



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE
ESCOLAR ATENDIDO EN LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA. UNAM. 2015.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DANIEL ALEJANDRO LÓPEZ DELGADO

TUTOR: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO



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.



Este trabajo y todo el trayecto de mi carrera se lo quiero agradecer a todas las personas que estuvieron conmigo, ayudándome y apoyándome para que saliera adelante y concluyera mi profesión.

A mi abuelito DESIDERIO DELGADO GARCÍA por instruirme como persona, cuidarme y educarme como su propio hijo, pero sobre todo por brindarme su cariño y sus consejos, donde quiera que te encuentres... te estaré eternamente agradecido.

A mi abuelita ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ por su amor incondicional, las enseñanzas de vida y porque a pesar de todo siempre ha estado conmigo. Cuidarme y educarme como tu propio hijo es la sensación más increíble y por todo esto y más... siempre te agradeceré hasta el fin de los tiempos.

A mi familia y sobre todo a mi padre VÍCTOR JAIME LÓPEZ SALAZAR y a mi madre MARÍA CONCEPCIÓN DELGADO GONZÁLEZ por su paciencia, apoyo y cariño que he recibido toda la vida, porque sin ustedes no habría llegado a este momento tan importante... mi corazón y mi mente les estarán agradecidos por siempre.

A mis amigos por impulsarme a salir adelante, porque a pesar de las adversidades y vidas con caminos diferentes, han estado ahí apoyándome, buscando la manera de dejar lo malo atrás y siempre ver hacia adelante persiguiendo los sueños con gran convicción.

A YAZMÍN HEIDI RODRÍGUEZ LORA porque gracias a todo tu apoyo, las ganas de ayudarme a salir adelante, sacarme de mi propia ambigüedad y enseñarme el camino para llegar a lo que soy el día de hoy. Sin importar lo que suceda en la vida de cada quien quiero agradecerte este momento de mi vida.

A la UNAM por brindarme un lugar y la oportunidad de estudiar en sus aulas para tener una profesión en mi vida.

Al Dr. SERGIO FERNANDO TABLADA LOZANO por permitirme hacer el estudio para este trabajo y concluirlo.

A la Dra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO por dirigir este trabajo y darme la oportunidad de aprender de sus enseñanzas y experiencias.

Por último, quiero agradecer a la vida por siempre darme nuevas oportunidades, porque de experiencias y situaciones me encuentro en el aquí y ahora, un momento en la eternidad en la que por muchas circunstancias es un orgullo ver al horizonte y querer llegar a vivir el futuro.

*Estar preparado es importante, saber esperarlo es aún más,
pero aprovechar el momento adecuado es la clave de la vida.
Arthur Schnitzler*



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
2.1 Comportamiento y comunicación del paciente pediátrico en la consulta dental	6
2.2 Ansiedad y estrés	7
2.2.1 Estrés y factores de riesgo	7
2.2.2 Ansiedad y factores de riesgo	8
2.3 Indicadores utilizados para medir comunicación y comportamiento del paciente pediátrico	10
2.3.1 Escala de evaluación de miedos en niños-subescala dental (Children's fear survey Schedule-dental subscale CFSS-DS)	11
2.3.2 Test de dibujos de Venham (Venham Picture Test VPT)	11
2.3.3 Escala de imagen facial (Facial Image Scale FIS)	11
2.3.4 Escala de Frankl	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4. JUSTIFICACIÓN	17
5. OBJETIVOS	17
5.1. General	17
5.2. Específicos	17
6. METODOLOGÍA	18
6.1. Material y método	18
6.2. Tipo de estudio	19
6.3. Población de estudio	19
6.4. Muestra	19
6.5. Criterios de Inclusión	19
6.6. Criterios de Exclusión	19
6.7. Variables	20
6.8. Variable: operacionalización	20
7. RESULTADOS	22
8. CONCLUSIONES	30
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
10. ANEXO	34



1. INTRODUCCIÓN

Cuando se atiende al paciente pediátrico es menester evaluar la cooperación que éste puede generar en una clínica dental en virtud a que no solo existen factores de riesgo inherentes a la práctica misma, sino que el aspecto emocional del paciente puede hacer placentera, o no, la actividad clínica.

Es bien sabido que algunos pacientes se han enfrentado a experiencias desagradables cuando se habla de médico u odontólogo ya que la asociación de la consulta con dolor es muy frecuente.

Los pacientes odontológicos y más aún los niños son sumamente susceptibles a emociones y hay que tener en cuenta que no hay pacientes “iguales conductualmente hablando”, factores de riesgo como condiciones socioculturales de los padres y características del consultorio (diseñado para adultos) inciden en el temor con el que el niño ya llega a la consulta, razón por la que las técnicas afectivas con manejo adecuado de comunicación ha sido lo recomendado por la Academia Americana de Odontopediatría aunque hay que tener en cuenta que no hay fórmulas mágicas sino odontólogos pacientes y empáticos.

Por otro lado es de vital importancia que las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos incluyan en sus programas de estudio aspectos sobre psicología del paciente infantil y manejo de conductas para que los egresados puedan ofertar una atención de mayor calidad, por esta razón, la



presente entrega se aboca a la determinación de la conducta que pueden desarrollar los pacientes en la atención odontológica.



2. ANTECEDENTES

2.1 Comportamiento y comunicación del paciente pediátrico en la consulta dental

En la práctica diaria de odontopediatría el comportamiento y la comunicación que se tiene con el paciente se vuelve algo esencial, implica tener conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño, así como también su entorno social y familiar. Con ello se puede obtener un manejo de conducta positivo y cooperador por parte del niño.^{1,2}

Con el fin de obtener una buena cooperación del niño, la odontopediatría se basa en técnicas de manejo de conducta como complemento de comunicación con el paciente.

En las técnicas comunicativas se requiere que el niño tenga la madurez suficiente para entablar una comunicación con su dentista, el cual empleara un lenguaje pediátrico de acuerdo a la edad del niño. Estas técnicas son: desensibilización, decir-mostrar-hacer, refuerzo.^{1,3,4}

De igual forma, existe un comportamiento negativo en la consulta dental, el cual puede ser provocado por ansiedad causada por miedo al dolor o a lo desconocido. Esto conlleva a tratamientos que no sean de la mejor calidad debido a que se puede requerir un mayor tiempo de consulta y también se corre riesgo de un daño físico y/o psicológico.¹

2.2 Ansiedad y estrés

La ansiedad y el estrés juegan un papel importante en la práctica odontológica, ya que pueden influir sobre el comportamiento y/o la cooperación del paciente.²

Un gran porcentaje de los niños en edad escolar muestran actitudes negativas frente a la odontología, que deben eliminarse en vista a tratamientos futuros.

El éxito no solo depende de la habilidad del profesional, sino de la capacidad de conseguir cooperación por parte del paciente pediátrico.³

2.2.1 Estrés y factores de riesgo

El estrés se define como una reacción fisiológica del organismo basado en mecanismos de defensa ante situaciones de tensión. Se presenta de forma más intensa cuando existe un desequilibrio en el individuo y esto influye en el comportamiento.⁵

Imagen 1. Estrés crónico



Fuente 28

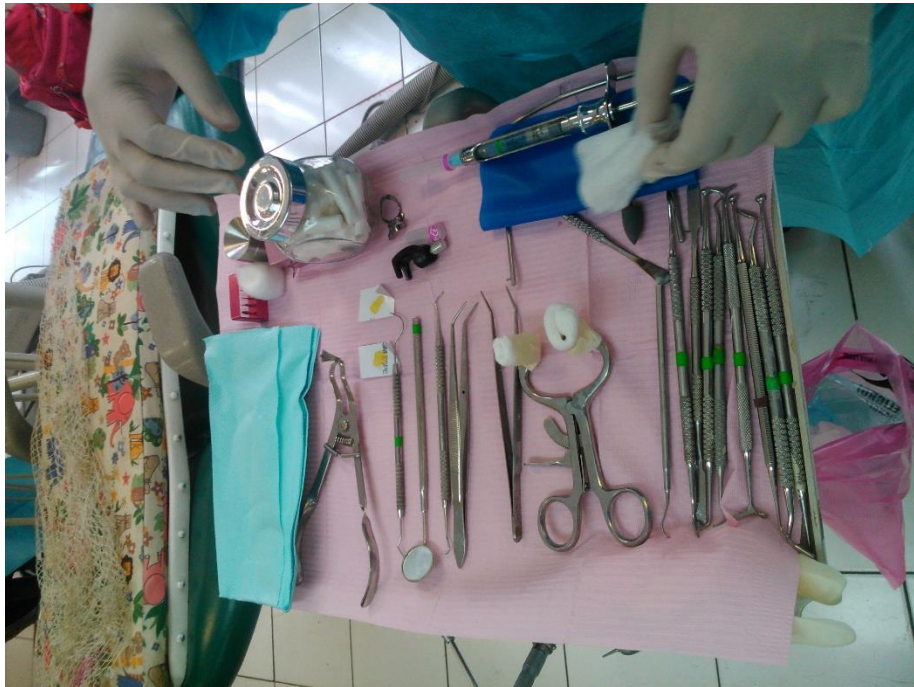
Intervienen factores de intensidad, duración e imprevisibilidad que normalmente originan el estrés, como ejemplo de estos tenemos al temor a ser anestesiados y miedo a lo desconocido.^{5,6}

Hay diferentes factores de riesgo dentro de la consulta dental que nos llevan al estrés del niño:

- a) No comprender la causa y síntomas de su lesión.
- b) Participación de personas extrañas en los procedimientos.
- c) Agujas utilizadas en la anestesia.
- d) Instrumentos filosos presentes.
- e) Maniobras aversivas en la atención dental.⁷

Imagen 2

Instrumental odontológico cotidiano en práctica odontopediátrica.



Fuente directa

2.2.2 Ansiedad y factores de riesgo

La ansiedad se define como un patrón de conducta de activación fisiológica en respuesta a estímulos internos y externos, estos pueden presentarse antes o durante el procedimiento odontológico.

Es una sensación de peligro individual y subjetiva que genera un impacto significativo en la vida, en muchas ocasiones no se identifican las razones del sentimiento de miedo y esto agrava la angustia manifestada.^{8,9}

Existen diversos factores que desencadenan el estado de ansiedad, pueden ser directos (como el miedo a la pieza de mano, la anestesia o al instrumental) o indirectos (como escuchar experiencias traumáticas de los demás, una imagen negativa de la odontología en medios de comunicación o dibujos animados).⁹

Imagen 3. Ansiedad ante la consulta



Fuente 29

La ansiedad se manifiesta con tres componentes de respuesta separados, pero que interactúan con entre ellos:

1. Sistema motor: Implica conductas motoras (tartamudear, temblar, etc.) o de medio de escape (huir, alejarse, etc.)
2. Cognitivo: Aquello que el paciente piensa o siente en la situación (temor, malestar, etc.).
3. Fisiológico: Aumento del gasto cardiaco, presión sanguínea, etc.³

Diversas causas se pueden dar dentro de la consulta dental que nos llevan a la ansiedad del niño:



- a) Experimentación del dolor al tratamiento
- b) Falta de tiempo para acostumbrarse a lo desconocido
- c) Ausencia de confianza con el odontólogo y sus asistentes
- d) Temor de los padres
- e) El enfoque de los padres a que el dentista es un castigo^{3,9,10}

2.3 Indicadores utilizados para medir comunicación y comportamiento del paciente pediátrico.

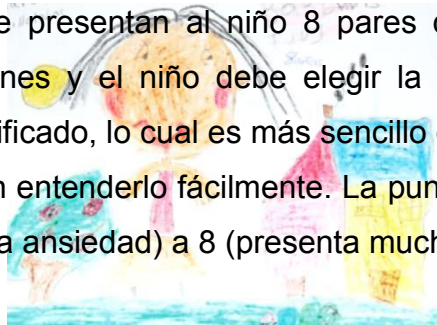
Tabla 1. Instrumentos utilizados para identificar la ansiedad en niños.		
Autor	Medición	Índice
Dr.Spencer N. Frankl (1962)	Escala de Frankl	1: definitivamente negativo 2: negativo 3: positivo 4: definitivamente positivo ¹¹
Venham (1979)	Test de Dibujos de Venham (Venham Picture Test VPT)	I: 0 (no presenta ansiedad) II: 8 (presenta mucha ansiedad) ¹²
Cuthbert (1982)	Escala de Evaluación de Miedos en Niños-Subescala Dental (Children´s Fear Survey Schedule-Dental Subscale CFSS-DS),	Rango de 15 a 75 Iguales o mayores a los 45 puntos ansiedad alta. ¹³
Buchanan y Niven (2002)	Escala de imagen facial (Facial Image Scale FIS)	1 es mucha infelicidad 5 es mucha felicidad ¹⁴

2.3.1 Escala de evaluación de miedos en niños-subescala dental (children's fear survey schedule-dental subscale CFSS-DS)

El CFSS-DS es un cuestionario que tiene la finalidad de identificar la ansiedad dental, hecha para niños entre 4 y 12 años de edad, en la que responden 15 reactivos de tipo Likert y varían de 1 a 5, donde 1 es que no presentan miedo y 5 presentan mucho miedo. Las puntuaciones están en un rango de 15 a 75 en el cual si son iguales o sobrepasan los 45 puntos el niño encuestado presenta ansiedad alta. Sin embargo, es limitado, ya que los niños menores de 6 años cuentan con un menor desarrollo de la comprensión de instrucciones, así como menor capacidad de lectura que uno mayor, esto puede dificultar que los resultados sean totalmente veraces.^{10,13}

2.3.2 Test de dibujos de Venham (Venham Picture Test VPT)

En el VPT se le presentan al niño 8 pares de figuras que reflejan distintas emociones y el niño debe elegir la imagen con la que se siente más identificado, lo cual es más sencillo en su aplicación ya que los niños pueden entenderlo fácilmente. La puntuación de la escala va de 0 (no presenta ansiedad) a 8 (presenta mucha ansiedad).^{10,12}

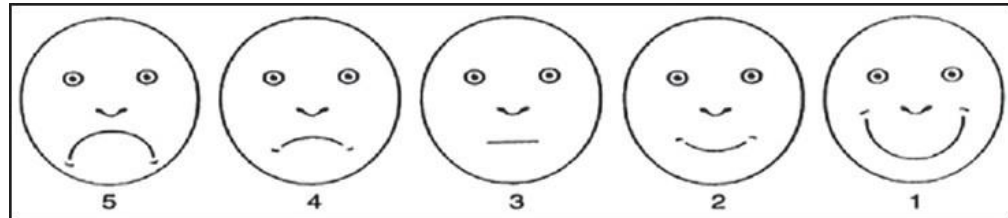


2.3.3 Escala de imagen facial (Facial image scale FIS)

El FIS puede ser aplicado en niños desde los 3 a los 18 años, consta de una hilera de 5 caras que muestran distintas expresiones en el cual el 1 es mucha infelicidad y el 5 es mucha felicidad, se le pide al

paciente que indique con que expresión se siente más identificado en el momento.^{10,14}

Imagen 2. Escala de Imagen Facial



Fuente: 14

2.3.4 Escala de Frankl

Es una escala que permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante a consulta odontológica, diseñada para medir el nivel de ansiedad y utiliza una equivalencia numérica de comportamiento:

- 1: definitivamente negativo
- 2: negativo
- 3: positivo
- 4: definitivamente positivo.¹¹

I de Frankl (definitivamente negativo)

El niño rehúsa el tratamiento, presenta llanto constante, expresa miedo o cualquier otro signo negativo.



II de Frankl (negativo)

El niño se resiste a aceptar el tratamiento, no coopera, muestra actitud negativa no constante.

III de Frankl (positivo)

Existe aceptación del tratamiento, pero el niño se encuentra cauteloso, sigue instrucciones con actitud reservada.

IV de Frankl (definitivamente positivo)

El niño es completamente colaborador, tiene buena comunicación, se interesa por los procedimientos, sonríe y agradece.¹¹

Por su simplicidad y gran ayuda para categorizar al paciente, esta escala es ampliamente usada en la práctica diaria y también como base o auxiliar en investigaciones sobre ansiedad, miedo y/o conducta o comportamiento.¹⁵

El éxito en la atención odontológica en niños es multifactorial algunos de ellos son la actitud del operador, la expectativa el paciente y las condiciones del ambiente clínico. La cooperación del paciente es muy importante para llevar a cabo el tratamiento, este puede estar basado en experiencias previas o el tipo de atención. El profesional debe considerar al niño como un sujeto en desarrollo, y debe dar importancia en los aspectos físicos y psicológicos además del entorno cultural y social. El comportamiento del niño dentro de la consulta dental está influenciado de manera notable por el apego que tienen con sus familiares.



La falta de tiempo de adaptación del niño al sillón dental produce en muchas ocasiones la falta de cooperación por parte del paciente, la dificultad del tratamiento y la ausencia de comunicación llevan a la necesidad de emplear técnicas de restricción física.²⁶

Para el profesional la primera visita odontológica del niño debe ser muy importante, ya que debe tratar de obtener una buena experiencia del paciente con la finalidad de que en el futuro no se convierta en miedo y se origine algún trauma o fobia al dentista.

Obtener un buen ambiente para la consulta tiene varios objetivos como son:

- La confianza que se debe crear entre paciente-operador
- Establecer un área fuera del consultorio, integrando al niño para alentarlos al desapego de sus padres
- Disminuir la ansiedad del niño ante la espera de la consulta dental

El odontólogo es la máxima autoridad en la consulta y por consiguiente debe mostrar el ejemplo para todo el personal. Establecer una buena comunicación es el objetivo principal con el paciente pediátrico y lenguaje utilizado para esto dependerá de la edad del niño. Si se encuentra personal auxiliar para el tratamiento se debe contar con buena capacitación para obtener un buen tratamiento.

La conducta varía dependiendo de la edad que tenga el niño, los más pequeños muestran una dependencia a la madre y conforme es mayor la edad se suscitan diferentes eventos como, curiosidad, imitación, confianza en sí mismo, o la pérdida de interés.



Ante la necesidad de una primera cita agradable, es indispensable tomar en cuenta que el tipo de tratamiento a realizar por el que se debe comenzar debe ser sencillo e ir en aumento de complejidad a menos de que se encuentre en un estado de urgencia.

Existen técnicas comunicativas para disminuir el grado de ansiedad y así lograr una buena conducta del niño:

- Decir, mostrar, hacer. Explicación al niño del tratamiento, enseñarle el instrumental y simular lo que sucederá.
- Desensibilización: Usada para disminuir temor y tensión. Iniciando por los procedimientos menos amenazantes dejando los difíciles para más adelante.
- Modelamiento: Es un cambio de comportamiento que resulta de la observación de otro paciente, buscando disminuir la ansiedad volviendo lo desconocido a conocido a través de la experiencia buena de otros.
- Reforzamiento positivo: Se busca reforzar el comportamiento que se desea, es necesario aplicar el refuerzo inmediatamente y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento.²⁷



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que la consulta odontológica genera en el paciente miedo y ansiedad debido al temor a lo desconocido, dentro de la consulta hay factores que desencadenan la ansiedad en el paciente tales como el dolor, la anestesia o simplemente la presencia de instrumentos filosos.

El color de la vestimenta y el lenguaje se han reportado como factores importantes que generan una actitud negativa hacia la consulta dental por parte del paciente pediátrico. El entorno que tiene el paciente basado en las experiencias previas o las experiencias ajenas contadas por sus familiares son situaciones que crean el estado de ansiedad en el paciente pediátrico. Cuando el paciente pediátrico se siente amenazado, el cambio conductual es evidente ya que manotea, cierra la boca impidiendo el tratamiento, se baja del sillón, avienta el instrumental y llora. Esto se agrava si el profesional no cuenta con estrategias de control y comunicación, y en los planes de estudio no se contempla el conocimiento de diferentes indicadores de conducta que el paciente puede desarrollar y se traduce en técnicas aversivas de enfoque físico como el uso de abre bocas, el uso de malla, mano sobre boca. Por lo tanto el cuestionamiento:

¿es factible determinar el perfil de conducta que desarrolla una muestra de pacientes pediátricos atendidos en la Clínica de Odontopediatría antes y después de la consulta dental aplicando la escala de Frankl?



4. JUSTIFICACIÓN

Realizar un estudio que facilitará interpretar los criterios propuestos por Frankl para identificar la conducta que el paciente pediátrico desarrolla en el consultorio permitirá que se pueda incluir este aspecto como parte de la formación académica en el nuevo plan de estudios de la carrera de Cirujano Dentista impartida en la Facultad de Odontología.

Enfatizando la importancia del conocimiento de la psicología del paciente pediátrico antes de su primera consulta dental, ya que esto puede conllevar a un tratamiento ameno y un trabajo exitoso.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el comportamiento del paciente escolar que recibe atención en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología mediante la escala de Frankl.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la comunicación y comportamiento de los encuestados por edad y sexo.
2. Determinar la comunicación y comportamiento de los encuestados dependiendo del tipo de tratamiento.

6. METODOLOGÍA

6.1 Material y método

El presente estudio se realizó en la Clínica de Odontopediatría durante el periodo comprendido del 29 de febrero al 4 de abril del 2016.

Imagen 4. Clínica de Odontopediatría FO. UNAM.



Fuente directa

Participaron 18 pacientes escolares masculinos y femeninos a los cuales se les aplicó una historia clínica que incluía la clasificación de Frankl a fin de conocer el perfil de comportamiento que estos pacientes desarrollaron durante la consulta dental. Para tal efecto se diseñó un formato de encuesta que contenga la identificación de la ansiedad basado en el comportamiento durante la consulta dental de acuerdo a la escala de Frankl.



Se recabó información en pacientes de 1° vez para identificar el tipo de comportamiento ansioso en base a la escala de Frankl en la primera cita y posteriormente se la recabo información de los mismos escolares en su 2° cita para identificar los cambios adquiridos basado en su primera experiencia. La información se obtuvo previo consentimiento informado.

Para procesar la información su posterior análisis y diseño de gráficas. se utilizó el programa Excel.

6.2 Tipo de estudio

Corresponde a un estudio descriptivo

6.3 Población de estudio

Pacientes escolares que recibieron atención dental al servicio de Odontopediatría durante el periodo comprendido del 29 de febrero al 4 de abril del 2016

6.4 Muestra

18 Pacientes: 11 Femeninos, 7 Masculinos

6.5 Criterios de inclusión

- Pacientes cuyos padres firmaron el consentimiento informado
- Pacientes que recibían su primera cita en el consultorio dental

6.6 Criterios de exclusión

- Pacientes que no asistieron a la segunda revisión.



- Pacientes cuyos padres no firmaron el consentimiento informado
- Pacientes que asistían a su última cita cuando se comenzó el estudio

6.7 Variables de estudio

- Independiente: ansiedad generada por la consulta
- Dependiente: actitud frente la consulta

6.8 Variable: operacionalización

Variable	Conceptualización	Operacionalización
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Se determinó en años cumplidos
Género	Manera en la que la persona ejerce su sexualidad y que se presupone puede ser diversa.	Se determinó como masculino y femenino
Comportamiento del paciente/ansiedad	Manera de comportarse de una persona en una situación determinada/ patrón de conducta de activación fisiológica en respuesta a estímulos internos y externos	Se determinó en función a los criterios de la clasificación de Frankl I: El niño rehúsa el tratamiento, presenta llanto constante, expresa miedo o cualquier otro signo negativo. II: El niño se resiste a aceptar el tratamiento,

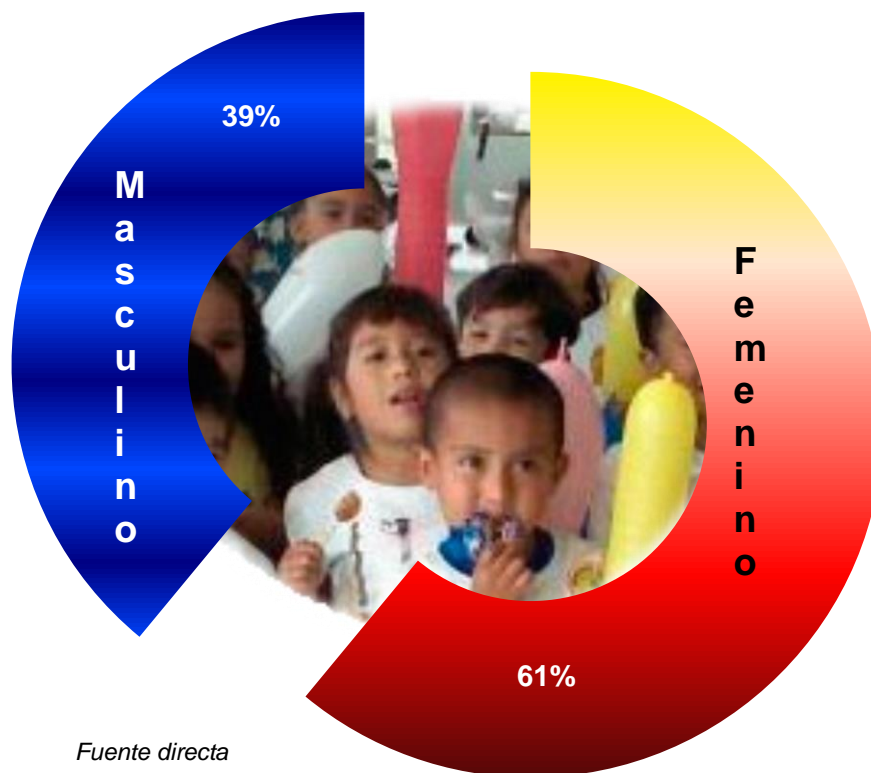


		<p>no coopera, muestra actitud negativa no constante.</p> <p>III: Existe aceptación del tratamiento, pero el niño se encuentra cauteloso, sigue instrucciones con actitud reservada.</p> <p>IV: El niño es completamente colaborador, tiene buena comunicación, se interesa por los procedimientos, sonrío y agradece.</p>
--	--	--

7. RESULTADOS

Participaron 18 pacientes, el 61% correspondió al sexo femenino (n=11) y el 39% al masculino (n=7). El promedio de edad en el sexo femenino fue de 7.5 meses (DE± 3.7) y en el masculino de 5.6 meses (DE± 2.2).

Gráfica 1
Distribución porcentual de la población de estudio por sexo.
FO. UNAM. 2016.



Fuente directa

La elección de la atención en Ciudad Universitaria se reporta con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 36.36% a diferencia con el sexo

masculino que lo reporta con mayor frecuencia debido a los bajos costos con un 42.87%. (Tabla 2)

Tabla 2. Elección de la atención en Ciudad Universitaria		
Masculino	Respuesta	Femenino
0%	Tipo de Anestesia	9.09%
42.87%	Bajos Costos	18.18%
28.57%	Atención especializada	18.18%
14.28%	Recomendación	18.18%
14.28%	Atención al paciente	36.36%

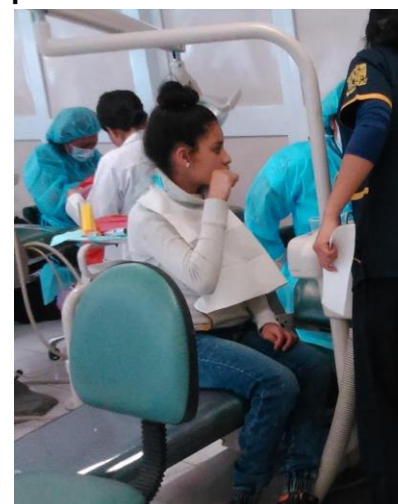
Fuente directa

Respecto a la higiene oral el sexo femenino reporta realizar con mayor frecuencia su higiene oral ya que el 63.63% lo realiza 2 veces al día en contraste con el 28.57% de los varones. En este sentido la mitad de los varones encuestados solo realiza una vez la higiene oral. (Tabla 3)

Tabla 3. Frecuencia de la higiene bucal		
Masculino	Respuesta	Femenino
57.14%	1 (1 vez al día)	18.18%
28.57%	2 (2 veces al día)	63.63%
14.28%	3 (3 veces al día)	18.18%
0%	4 (Ninguna)	0%

Fuente directa

Imagen 5. Cepillado del paciente en consulta dental.



Fuente Directa

Entre los aditamentos utilizados en la higiene oral, se reportó en el sexo femenino que con mayor frecuencia se realiza con pasta y cepillo en un 100% al igual que el sexo masculino. El sexo masculino solo utiliza enjuague bucal en un 14.28% y del sexo femenino, el hilo dental es utilizado de igual forma que el enjuague con un 9.09%. (Tabla 4)

Tabla 4. Aditamentos utilizados en la higiene bucal		
Masculino	Respuesta	Femenino
100%	1 (Pasta y cepillo dental)	100%
14.28%	2 (Enjuague bucal)	9.09%
0%	3 (Hilo dental)	9.09%

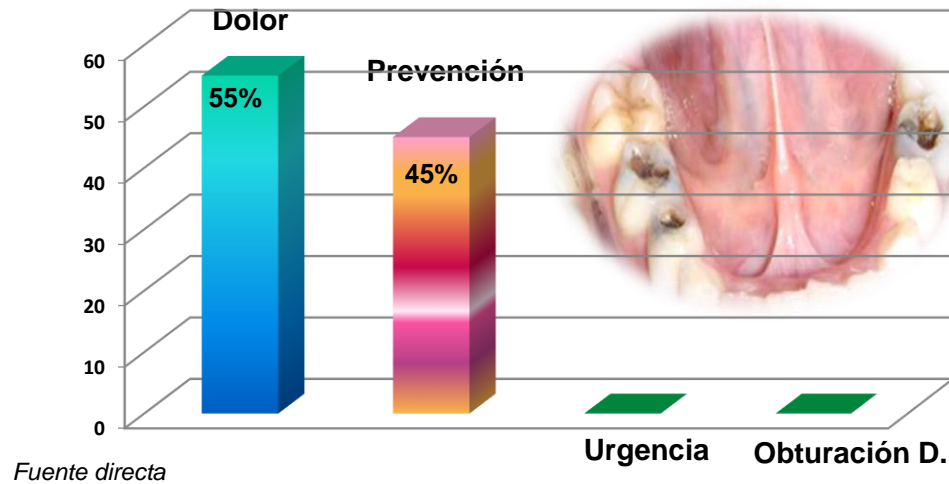
Fuente directa

Conforme al acompañante que llevaba a consulta dental al paciente escolar se encontró en el sexo masculino un 100% a la madre y diferencia del sexo femenino que la madre no siempre se encontraba con el paciente reportando un 72.72%. (Tabla 5)

Tabla 5. Acompañante del paciente escolar		
Masculino	Respuesta	Femenino
100%	1 (Madre)	72.72%
0%	2 (Padre)	18.18%
0%	3 (Abuelos)	9.09%
0%	4 (Tutor)	0%

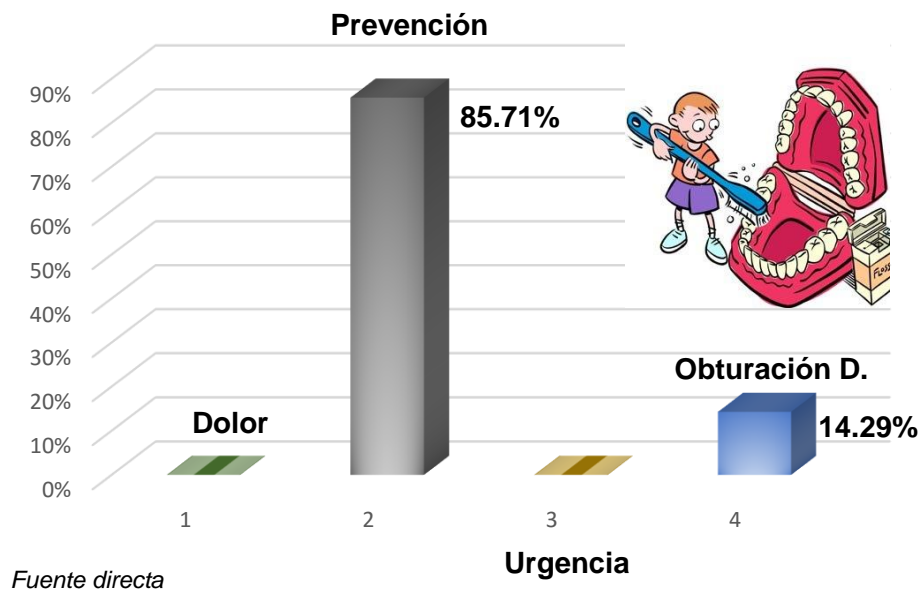
Fuente directa

Imagen 6. Motivo de consulta sexo femenino.



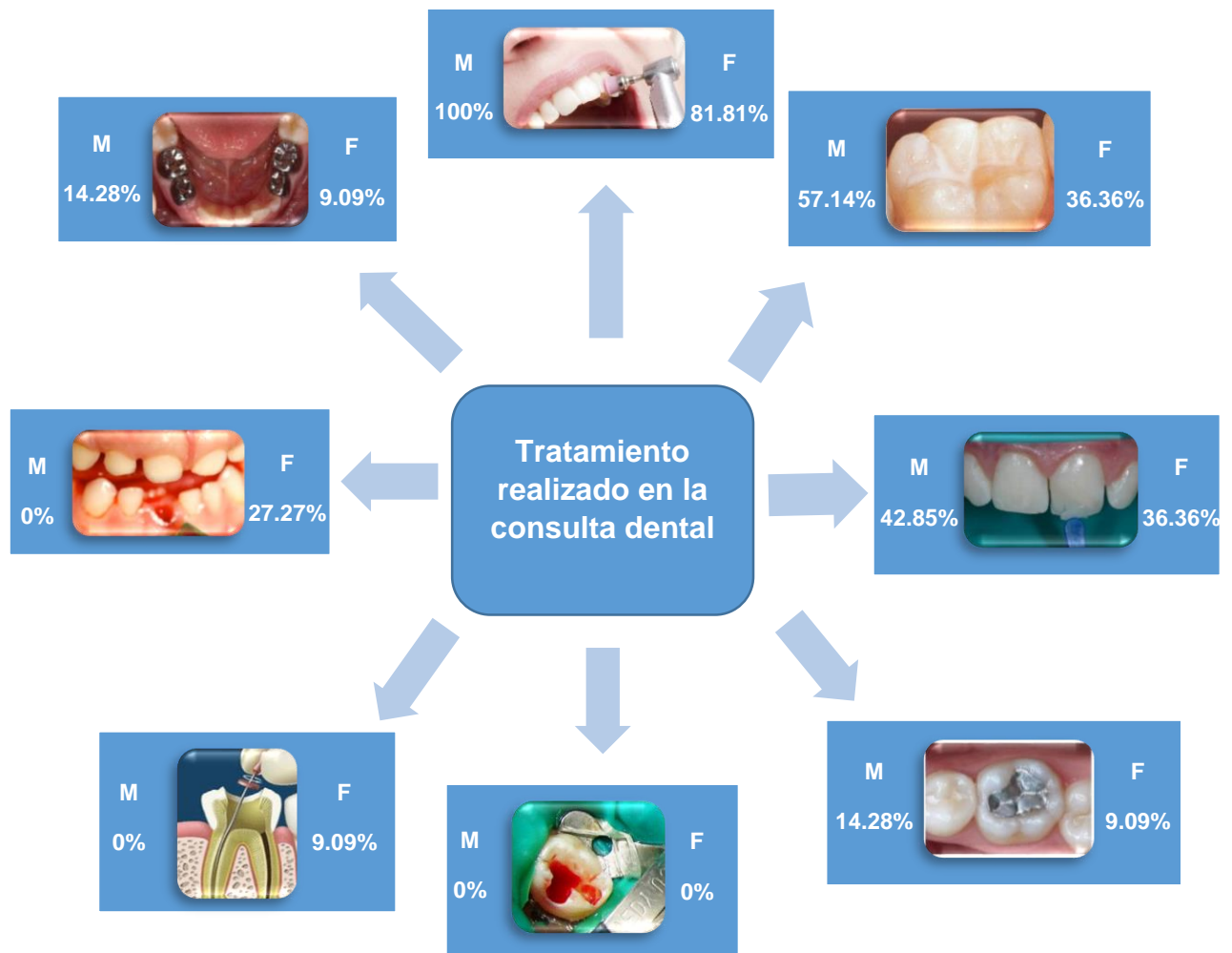
Respecto al motivo de la consulta se reportó con mayor frecuencia en el sexo femenino el dolor con 55%, contrario a esto, en el sexo masculino la prevención es el de mayor frecuencia con 85.71%. (Imagen 6 y 7)

Imagen 7. Motivo de la consulta sexo masculino.



En los tratamientos realizados en la consulta dental se reportó con mayor frecuencia en el sexo masculino la Profilaxis con un 100% y en el sexo femenino cuenta con un 81.81% reportado. De los tratamientos invasivos el que cuenta con mayor frecuencia es la resina en ambos sexos con un 42.85% en sexo masculino y un 36.36% en sexo femenino. (Imagen 8)

Imagen 8. Tratamiento realizado en la consulta dental.



Fuente directa

Tabla 6 Distribución de casos prevalentes de conducta desarrollada. UNAM.2015.								
Sexo femenino								
E.Frankl	1° cita				2° cita			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	0	4	6	1	1	1	7	2
Sexo masculino								
E. Frankl.	I	II	II	IV	I	II	II	IV
	2	4	1	0	3	3	1	0

Fuente Directa

En la clasificación III se presentó el mayor número de casos prevalentes en mujeres en la primera cita, esto se observó de igual forma en la segunda. En el sexo masculino el mayor número de casos se presentó en la clasificación II en la primera cita, en la segunda cita se centró tanto en la primera como en la segunda clasificación (definitivamente negativa y negativa respectivamente) , por edad se observó que a menor edad la conducta es más negativa que a mayor edad. (Tabla 6)

Imagen 9. Paciente con clasificación I de Frankl.

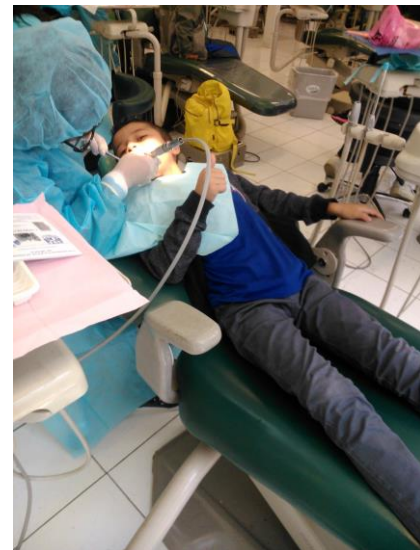


Fuente Directa

Tabla 7. Número de casos por edad según la escala de Frankl en una muestra de pacientes pediátricos. FO. UNAM. 2016.								
Sexo femenino								
Rango de edad	Escala de Frankl (1ª cita)				Escala de Frankl (2ª cita)			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
2-4 años		2			1		1	
5-7 años		2	3			1	4	
9-13 años			3	1			2	2
Sexo masculino								
Rango de edad	I	II	III	IV	I	II	III	IV
2-4 años	1	1			2			
5-7 años	1	3			1	2	1	
9-13 años			1			1		

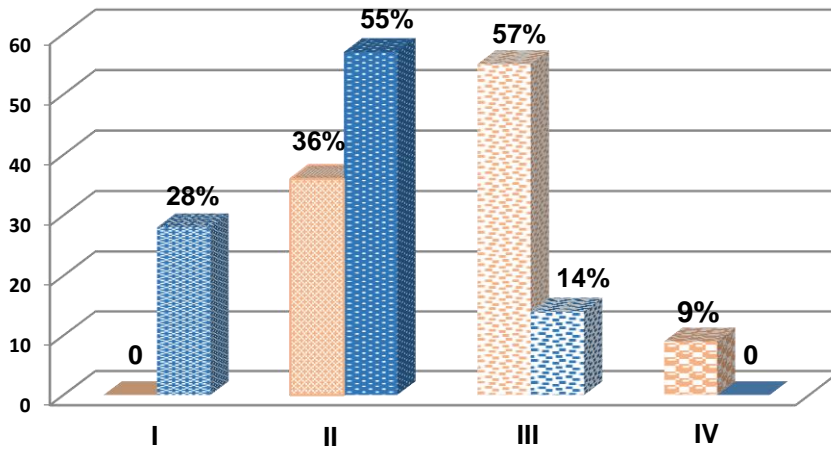
Fuente Directa

Imagen 10. Pacientes durante la consulta Odontológica



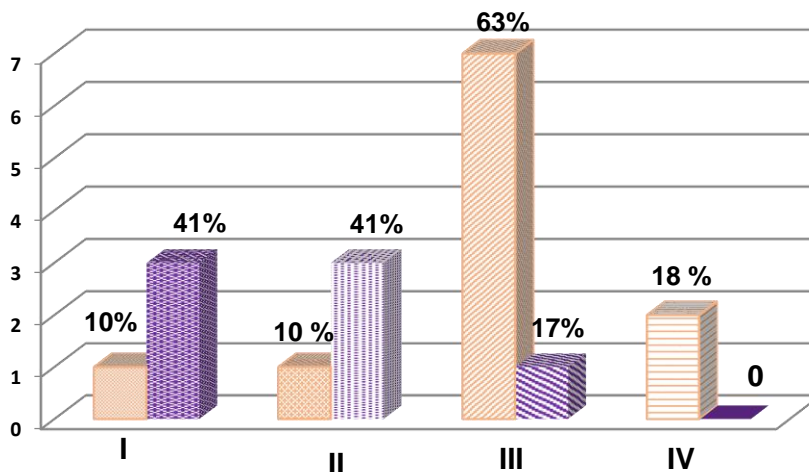
Fuente directa

Imagen 11.
Distribución porcentual de conducta asumida en la primera cita odontológica. FO.UNAM.2015



Fuente directa

Imagen 12.
Distribución porcentual de conducta asumida en la segunda cita odontológica. FO.UNAM.2015



Fuente directa

Se observó que en la primera cita existe un mayor porcentaje de casos en la clasificación III en el sexo femenino a diferencia con el sexo masculino que es mayor en la clasificación II. Con respecto a la segunda cita, en el sexo femenino se presentó una mejora de conducta teniendo un aumento en el porcentaje la clasificación III, a diferencia del sexo masculino que se encontró un porcentaje igual en la clasificación I y II reportando una actitud más negativa. (Imagen 11 e Imagen 12)



8. CONCLUSIONES

La psicología del paciente pediátrico antes, durante y después de la consulta dental debe ser tomada en cuenta como un rubro primordial, ya que esto se puede traducir en una buena comunicación y ofrecer un tratamiento exitoso. Sobre todo en los pacientes escolares de menor edad, ya que cuentan con mayor temor y ansiedad que los de mayor edad.

Implementar el tema de diferentes escalas de medición de la ansiedad en el aprendizaje del alumno de Cirujano dentista, tiene una gran importancia para así llevar a cabo la identificación del pensamiento y sentimiento que vive el paciente dentro de la consulta dental.

El hecho de enfocar una escala de medición de la conducta como lo es la escala de Frankl, puede facilitar el ambiente en citas posteriores de la consulta. El manejarla y tomarla en cuenta para la psicología del paciente ayuda a la identificación del grado de ansiedad que se presenta y de esta forma encontrar la manera de tener una segunda cita más amena y así disminuir la ansiedad del niño.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ayala E. Carmen. Manejo conductual, dolor, miedo, ansiedad y estrés en la práctica odontopediátrica. Odontopediatria actual. Junio 2013: Num.6 Año 2. 24-28
2. Fregoso G. Carlos, Zárate G. Susana. Uso de analgésicos como auxiliar en el manejo de conducta en odontología pediátrica. Odontología actual. Num 128 Año 10. Diciembre 2013
3. Rodríguez Peinado, Olmo Boluda. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. Gaceta dental. Septiembre 2011
4. Cordero N. Cardenas J. Aceptación de las técnicas de manejo farmacológicas y no farmacológicas en padres de pacientes pediátricos en odontología. Rev. CES Odont. 2012;25(2) 24-32
5. Oliva O. Karla, Cenoz U. Erika. Influencia del estrés sobre los signos vitales en pacientes pediátricos tratados con anestesia dental. Rev. ADM. 2014. 183-187
6. Jaramillo G, Caro H, Gomez Z. Dispositivos desencadenantes de estrés y ansiedad en estudiantes de Odontologia de la Universidad de Antioquia. Rev. Fac Odont Antioq 2008;20(1): 49-57
7. Bravo M. Carlos, Flores Z. Rosa. Operatoria dental con sedación en preescolares. Rev. ADM. Jun 2009. Vol LXV Num. 3. 34-39
8. Carrillo R. Jorge, Hernandez P. Rosa. Evaluacion de la ansiedad y del dolor psicossomático en el paciente candidato a cirugía oral. Odontología actual. Num 15 Año 9. Noviembre 2012. 20-24
9. Moreno M. Willebaldo, Sánchez G. Carmen. Factores y predisponentes que provocan ansiedad y miedo en los niños que acuden a consulta
10. odontológica. Odontopediatría actual. Febrero 2013: Num. 5 Año 2. 28-35



11. Ríos Erazo M, Herrera Ronda A. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Avances en odontoestomatología 2014; 30 (1): 39-46
12. Aguirre A. Armando, Ríos C. Teresa. La práctica restaurativa atraumática: una alternativa dental bien recibida por los niños. Rev. Panam Salud Pública 31(2), 2012. 148-152
13. Marcano A. Figueredo A. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. Odontología pediátrica. Vol. 2 Num. 2 Diciembre 2012
14. Raj S, Agarwal M. Evaluation of dental fear in children during dental visit using Children's fear survey Schedule-dental subscale. International Journal of clinical pediatric dentistry. Abril 2013;6(1):12-15
15. Barros Luisa, Buchanan Heather. Correspondence between dentist and child ratings of dental anxiety in Portugal: a preliminary study. Rev. Portuguesa de estomatología, medicina dentaria y cirugía maxilofacial. 2011;52(1):13-15
16. Gómez S. Ruth, Durán A. Lorena. Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con síndrome de down. Hacia la promoción de la salud, Vol. 17, No. 2, Diciembre 2012, 13-24
17. Muza Ricardo. Miedos dentales. Horiz Enferm. 2010, 23-29
18. Campos G. Mariana, Bernal S. Aline. La ansiedad postoperatoria en el paciente pediátrico. Rev. Invest Med Sur Mex. Junio 2011;18(2):46-51
19. Gonzalez M. Otazú C. Efectos cardio-respiratorios en niños de 6 a 12 años en su primera visita odontológica. Odontología Pediatría. Vol.14 Num.1 Julio 2015. 48-57
20. Rodríguez C. Andrea, García S. Xaviera. Ansiedad en la atención dental. Odontología actual. Num 143 Año 12. Marzo 2015. 38-50
21. Martínez-Castillo N. García-Rupaya CR. Relación entre la ansiedad y el dolor dental en el tratamiento endodóntico en pacientes del centro médico naval, Lima 2011. Rev. Científica Odontológica. 2013;1;26-30



22. Martínez M. Mayra, López G. David. Transtornos de ansiedad. Rev. Neurología Neurocirugía y Psiquiatría. Septiembre 2011;44(3) 101-107
23. Rodríguez V. Luis. Rubiños L. Emilio. Estrés en pacientes de las unidades de salud bucodental de atención primaria. Odontología preventiva. 2008;1(2): 97-102
24. Shetty R M, Khandelwal M. RMS Pictorial scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2015;33:48-52
25. Hmud R, Walsh RJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. J Minim Interv Dent 2009; 2(1) 237-248
26. Juárez L. Lilia, Retana U. Raquel. 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. Rev. ADM 2014; 71(1): 9-15
27. Josefa P., Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta Odontológica Venezolana. 1988 Vol. 36 Num. 2
28. <http://blog.pucp.edu.pe/>
29. <http://psicorumbo.com/como-combatir-la-ansiedad/>



10. ANEXO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

NOMBRE: _____ EDAD: SEXO: M F

¿Por qué razón elige solicitar atención dental en CU? _____

¿Con que frecuencia se realiza la higiene bucal?

- 1) 1 vez al día 2) 2 veces al día 3) 3 veces al día 4) Ninguna

¿Qué utilizas para la higiene bucal?

- 1) Pasta y cepillo dental 2) Enjuague bucal 3) Hilo dental

¿Motivo de la consulta?

- 1) Dolor 2) Prevención 3) Urgencia 4) Obturación defectuosa

¿Quién acompaña al menor a la consulta?

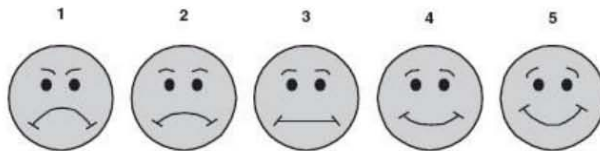
- 1) Madre 2) Padre 3) Abuelos 4) Tutor

¿Tratamiento a realizar en la consulta?

- 1) Profilaxis 2) SFyF 3) Resina 4) Amalgama 5) Pulpotomía 6) Pulpectomía 7) Extracción 8) Coronas Ac-Cr

CLASIFICACIÓN DE FRANKL	1° CITA	2° CITA
I De Frankl (Definitivamente negativo) El niño rehúsa el tratamiento, presenta llanto constante, expresa miedo o cualquier otro signo negativo.		
II De Frankl (Negativo) El niño se resiste a aceptar el tratamiento, no coopera, muestra actitud negativa no constante.		
III De Frankl (Positivo) Existe aceptación del tratamiento, pero el niño se encuentra cauteloso, sigue instrucciones con actitud reservada.		
IV De Frankl (Definitivamente positivo) El niño es completamente colaborador, tiene buena comunicación, se interesa por los procedimientos, sonríe y agradece.		

Al término del tratamiento ¿cómo defines tu experiencia en la consulta dental?



1° Cita	
2° Cita	

