Gen Integr. 2010;13:1–4.

11 Anexos

11.1 Permiso firmado por la M. en C. Elizabeth Sánchez Gutiérrez



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

Ixtlahuaca, Estado de México a 09 de Enero 2019

M. en C. Elizabeth Sánchez Gutiérrez
Directora Técnica de la Lic. Cirujano Dentista, CUI.

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más cordial, para solicitar su apoyo y consentimiento para la aplicación de cuestionarios en las clínicas del niño y el adolescente en la Universidad de Ixtlahuaca, para realizar el proyecto de tesis “CONDUCTA ODONTOPEDIÁTRICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESCOLARES QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE EN LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA” que tiene como objetivo determinar la conducta del paciente odontopediátrico y su funcionalidad familiar, en un período de 6 meses, contando desde Enero del 2019 al mes de Junio del 2019, contando con el apoyo de la E. O. P. Juana Gabriela Espinoza Suárez como asesora.

Esperando contar con su apoyo me despido de usted con un cordial saludo.

E.O-P Juana Gabriela Espinoza Suárez

MCO. Leopoldo Javier Díaz Arizmendi

OPSS Itzel Miranda Bobadilla

11.2 Cuestionario aplicado a los padres o tutores de los pacientes odontopediátricos

ALUMNA: ITZEL MIRANDA BOBADILLA

Objetivo: El siguiente cuestionario pretende realizarse a fines de estudio sobre el comportamiento de los pacientes pediátricos relacionado a la funcionalidad familiar, por lo que se agradece su veracidad en las respuestas del mismo.

- Apartado exclusivo para (Mamá, Papá, Representante legal).
- Parentesco con el paciente odontopediátrico: _____

Favor de marcar con una X en el recuadro que se acerque a su respuesta.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad:					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades:					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor:					
Me satisface como compartimos en familia:					
1. El tiempo para estar juntos:					
2. Los espacios en la casa:					
3. El dinero:					

11.3 Cuestionario aplicado a los pacientes odontopediátricos

- Apartado exclusivo para el paciente odontopediátrico:

PREGUNTAS	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia:			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo:			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer:			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos:			

11.4 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA

Folio 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Investigador:

Fecha: _____

- P.C.D. ITZEL MIRANDA BOBADILLA

Hora: _____

Sitio donde se realizará el estudio:

- Universidad de Ixtlahuaca (CUI)

Hoja de información:

Se le pide amablemente responda un cuestionario que me permitan recolectar datos personales acerca de la funcionalidad en su familia, este cuestionario es de manera anónima, y será utilizado para fines de estudio, si tiene alguna duda respecto a esto, resolveré todas sus dudas.

ACEPTACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Estoy de acuerdo y me explicaron los métodos que se utilizarán en base a este cuestionario, por lo que declaro decir la verdad, y dar mi consentimiento para que se utilicen los datos en la investigación de tesis de la P.C.D. Itzel Miranda Bobadilla, deslindando de cualquier responsabilidad a la institución y a la pasante de cirujano dentista responsable.

FIRMA
PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

11.5 Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Itzel Miranda Bobadilla, y estoy realizando una investigación para saber más acerca de tu comportamiento y quiero pedirte tu ayuda.

Si tus padres y tú están de acuerdo con que participes en esta investigación, tendrás que hacer lo siguiente:

- Apoyarme contestando un pequeño cuestionario.
- Decir la verdad en cada respuesta que pongas.

Tu participación es libre, es decir, puedes participar si quieres o no, es importante que sepas que no estás obligado (a) a responder el cuestionario.

La información que tenga de ti o de tus padres será un secreto. Esto quiere decir que no le diré tus respuestas a nadie, y los resultados lo sabrán solo las personas involucradas en este estudio.

Si aceptas participar te pido de favor selecciones la carita feliz, y si no lo deseas selecciona la carita triste.



ACEPTO PARTICIPAR



NO ACEPTO PARTICIPAR

Fecha: _____

Hora: _____