



“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

**TÍTULO**

COMPORTAMIENTO EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN  
PACIENTES DE 4 A 6 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA  
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS  
GONZAGA” DE ICA–2015

**AUTORES :**

- Gonzales Melgar Cesar Yampier
- Mejía Uchuya Anabelen Stefanía
- Rengifo Gallegos Boris Lester

**ASESOR:**

Dra. PALOMINO ANTEZANA JUDITH

**ICA – PERÚ**

**2017**

## ***DEDICATORIA***

A nuestros padres,  
porque gracias a todos sus esfuerzos  
tuvimos oportunidad de llegar a ser profesionales,  
Y aprendimos de ellos a amar a dios y  
Hacer el bien a mis semejantes.

## AGRADECIMIENTOS

A nuestros profesores quienes nos brindaron sus conocimientos a lo largo de nuestra formación profesional, a cada uno de ellos nuestro más sincero agradecimiento.

## ÍNDICE

I.- INFORMACIÓN GENERAL	vii
II.- RESUMEN (Español e Inglés)	viii
III.- INTRODUCCIÓN	x
IV.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
4.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	12
4.4 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
4.5 OBJETIVOS	13
4.5.1 OBJETIVO GENERAL	13
4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
V.- MARCO TEÓRICO	15
5.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	16
5.2 BASES TEÓRICAS	20
5.3 SISTEMA DE HIPÓTESIS	42
VI.- SISTEMA DE VARIABLES	43
6.1 VARIABLES	43
6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
VII.- METODOLOGÍA	44
7.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	44
7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	44
7.2.1 UNIVERSO	44
7.2.2 UNIDAD DE MUESTRA	44
7.2.3 TIPO DE MUESTRA	44
7.2.4 TAMAÑO DE MUESTRA	44

7.3 MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO	45
7.4 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	45
7.4.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
7.4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	46
7.4.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
VIII.- RESULTADOS	48
IX.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	55
X.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
XI.- CONCLUSIONES	65
XII.- RECOMENDACIONES	66
XIII.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	67
XIV.- ANEXOS	71

## **I.- INFORMACIÓN GENERAL**

### **TÍTULO.-**

Comportamiento en la atención odontológica en pacientes de 4 a 6 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica–2015

### **INVESTIGADORES.-**

- Gonzales Melgar Cesar Yampier
- Mejía Uchuya Anabelen Stefanía
- Rengifo Gallegos Boris Lester

### **ÁREA O ESPECIALIDAD.-**

- Psicología - Odontopediatría

### **ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

- Región Ica
- Departamento de Ica
- Provincia de Ica

### **LINEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD**

- Psicología - Odontopediatría

## II.- RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar qué tipo de comportamiento presentan los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015. Se evaluaron 104 pacientes entre 4 y 6 años de edad. La investigación es de Diseño Observacional y de corte transversal porque nos limitamos a la observación y registro del comportamiento de los pacientes por única vez. Para valorar el tipo de comportamiento que presentaron los pacientes niños utilizamos la Escala de comportamiento de Frankl. Nuestros resultados concluyen que los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 presentan un comportamiento positivo en general y son los pacientes de sexo femenino los que mejor cooperan. Así mismo los pacientes de mayor edad (6 años) tienen mejor comportamiento que los menores de 4 y 5 años.

**Palabras claves:** *Escala de Frankl, Comportamiento infantil, atención dental*

## ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the behavior of 4 - to 6 - year - old patients treated at the San Luis Gonzaga National University Dentistry Clinic in Ica - 2015. A total of 104 patients between 4 and 6 years of age were evaluated. The research is of Observational Design and cross-sectional because we limit ourselves to the observation and registration of the behavior of the patients only once. To assess the type of behavior presented by the children, we used the Frankl Behavior Scale. Our results conclude that the patients of 4 to 6 years of age attending the Dental Clinic of the National University "San Luis Gonzaga" of Ica - 2015 present a positive behavior in general and it is the female patients who cooperate best. Likewise, older patients (6 years old) had better behavior than those under 4 and 5 years old.

**Keywords:** Frankl Scale, Child Behavior, Dental Care.

### III.- INTRODUCCIÓN

En la atención odontológica de los pacientes de 4 a 6 años muchas veces nos encontramos con algunos que podríamos llamar *difíciles*, no por el tratamiento que requieren, sino por la disposición de éstos ante la situación odontológica, ya que en muchos de ellos el comportamiento que expresan es producto de la ansiedad y del miedo dental que es uno de los factores más relevantes a considerar en la atención de todo paciente, particularmente cuando atendemos niños. Un futuro profesional odontólogo debe conocer una variedad de técnicas de adaptación del comportamiento en la mayoría de situaciones, y estar apto para evaluar las actitudes así también el temperamento de estos pacientes, para predecir su reacción frente al tratamiento. En la actualidad existen instrumentos específicos, válidos y confiables, como la escala de comportamiento de Frankl utilizado en la presente investigación para valorar el tipo de comportamiento de los pacientes niños con la finalidad de propiciar en ellos un ambiente de empatía y confianza que permita hacer viable los tratamientos que requieran.

Por fortuna nuestra investigación se llevó a cabo sin inconvenientes y/o limitaciones, logrando concretar con éxito la presente, esperando que con esta investigación valoremos adecuadamente el tipo de comportamiento de nuestros pequeños pacientes y logremos la cooperación de ellos para atenderlos satisfactoriamente, un pequeño de lo que será nuestra futura vida profesional.

## IV.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El éxito de la práctica odontológica en los pacientes niños depende no solo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener un comportamiento adecuado que permita atender al pequeño paciente logrando resolver su problema dental. Sin embargo la ansiedad, el miedo y la evitación de situaciones de atención y tratamiento dental se han considerado frecuentemente como falta de cooperación infantil. Muchos pacientes infantiles presentan un gran temor a la consulta dental, y éste se traduce en un comportamiento poco favorable que interfiere con la calidad y éxito de la atención dental ya que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo

El miedo es una de las mayores razones para evitar el tratamiento dental y se adquiere la mayoría de las veces, durante la infancia; muchas veces está relacionado con experiencias traumáticas y dolorosas. Las revisiones clínico odontológicas de forma periódica, dan al niño la ocasión de múltiples experiencias dentales positivas y seguras; contribuyendo a una progresiva familiarización con los sucesos relacionados con la atención dental, propiciando que la mayoría de los niños se esfuercen por ser cooperadores durante la atención odontológica; en estos casos el profesional deberá no sólo apoyar su conducta sino además mantenerla.

Por ello debemos conocer algunas de las técnicas de adaptación de comportamiento con la finalidad de pretender mantener la comunicación con nuestros pequeños pacientes, y poner fin al comportamiento inadecuado que pudieran tener.

## **4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### **4.2.1 PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es el tipo de comportamiento que presentan los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015?

### **4.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

#### **Problema Específico 1:**

¿Cuál es el tipo de comportamiento que presentan los pacientes de 4 a 6 años según género atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015?

#### **Problema Específico 2:**

¿Cuál es el tipo de comportamiento que presentan los pacientes de 4 a 6 años según edad atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015?

#### **Problema Específico 3:**

¿Cómo se comportan los pacientes de 4 a 6 años según la atención realizada en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015?

## **4.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Existe gran demanda de tratamiento odontológico en pacientes niños en nuestra clínica odontológica por ello se hace necesaria la instrucción en el manejo del paciente infantil, es decir conocer como es el comportamiento en la atención odontológica en estos pacientes que muchas veces llegan con una carga de ansiedad y que por ello no se alcanza el éxito en el tratamiento dental.

Por tanto esta investigación se justifica porque tiene como propósito evaluar el tipo de comportamiento en la atención odontológica en los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 y ello contribuirá a que se tomen las medidas correspondientes para mejorar la atención odontológica y lograr la satisfacción nuestra y del paciente.

#### **4.4 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

No se encontraron limitaciones en la investigación, por ello se concretizó exitosamente esta investigación.

#### **4.5 OBJETIVOS**

##### **4.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar qué tipo de comportamiento presentan los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015.

##### **4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- **Objetivo Específico 1:**

Determinar qué tipo de comportamiento presentan los pacientes de 4 a 6 años según género atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015.

- **Objetivo Específico 2:**

Determinar qué tipo de comportamiento presentan los pacientes de 4 a 6 años según edad atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015.

- **Objetivo Específico 3:**

Determinar cómo se comportan los pacientes de 4 a 6 años según la atención realizada en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015.

## V.- MARCO TEÓRICO

### 5.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

#### ANTECEDENTES INTERNACIONALES.-

**Sanglard; Frauches (2001)** estudiaron los factores que ejercían mayor influencia en el comportamiento del niño en su primera visita dental, concluyendo que las principales influencias en su conducta y/o comportamiento negativo son: ansiedad materna y la presencia de dolor dental. <sup>(1)</sup>

**Berge et al.(2001)** afirman que el comportamiento negativo de los niños durante su primera visita odontológica, está relacionado con el conocimiento de su problema dentario, experiencias médicas negativas, influencia del hermano mayor y problemas familiares. <sup>(2)</sup>

**Townend, Dimigen, Fung (2000)** nos dicen que las variables que desencadenan la ansiedad dental en los niños están influenciadas con las experiencias subjetivas de dolor, número de experiencias traumáticas y ansiedad materna. <sup>(3)</sup>

**Colares y Richman (2002)** realizaron un estudio acerca de los factores que desencadenan ansiedad dental en los niños, concluyendo que la edad del niño, la educación de los padres, hospitalizaciones médicas, historia de dolor dental son factores que desencadenan ansiedad en la consulta odontológica. Los padres evaluaron a sus niños, encontrando como principales causas de no cooperación: miedo (57%), dolor (24%), ambiente extraño (17%), conducta del niño (17%), anestesia (14%), conducta negativa al dentista (13%).

La influencia del hermano mayor es también trascendental ya que a través de los comentarios de sus experiencias positivas o negativas dentales pasadas, predisponen al paciente, a una actitud o situación ansiosa. <sup>(4)</sup>

**Baier, (2004)**, En un estudio realizado en Estados Unidos de América en niños entre los 6 y 8 años, se encontró que tan solo el 21% de éstos presentaron un comportamiento negativo durante la consulta dental y que la edad influye en el mismo. <sup>(5)</sup>

**Shinohara (2005)** en Japón efectuó un estudio en 33 niños entre 3 y 9 años evaluados mediante la escala conductual de Frankl y la de Kurosu durante su primera visita al Odontólogo; ésta le arrojó los siguientes datos: 15.2% de los pacientes presentaron escala de Frankl tipo 1 y 2. El 66.7% presentaron la escala de Frankl tipo 3; y el 3.1% presentó la escala de Frankl tipo 4. <sup>(6)</sup>

**Paulo J. y col. (2007)** En Colombia, realizaron un estudio descriptivo prospectivo exploratorio tipo intervención fase II, para evaluar el beneficio de la técnica de sedación inhalada con óxido nitroso en niños entre 4 y 12 años de edad sometidos a un tratamiento odontológico invasivo. Seleccionaron una muestra aleatoria de 50 niños, las citas odontológicas fueron filmadas en su totalidad, posteriormente fueron evaluadas por 3 odontopediatras, previamente estandarizados, quienes clasificaron el comportamiento motor de cada paciente según la escala de Frankl. Los resultados encontrados indicaron que el comportamiento motor mejoró al utilizar la técnica de sedación inhalada comparándolo con el comportamiento previo sin el uso de esta técnica. Conclusión: La técnica demostró ser eficaz en la mejoría del comportamiento de los pacientes estudiados. <sup>(7)</sup>

**Reis (2008)** en Portugal evaluó la conducta mediante la escala conductual de Frankl modificada por Barrios en niños de 5 a 12 años y concluyó que el 93.4% de los pacientes presentaron un comportamiento positivo (+ o ++) y tan solo el 6.6% de los mismos un comportamiento negativo (- o --), halló que mientras mayor sea la edad del niño mejora su comportamiento. <sup>(8)</sup>

**Yang et al (2011)** En China realizaron un estudio para conocer la conducta de los niños entre 3 y 7 años durante su tratamiento dental y se encontró que el 33.85% (66) de éstos presentaron problemas de conducta, concluyeron además que al aumentar la edad hay mejora en la conducta del niño y que la severidad de la caries tiene relación con la conducta presentada. <sup>(9)</sup>

**Oliveira M. (2012)** En Brasil, En la Clínica de Odontología Pediátrica de la Universidad Regional de Blumenau; evaluaron 50 niños de ambos sexos agrupados en dos grupos etarios, el primer grupo con niños de 4-6 años y el 2do grupo con niños de 7 a 9 años, con la finalidad de evaluar el comportamiento durante la atención odontológica utilizando la Escala de comportamiento de Frankl.

Evidenciaron que en el primer grupo el 47,83% y el 55,56% en el grupo 2 no tenían ansiedad al tratamiento. La escala de comportamiento de Frankl demostró que la mayoría de los niños tenían un comportamiento definitivamente positivo (73,91% en el grupo 1 y 66,67% en el grupo 2). Los niños se comportaron de manera más positiva cuando la anestesia no fue empleada (73,91% en el grupo 1 y 85,19% en el grupo 2). Se observó que 43,48% de los padres de los niños en el grupo 1 y 66,67% de los padres en el grupo 2 mostraron ansiedad baja. <sup>(10)</sup>

## **ANTECEDENTES NACIONALES.-**

**Ramirez R. (2016).**- Realizó una investigación para determinar la influencia de la ansiedad dental del acompañante en la conducta y ansiedad de niños de 6 a 14 años durante la atención odontológica en la Clínica de la Universidad Privada Norbert Wiener.

Se evaluó la ansiedad del acompañante mediante el empleo de la Escala de Corah Modificada Versión Español (MDAS), para la evaluación de la conducta del niño se utilizó la Escala conductual de

Frankl, finalmente para evaluar la ansiedad del mismo se aplicó la Escala de Imagen Facial (FIS).

Los resultados muestran que el tipo de conducta del niño está significativamente asociado con el nivel de ansiedad del acompañante, sin embargo los niveles de ansiedad del niño durante su atención odontológica no se encuentran asociados a los niveles de ansiedad del acompañante. Los acompañantes en general presentaron un nivel de ansiedad leve a moderado, al evaluar el nivel de ansiedad según sexo del acompañante, el sexo masculino es de tipo moderado (77.8 %), mientras que las mujeres presentaron (39%).

La conducta de los niños fue de tipo positivo a definitivamente positivo y el nivel de ansiedad en los niños fue de leve a moderado. De la investigación se puede concluir que la conducta del niño se encuentra asociada a la ansiedad dental del acompañante, sin embargo al relacionar la ansiedad del niño con la ansiedad dental del acompañante se determinó que son factores no asociados. La ansiedad dental del acompañante influye en la conducta pero no en la ansiedad del niño durante la atención odontológica.<sup>(11)</sup>

**Paredes B. (2016)** Realizaron un estudio, prospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la Universidad Privada Antenor Orrego con un total de 104 pacientes odontopediátricos, entre las edades de 4, a 8 años de edad, atendidos en la Clínica Estomatológica. Para determinar el nivel de ansiedad, así mismo para determinar el comportamiento. Se aplicó el cuestionario de escala "Face Image Scale" y el cuestionario de la Escala de Valoración de Frankl. Los resultados muestran que los niños entre las edades de 4 años presentan niveles de ansiedad más altos y a medida que va aumentando la edad, los porcentajes sobre la existencia de Ansiedad Dental disminuye.

El 15,4% muestra un comportamiento definitivamente negativo, el 45,2% un comportamiento negativo, el 31,7% un comportamiento positivo y el 7,7% un comportamiento definitivamente positivo. <sup>(12)</sup>

**Villasante y col (2010)** Realizaron un estudio de tipo experimental, longitudinal y prospectivo, para determinar la influencia de la técnica de modelado con video preoperatorio en niños de 5 a 7 años de edad con conducta no cooperadora que acudieron a la Consulta Odontológica Pediátrica en una Clínica Privada en Puno 2010. La muestra estuvo conformada por 40 niños de ambos sexos. La edad del grupo poblacional se encontró dentro de los 5 a 7 años de edad, la muestra fue dividida aleatoriamente en dos grupos de acuerdo al diseño de la investigación; un grupo experimental que observó el video preoperatorio cuyas imágenes mostraron dos niños con conducta cooperadora durante la atención odontopediátrica; y un grupo control el cual observó un programa de canal infantil.

Los criterios de inclusión de muestra consideraron niños en buen estado general de ambos sexos que acudieron por primera vez a la consulta Odontológica y que fueron calificados por la especialista en Odontopediatría con una conducta definitivamente negativa y negativa según la escala de Frankl.

La técnica que se empleó fue la de observación clínica estructurada y el instrumento fue la ficha de recolección de datos. La prueba estadística Chi cuadrado permitió identificar diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ), cuando se compararon los resultados del grupo experimental y el grupo control. Se concluyó que el video preoperatorio como técnica de modelado aplicado a los niños no cooperadores que acuden por primera vez a la consulta Odontopediátrica, influye de manera positiva durante la atención dental. <sup>(13)</sup>

**Urbina S, (2006)**, evaluó la ansiedad en el paciente pediátrico durante su primera visita odontológica y su respuesta fisiológica; este estudio transversal tuvo una muestra de 44 niños de 5 a 8 años de edad residentes del cono norte de la ciudad de Lima Metropolitana, donde la distribución de la muestra según sexo fue de 56.8% del sexo femenino y 43.2% del sexo masculino. La ansiedad evaluada según el Test de Venham señaló que los niños presentaban mayor puntaje que las niñas, respecto a la edad el grupo de 6 años presentaron mayor puntaje a diferencia de los 8 años que presentaron el menor valor. Respecto a las respuestas fisiológicas las niñas presentaron un mayor promedio en saturación de oxígeno, pulso, presión arterial diastólica, los niños mostraron mayores valores en la presión sistólica, temperatura y frecuencia respiratoria.<sup>(14)</sup>

## **5.2 BASES TEÓRICAS**

### ***GENERALIDADES.-***

En 1986 la Academia Americana de Odontopediatría sugirió que la primera consulta con el dentista debía ser a los 6 meses, para que el niño se familiarice con el lugar y el ambiente y así vea esta visita como de rutina; la falta de cultura en prevención de la salud bucal en nuestro país ha vinculado a la odontología con el dolor; esto debido a que los pacientes, sus padres y/o quienes están a cargo de ellos no le dan importancia a la mala salud bucal que presentan y acuden a consulta hasta que ya no es posible postergar más la visita al dentista; por esta razón la primera visita no resulta grata para el paciente pues presenta dolor, miedo y ansiedad; desafortunadamente esta experiencia es la que marca la pauta para las siguientes consultas dentales.

El éxito de los tratamientos por parte del odontopediatra no solo depende de llevar a cabo correctamente un procedimiento operatorio sino también del manejo adecuado de la conducta del paciente, con

lo que se pretende erradicar ese sentimiento de que ir al dentista es desagradable o hasta doloroso. Esto no lo puede lograr el profesional por sí solo sino que necesita de la ayuda de los padres y el resto de la familia del paciente.

El miedo se define como una alteración del ánimo por un peligro real o imaginario, debido a una experiencia previa o a un aprendizaje social. La ansiedad es definida como un conjunto de reacciones psicológicas y fisiológicas ante alguna situación amenazante irreal o imaginaria. La Conducta y/o comportamiento se refiere a la manera en que se actúa de acuerdo a un estímulo o al entorno en el que se encuentre un individuo.

El miedo y la ansiedad pueden ser expresados por medio de llanto, gritos, resistencia a ser atendido, movimientos bruscos, o berrinches que se traducen en una mala conducta y/o comportamiento.

La conducta y/o comportamiento durante la consulta dental interfiere en la calidad de atención de la misma; aquella depende de factores controlables y no controlables que deben estar muy presentes para actuar de manera precisa ante las diferentes situaciones.

Los factores no controlables son la personalidad y el temperamento del niño, su desarrollo emocional e intelectual que está en relación con su edad, la influencia de hermanos y amigos, antecedentes de abuso y maltrato físico en donde se debe tener mucho cuidado en la manera de actuar ante la situación misma y poner suma atención a las técnicas o métodos que se empleen durante las consultas, problemas neurológicos y/o motrices que presente el paciente.

Los factores controlables son situaciones que se presentan durante la consulta como: el manejo de los padres el cual si es llevado a cabo

de manera correcta constituye para el profesional una herramienta de mucha utilidad para el control de la conducta del niño.

El ambiente del consultorio que debe transmitir una sensación de tranquilidad y el mobiliario debe ser adecuado y llamativo para los niños, la habilidad del operador y del personal auxiliar, la duración de las consultas que deben ser entre 20 y 30 minutos, el tiempo de espera antes de ser atendido porque mientras mayor sea éste el paciente se encuentra con mayor ansiedad y la experiencia de la primera visita al dentista.

Todo esto debe hacer ver al odontólogo que cada paciente es diferente y que los métodos para llegar al mismo fin es decir brindar una atención dental de calidad, deben ser seleccionados para cada paciente de manera individual.

El estudiante de odontología debe estar capacitado para identificar el tipo de conducta que presenta el paciente desde la primera consulta; para ver si es positiva o analizar cómo se puede modificar o qué auxiliares restrictivos o farmacológicos se van a usar en caso necesario y de esta manera mejorar la relación odontólogo – paciente que es esencial para el éxito de los tratamientos odontopediátricos en niños a partir de los 4 años de edad.

Con los niños menores de 4 años es más difícil establecer una buena comunicación y lograr su entera participación ya que en esta etapa sus interacciones interpersonales son prácticamente solo con miembros de su familia, a los cuales se encuentra muy apegados; por esta razón es recomendable que durante la consulta no se rompa éste vínculo en especial con los padres, quienes además pueden auxiliarnos durante el tratamiento siempre y cuando se explique detalladamente lo que sucederá durante la consulta y el rol que les corresponde tomar.

Una manera para ganar la confianza del niño, disminuir o eliminar el miedo y la ansiedad es con citas en donde paulatinamente se incrementa la complejidad de los tratamientos.

Esto es que en la primera cita solo se realice la historia clínica y revisión bucal intentando tener una conversación agradable con el niño, mostrando el consultorio y tratando que éste disfrute la consulta y perciba que no se le causará daño; en la siguiente cita es recomendable que se realice algo sencillo como profilaxis, selladores de fosetas y fisuras o alguna resina pequeña, y paulatinamente incrementar la complejidad y/o severidad de los tratamientos.

Desgraciadamente no siempre es posible realizar los tratamientos en éste orden por que los niños ya presentan infecciones que se consideran prioritarias a tratamientos preventivos; por esto se tienen técnicas auxiliares para la modificación de la conducta y/o manejo de la ansiedad. <sup>(15,16)</sup>

## **EL MIEDO Y LA ODONTOLOGÍA**

El miedo es definido en el diccionario de la Real Academia de la Lengua del latín "metris", como un sentimiento, estado afectivo o sensación que provoca una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo, daño real o imaginario, recelo o aprensión que uno tiene que le suceda una cosa contraria a lo que desea.

Partiendo de esta definición, se asume que el miedo modifica la forma de ser del individuo, ya sea por algo interior o exterior, real o ficticio. El diccionario Oxford de la Mente, argumenta que las causas principales del miedo serían la exposición a una estimulación traumática, el contacto repetido a una situación subtraumática,

sensibilización, la observación directa o indirecta de personas que muestran temor y la recepción de información que lo provoca.

A partir de los 15 meses, al niño se le empieza a imponer una serie de límites y tabúes; en pro de su seguridad. A fuerza de un "NO" aprende por ejemplo, que no debe tocar las cosas calientes.

El temor a lo que pueda ocurrir funciona entonces como previsor y sistema de alarma ante los peligros reales y justificados.

Con relación a la odontología los niños experimentan miedo y temor cuando visitan al odontólogo, impidiéndole incluso dormir la noche anterior. Este sufrimiento se ve traducido no sólo por experiencia dolorosa recibida; sino porque en la boca, están expresadas las emociones más primitivas del placer, dolor, agresión y pérdida; la situación resulta de por sí angustiante si se tiene en cuenta la posición en el sillón dental que adopta el pequeño que lo deja en un estado de indefensa; sumado a que en muchos casos llega con dolor.

Según Garrett <sup>(17)</sup>, el miedo dental en niños puede manifestarse en formas diferentes, brusca y episódica, en crisis (trastorno del pánico), persistente o continua; grave (trastorno de ansiedad generalizada) y tras un estrés identificable (trastorno post estrés postraumático).

Los miedos al odontólogo, en niños se pueden explicar por motivos subjetivos, o bien por experiencias previas que le dan un fundamento objetivo al temor.

En muchos casos, la aprensión que siente el paciente, ante la consulta odontológica no se relaciona con ésta propiamente dicha; sino con el recuerdo de una situación anterior negativa.

Según Beks <sup>(18)</sup>, las situaciones más comunes que producen mayor miedo en los pacientes infantiles durante la consulta, por lo general son:

- 1) El ruido a la turbina.
- 2) Oír al paciente que está dentro de la consulta quejarse.
- 3) El ver los instrumentos con los que van a tratarlo, especialmente la aguja.
- 4) La extracción de un diente.
- 5) Ruido del compresor.
- 6) El hecho de ver sangre.
- 7) Abrir la boca para ser inyectado.
- 8) Sentarse en el sillón.
- 9) Ver al Odontólogo con bata blanca.

El miedo al dentista, se origina a partir de 2 tipos de miedo fundamentales, de acuerdo a Eisenberg <sup>(19)</sup>:

1. Miedo subjetivo: Son el resultado de situaciones imaginarias que se van creando en la mente a partir de escuchar las malas experiencias que han tenido otras personas con el odontólogo y/o desde la infancia se inculque, que dependiendo de la conducta que se adopte, los padres amenacen con llevar al niño al odontólogo; y todo este tipo de circunstancias similares; se caracterizan por temores infundados, ya que carecen de todo fundamento lógico.
2. Miedo objetivo: Este tipo de miedo se desarrolla a partir de haber experimentado personalmente situaciones desfavorables con uno o varios odontólogos.

Los niños que han sufrido estas experiencias tienden a alejarse del odontólogo, acarreando más problemas odontológicos en el futuro.

Por su parte, Hibbeler <sup>(20)</sup>; expuso que dentro de las manifestaciones del miedo infantil más frecuente, ocurrida durante la realización del tratamiento odontológico están:

- Movimientos incontrolados de la lengua.
- Aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca.
- Apretar los dientes.
- Risa nerviosa.
- Temblor en las piernas y labio inferior.
- Quitar violentamente la mano al odontólogo.
- Llanto.

Mientras que la ansiedad en la literatura odontológica es definida como miedo a las experiencias traumáticas propias o experiencias ajenas de incomodidad.

El miedo y la ansiedad están juntos en la infancia y no pueden ser separados. Estas emociones comienzan a desarrollarse en la edad pre-escolar con el inicio de la conformación de nuevos patrones de comportamientos; los cuales se van adquiriendo en el contacto social con amigos y otros adultos, incluyendo al dentista y a su ambiente odontológico.

El niño asocia a menudo la odontología con el daño, ha aprendido que el dentista puede dañarle y asocia su dolor con el “ser malo,” ya que en ocasiones recibió una sanción por su mal comportamiento e interpreta que la odontología y el dentista son un castigo. Esta actitud es percibida por el niño a través de los comentarios de sus familiares, amigos y de sus propias experiencias odontológicas.

Factores ambientales como problemas emocionales en casa y los medios de comunicación influyen también en él. La televisión, radio, revistas, etc. predisponen al niño a ver la odontología como algo muy peligroso; condicionándolo a optar una actitud negativa respecto a ella y restándole credibilidad al odontólogo.

Berge et al encontraron que la etiología de la ansiedad en la odontología está relacionada principalmente con el tratamiento doloroso en combinación con la actitud negativa de los padres o del dentista, también la relacionan con el número de extracciones dentarias a que fue sometido el paciente, la primera impresión al ambiente de la sala de espera y las experiencias subjetivas dentales del niño.<sup>(21)</sup>

Folayan y Ufomata refieren que la etiología de la ansiedad dental en los niños es multifactorial y no tiene que ver con la edad, sexo, género, estado socio-económico etc. Los niños expresan su miedo y ansiedad de acuerdo al grado de madurez y personalidad ante situaciones atemorizantes. Pueden reaccionar molestos, con agresividad, llorando; otros manifiestan dolor de estómago e incluso algunos reaccionan huyendo de la sala de espera mientras que otros pacientes ocultan su dolor.<sup>(22)</sup>

Klinbert G. nos dice que un niño pre-escolar que no ha sido acondicionado positivamente a la odontología “exhibe ansiedad en su visita odontológica”; reflejando resistencia a la atención dental, rehusándose a abrir la boca, pudiendo hablar gritando, u otros rehúsan entrar al consultorio y huyen del peligro imaginario. Todas estas conductas y la persistencia de las mismas son los medios utilizados para manejar su propia ansiedad.

Es por ello que la ansiedad dental en el niño es vista como una actitud evasiva que puede inducir a cancelar o posponer la visita con el especialista, produciéndose así un efecto negativo sobre su salud buco dental.<sup>(23)</sup>

## **PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.**

En toda atención odontológica se dan, en diversa medida, dos factores que pueden afectar la calidad de la atención misma: ansiedad y dolor, los que potencialmente pueden generar además diversos grados de secuelas psicológicas. La ansiedad es subjetiva, en tanto el dolor puede ser objetivado; ambas involucran estructuras y mecanismos diferentes del Sistema Nervioso Central (SNC) los cuales son filogenéticamente muy antiguos y se encuentran íntimamente relacionados.

Ambas sensaciones, aisladas o en conjunto, pueden constituir importantes barreras para el cuidado de la salud bucal y pueden verse agravadas a partir de experiencias adversas previas, desconocimiento o información atemorizante desde el medio. El dolor inevitable, o evitable, genera ansiedad que a su vez disminuye el umbral del dolor. Por otra parte es necesario mencionar que la atención dental produce un malestar inherente, aun cuando no involucre dolor.

Los odontólogos debemos considerar que los pacientes temerosos tienen dificultad para expresar en términos concretos sus sentimientos, ya que están más preocupados por el dolor, lo que entorpece su manejo y el tratamiento. Por el contrario, un individuo tranquilo entiende el dolor en términos más racionales que sentimentales y puede participar en su tratamiento.

Es así que durante el ejercicio profesional, se debe enfrentar el problema que significa el manejo de la ansiedad y el dolor que muchos pacientes experimentan con antelación o durante un tratamiento odontológico.

En la mayoría de los casos es posible reducirlos y controlarlos mediante una buena relación odontólogo-paciente, adecuada información, buen manejo de la anestesia local o regional, buena analgesia posterior y, en general, una actitud que genere confianza en el paciente y su entorno. Sin embargo, hay pacientes en que estas medidas no bastan y se debe recurrir a otras formas, principalmente farmacológicas, para poder efectuar una adecuada atención.

La prevención de la ansiedad dental es importante porque a través de ello lograremos que los pacientes acepten el tratamiento dental y le den importancia al cuidado de su salud bucal. Para ello es necesario llevar tempranamente al niño a su primera visita, si es posible al iniciar la erupción de los dientes primarios evitando así, la presencia de molestias y por ende dolor.

La Psicología proporciona a la odontología, algunos métodos y técnicas que apoyan el manejo de la conducta y/o comportamiento del paciente niño las cuales son incorporadas en nuestro ambiente para emplearlos en el momento adecuado.

El manejo del paciente ansioso implica identificar primero el estado emocional del paciente y su percepción acerca de la odontología, para luego plantear estrategias de ayuda que permitan enseñarle hacer frente a su propia ansiedad.

En la primera visita dental se deberán realizar procedimientos menores y no dolorosos. La clave para prevenir la ansiedad odontológica en el paciente, es mantener la credibilidad; además permitir al niño tomar decisiones simples, como elegir que diente pulir primero y usar durante todo el tratamiento la técnica psicológica de manejo de conducta. Debemos ser sutiles y emplear en menor grado la fuerza, cuando estemos frente a niños vacilantes o que opongan resistencia, previniendo así reacciones explosivas y fobias al dentista. <sup>(24)</sup>

## COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

La actitud del niño con respecto a la consulta dental pueden ser un causante de su conducta y esto solo se puede descubrir mediante una historia clínica preliminar a la primera visita del niño al - consultorio dental, preguntando si estas experiencias fueron agradables o desagradables.

Una variable que ha sido observada clínicamente es la actitud dental que transmiten los padres al paciente infante, influyendo en la cooperatividad de su comportamiento. Una situación ideal, sería que los padres estuvieran libres de aprehensión en la primera cita de sus hijos y que cuando hablaran de una futura cita, ellos estuviesen relajados. Desafortunadamente lo más frecuente es que los padres están ansiosos al aproximarse tal evento y entonces transmiten su ansiedad al niño.

El elemento más importante en la etiología de los temores dentales parece estar relacionada estrechamente con la actitud de los familiares del paciente. Existe una relación entre la conducta del niño en el consultorio dental y su nivel de ansiedad con la forma en que su madre lo habría preparado previamente. <sup>(25)</sup>

Consultando la literatura se ha comprobado que se le han colocado diferentes etiquetas a las formas de comportamiento de los niños en el consultorio odontológico, (*desafiantes, tímidos, cooperadores, tiesos, quejosos*). Los odontólogos usan estas denominaciones porque reflejan en menos palabras la esencia del problema clínico.

**1. COOPERADOR.-** Este paciente puede pertenecer a cualquier clase social, pero generalmente viene de un hogar donde hay disciplina. En la casa, la clínica no es referida como una cámara de tortura, sino como un lugar para recibir alivio y prevención del

dolor". El paciente cooperador reacciona de modo conveniente a los "*momentos críticos*" de la cita dental tales como: *separación de los padres, colocación en el sillón, la infección, etc.*

De hecho pueden ser los pacientes más fáciles de tratar entre todos los existentes. No demandan paciencia excepcional del dentista, porque no la requieren. La mayor parte de los niños atendidos que son cooperadores muestran muy poca aprensión, son muy comunicativos, entusiasmados y durante la cita dental se mantienen relajados.

- 2. TIMIDO.-** La timidez es a menudo expresada por los niños pequeños, particularmente en la cita inicial. Esta ansiedad puede hacer que el niño no esté atento a las instrucciones que da el odontólogo, por lo que estas deberán de ser repetidas de una forma tranquila y despacio si fuese necesario.

Algunos autores consideran que la timidez es una forma leve de negativismo, y que si estos pacientes no se manejan correctamente, su comportamiento puede deteriorarse y volverse incontrolable.

Otros consideran que una vez que el paciente gana confianza en el odontólogo y aprende sobre su nuevo medio, gana confianza en sí mismo y se vuelve un buen paciente. Esta tensión quizá provoque conductas evasivas como el llanto. Por lo regular éste adquiere la forma de un sollozo compensatorio.

Rara vez el niño tímido e introvertido manifiesta comportamiento agresivo de evasión como un berrinche. Desde hace tiempo, la profesión dental reconoce que los niños tímidos sufren un período complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental.

### **3. MIEDOSO.-**

Este tipo de niño es el resultado de la influencia de comentarios negativos sobre experiencias dentales, tanto en su casa como con los amigos y en el colegio; o por amenazas de los padres de llevarlos donde el odontólogo a que le saquen los dientes o les pongan inyecciones si no se porta bien.

El niño está dispuesto a cooperar, acepta el tratamiento, pero puede llorar en ciertos momentos de máxima ansiedad, como durante la inyección. La única solución para disipar el temor de este tipo de niño es tratar de ganarse su confianza, y que una vez esto sucede, la mayoría de estos niños, llegan a dispensar una magnífica colaboración.

Un niño con miedo representa un reto para el dentista, al atenderlo enfrenta un problema particular pues a pesar de que el encuentro dental no es muy largo, es intenso y requiere de mucha cooperación del niño.

Estos miedos incluyen, temor a las agujas, miedo al daño corporal y temor en general a lo desconocido, si se enlistan todos los sonidos, ruidos y olores completos y específicos son peculiares, en relación con la experiencia dental.

Algunas de las conductas que un padre y el clínico pueden utilizar para reconocer al niño muy temeroso ante la cita odontológica son las siguientes:

- El paciente es incapaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aun cuando lo eduquen el dentista o sus padres.
- El niño reacciona de manera exagerada a los temores por otras alteraciones emocionales en su vida, se menciona a

los niños que provienen de hogares en crisis agudas debidos a divorcio o separación inminente.

- Cuando el niño presenta temores adquiridos, incorporados por sus padres, hermanos, amigos.
- Cuando el paciente ha sufrido experiencias malas y dolorosas en el consultorio dental, estos son miedos aprendidos.

**4.- INCORREGIBLE.-** este tipo de niño es el resultado de dos situaciones familiares: sobre indulgencia o rechazo por parte de los padres. El niño puede quejarse, pelear, patear o hacer mil cosas para tratar de persuadir a su progenitor de que lo regrese a casa. Es muy característico que su madre o padre empiecen a hacerle toda clase de promesas si permite que el doctor lo atienda, y por supuesto sin resultado, ya que el niño está acostumbrado a que se le complazcan todos sus deseos.

Para poder atender a este niño en la clínica, lo primero que debe hacerse es tratar de entablar comunicación con él para explicarle los procedimientos que se van a realizar. Si esto no se consigue se recomienda el uso de la técnica de mano sobre la boca para que el niño reconozca que el odontólogo es el que maneja la situación.

**5. DESAFIANTE** definen este tipo de niño como el clásico "*niño consentido*" o "*sobreprotegido*", que no llora ni hace berrinches, pero desafía la autoridad del odontólogo, con frases como: "*no voy a abrir la boca*", "*no me importa quedarme sin dientes*". El niño que presenta una resistencia pasiva al tratamiento dental también expresa una forma de comportamiento obstinado o desafiante. Este niño evita tener cualquier tipo de comunicación con el odontólogo y para manejarlo se necesita utilizar la restricción física con la consiguiente autorización de los padres.

**6.- NIÑO CON ALTERACIÓN EMOCIONAL.-** Los niños con escasos recursos económicos, tal vez sufran más alteraciones emocionales que otros de clase más privilegiada. Entre ellos los niños abandonados y maltratados. La ansiedad es un dato confiable de alteración emocional; cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental se complica con la de un padecimiento emocional a menudo se presenta una explosión conductual.

Los niños afectados desde el punto de vista emocional, son en términos generales pacientes dentales deficientes, en el mejor de los casos no es ameno trabajar con ellos, es como si en un cuerpo no quedara niño alguno, sin embargo, la actitud profesional del odontólogo incluye expresar cualquier opinión que pudiera favorecer el bienestar del niño. <sup>(24)</sup> <sup>(25)</sup>

## **FACTORES QUE DETERMINAN LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA DENTAL.**

El comportamiento de los niños en el consultorio dental depende de una cantidad de factores que interactúan entre sí: por ejemplo debemos considerar la experiencia dental previa, su actitud, la relación entre niño y padre, conocimiento y habilidad del profesional odontólogo que atiende al niño etc.

### **1. HISTORIA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA ANTERIOR.-**

*"Los niños que han tenido experiencias médicas positivas son más cooperadores con el odontólogo"* afirmó Wright <sup>(26)</sup> y además consideró que el número de visitas no es tan importante para su experiencia, como la calidad emocional de las mismas. También es importante, la actitud del niño hacia su operador, ya que si lo ve favorablemente, va a ser menos aprensivo durante la visita dental.

La ansiedad y el temor afectan la conducta del niño y en gran medida determinan el éxito de una sesión odontológica. Diversas escuelas psicológicas concuerdan que la ansiedad es un rasgo de la personalidad, por la misma razón, la odontología tiene cierta dificultad para poder identificar los estímulos que llevan a que se comporte mal en el consultorio. Se considera que en muchos aspectos es más fácil desarrollar patrones positivos de comportamiento en el consultorio dental si el paciente no ha tenido experiencias dentales previas. Porque cuando ha habido un tratamiento extenso o experiencias negativas es necesario superar el miedo o la ansiedad existente.

## ***2. ANSIEDAD MATERNA.-***

Se considera importante la ansiedad de los padres en la situación dental. Tradicionalmente, la tendencia de la madre es de acompañar al niño a la cita del odontólogo. Como resultado el efecto de la ansiedad de las madres sobre el comportamiento del niño, ha recibido considerable atención. Se ha encontrado una relación definitiva entre el comportamiento del niño en el consultorio dental y los niveles de ansiedad emitidos por la madre.

Al parecer existe una relación positiva que dice: entre más nerviosa, y tensa es la madre, mayor es el riesgo que el niño reaccione de manera similar. El niño ansioso tiene una mamá ansiosa y que su presencia en la sala operatoria solo sirve para apoyar las emociones inapropiadas del niño. Por lo que la mayoría de los odontólogos prefieren que los padres aguarden en la sala de espera

Las madres ansiosas, tienden a afectar de manera negativa la conducta a sus hijos. Aunque datos científicos revelan que los niños

de toda edad pueden ser afectados por la ansiedad de su madre, el efecto es mayor en los menores de 4 años de edad.

La tendencia de que madres ansiosas tengan niños con mal comportamiento ha sido demostrada principalmente en niños pequeños. Se ha sugerido que los niños al aumentar en edad, generalmente, desarrollan mayor independencia de sus madres; lo que conlleva a una disminución de la influencia de la ansiedad materna en el paciente. <sup>(27)</sup>

### **3. EDAD.-**

La edad influye decisivamente en la primera cita dental. La ansiedad disminuye con la edad pues los niños pierden sucesivamente el miedo y se vuelven más cooperadores a medida que el tratamiento progresa.

### **4. SEXO.-**

No hay relación significativa entre sexo y ansiedad en niños preescolares, sin embargo, en niños escolares a partir de los siete años las niñas son más miedosas que los niños, debido a diversos procesos de socialización.

### **5. DURACIÓN DE LA VISITA.-**

Las visitas no deben ser demasiado largas y es fundamental hacer pausas. Las visitas cortas de menos de treinta minutos son apropiadas para niños preescolares pues las posibilidades de perder la cooperación aumentan conforme el tiempo. Su participación se va deteriorando porque su entusiasmo y conocimiento de lo que hay alrededor de él se va saturando. Con el avance de la tecnología los procedimientos son cada vez más cortos y agradables.

## **6. HORA DE LA VISITA.-**

Las visitas por la mañana son preferibles, pues los niños se encuentran aptos para abordar una acción delicada y ofrecen un mayor rendimiento. Además, el profesional se encuentra menos cansado y por ello más preparado para enfrentarse a conductas negativas. <sup>(28)</sup>

### **MANEJO DEL NIÑO EN LA CONSULTA DENTAL**

Para lograr el éxito en el tratamiento dental el profesional debe interesarse por su paciente, tratando de brindarle amistad e inspirándole confianza.

Debe recordar que el niño está pendiente de sus actitudes por lo que debe mostrarse sereno cuando se presenta alguna situación delicada, cuidadoso con su personalidad y apariencia y su expresión aunque firme debe ser alegre. Existen tantas maneras para manejar a los niños que pocos dentistas o ninguno las domina todas. Sin embargo, algunas de las técnicas de manejo son agradables y amables; otras poseen elegancia razonable en términos psicológicos y algunas más pudieran parecer muy rigurosas y autoritarias.

Contar con un conocimiento básico en el trato con el niño es fundamental para el odontólogo, no sólo para ayudarlo a resolver problemas terapéuticos agudos, sino también para entrenarlo como paciente adulto que será el día de mañana.

Puesto que los temores y ansiedades suelen ser absurdos desde un punto de vista racional, es muy tentador tratar de corregir al niño diciéndole que sus reacciones son ridículas. Al tratar con los niños, los adultos insensibles les acusan de maleducados y desobedientes; sin embargo, el odontólogo debe manejar esos sentimientos con sensibilidad y comprensión.

Hay que potenciar la comunicación para guiar la conducta, haciendo que el niño se sienta física y emocionalmente seguro, sin menoscabo de su amor propio, y se sienta responsable de su comportamiento.<sup>(29)</sup>

## **TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LA CLINICA DENTAL**

- 1. EXPERIENCIA PREVIA A LA CITA.-** La visita preliminar consiste en llevar al niño a un consultorio dental para realizar un recorrido y una orientación. Se le explica al niño de antemano que ese día nada se llevará a cabo. Estas experiencias previas no se realizan en la actualidad por limitaciones de tiempo del dentista y de los padres. Estas son diferentes a las citas de observación en la cual el niño mira al padre o hermano o alguien más recibir el tratamiento dental. Es preciso hacer la primera cita del niño pequeño tan agradable y simple como sea posible.
  
- 2. DECIR, MOSTRAR Y HACER.-** Es la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico. Es útil en la prevención del desarrollo de los temores odontológicos en el paciente nuevo, así como en la minimización de la ansiedad y mala conducta asociada en el paciente previamente sensibilizado. El odontólogo puede reducir el temor diciendo primero al niño lo que se va a hacer, mostrándole luego el nuevo ambiente y, finalmente, haciendo lo que se dijo que se haría. El éxito estriba en que el dentista posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda entender. Ese proceso debe ser continuo desde la entrada del niño en el consultorio y durante todos los procedimientos involucrados en el tratamiento.

**3. CONTROL DE LA VOZ.-** Requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño, ha de proyectar la intención de "soy quien manda aquí". Representa la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz a fin de llamar la atención del niño sacándolo de su conducta interruptiva, debe mostrar autoridad y controlar la expresión facial. Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder.

**4. MANO SOBRE LA BOCA.-** El dentista coloca su mano sobre la boca de un niño que llora de forma histérica. Con esto controla los berrinches y otros ataques de ira; ha de usarlo con el control de la voz. Solo se debe usar cuando las demás técnicas han fallado. Esta técnica está contraindicada en niños menores de 3 años y en casos especiales, con condiciones de minusvalidez física o mental que impidan la comunicación. No se debe emplear nunca como castigo, sino de forma positiva y como protección.

**5. RESTRICCIÓN FÍSICA.-** Esta incluye el uso de abre bocas, restricciones por parte del odontólogo y su ayudante, correas unidas al sillón dental y el uso de envolturas corporales, como sábanas u otros dispositivos.

Sirven para mejorar la calidad asistencial del niño; en ningún momento se utilizarán como medida de castigo. Es importante que el niño lo perciba así, porque de otra forma lo único que conseguiremos será aumentar su miedo y desconfianza.

Los principales candidatos para tal restricción son los niños muy pequeños que requieren tratamiento urgente para traumatismos e infantes impedidos, incluso aquellos con retraso mental.

Sus objetivos deben ser:

- Ganarse la atención del niño.
- Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.

- Darle más seguridad a través del contacto corporal y controlar sus movimientos.
- Protegerlo de lesiones.
- Hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo.

**6. FELICITAR Y COMUNICAR.-** Se explican por sí solos. Todas las personas reaccionan de manera favorable a las felicitaciones. Así mismo, la odontología pediátrica eficaz equivale a una comunicación eficiente del dentista con el niño y viceversa.

**7. OBSEQUIOS Y PREMIOS.-** Los obsequios en el consultorio dental a los pequeños pacientes, han sido establecidos como medio para interesar al niño en su tratamiento. Estos se manipularán en cada visita odontológica en respuesta a conductas apropiadas del paciente, lográndose un vínculo más estrecho entre paciente, consultorio y odontólogo. Esta práctica permite en muchas ocasiones reducir el tiempo operatorio, deseo de volver a su próxima cita y lograr que una cita potencialmente desagradable se transforme en favorable.

Estos obsequios no deben usarse como un soborno y deben brindarse sin exigencias por parte del odontólogo.

**8. SEDACIÓN.-** Los sedantes son un recurso que pueden ser utilizados por el odontólogo para el manejo y tratamiento de los pacientes de corta edad y en pacientes mal adaptados, física o mentalmente, que evita que sean capaces de afrontar la situación. Los objetivos de los tratamientos utilizando sedación son los siguientes:

- a. Seguridad del paciente.
- b. Restricción de los movimientos del paciente durante el tratamiento.

- c. Evitar o disminuir una mala experiencia psicológica durante el tratamiento.
- d. Evitar que el paciente relacione malas experiencias en el presente para tratamientos futuros.
- e. Que el paciente se mantenga en un estado de conciencia el cual esté lo más cercano posible a la realidad.

Las drogas ansiolíticas son usadas para mejorar la ansiedad y tensión moderadas y severas. Los agentes de este grupo presentan una acción similar de depresión del sistema nervioso central, y en dosis terapéuticas producen un leve grado de sedación sin alterar sus funciones mentales y/o psicomotoras.<sup>(29),(30),(31)</sup>

- 9. OTROS MÉTODOS.-** Existen otros sistemas de manejo de fácil acceso para el dentista. Se encuentran los métodos para reducir la ansiedad materna, conforme disminuye la ansiedad de una madre (respecto a la cita dental de su hijo) ocurre lo mismo con la del niño.

La acción de acercar en la clínica a un infante atemorizado con otro "valiente" produce resultados favorables; la hipnosis y las técnicas de relajación cuentan con algunos partidarios. En un caso u otro se aconseja terapia de juegos, escuchar música o el sonido blanco producto de la mezcla de todas las frecuencias de vibración mecánica perceptible como tal y sesiones de desensibilización.

También es posible manejar la conducta infantil mediante sustancias químicas. La combinación de óxido nitroso y oxígeno es muy popular para manejar los comportamientos infantiles en el consultorio dental. Este sistema es muy provechoso para algunos pacientes, no obstante, no se indica para todo niño con problemas de conducta, porque algunos se excitan en lugar de relajarse, si bien son pocos y esporádicos. Cuando el dentista utiliza el óxido nitroso combinado con oxígeno, ha de prever formas para presentar

el equipo, la mascarilla nasal y las sensaciones que los niños habrán de experimentar. <sup>(31)</sup>

### **5.3 SISTEMA DE HIPÓTESIS.-**

#### **5.3.1 HIPÓTESIS GENERAL.-**

Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 presentan un comportamiento positivo.

#### **5.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.-**

##### **Hipótesis Específica 1:**

Los pacientes de sexo femenino de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 tienen un comportamiento positivo con relación a los pacientes de sexo masculino.

##### **Hipótesis Específica 2:**

Los pacientes de 6 años tienen un comportamiento positivo con relación a los pacientes de 4 o 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015.

##### **Hipótesis Específica 3:**

Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 tienen diferentes comportamientos según la atención realizada.

## VI.- SISTEMA DE VARIABLES

### Variable Independiente:

- Atención Odontológica

### Variable Dependiente

- Comportamiento

### Variables Intervinientes:

- Sexo
- Edad

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.-

Variables	Definición Operacional	Instrumento	Indicador
<b>V. Independiente</b> • Atención Odontológica	Procedimiento clínico a realizarse de acuerdo a la necesidad del paciente.	Ficha de Registro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Fluorización</li> <li>• Operatorias</li> <li>• Cirugías.</li> <li>• Endodoncias</li> </ul>
<b>V. Dependiente</b> • Comportamiento	Manera de comportarse del paciente antes y durante el procedimiento odontológico a realizarse.	Escala de Comportamiento de Frankl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo 1: Definitivamente negativo</li> <li>• Tipo 2: Levemente Negativo</li> <li>• Tipo 3: Levemente Positivo</li> <li>• Tipo 4: Definitivamente positivo.</li> </ul>
<b>V. Intervinientes</b> • Edad.	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo.	Ficha de Registro	Años
• Sexo.	Condición que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Ficha de Registro	-Masculino -Femenino

## **VII.- METODOLOGÍA**

### **7.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es de Diseño Observacional porque nos limitaremos a la observación y registro de los acontecimientos sin intervenir en el curso natural de éstos.

Es de Nivel descriptivo porque el objetivo de la investigación es describir las variables para su estudio e investigación para luego registrarlas.

Es de corte transversal porque la medición de las variables es por única vez.

### **7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **7.2.1 UNIVERSO**

Todos los pacientes que acuden la clínica odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica año 2015.

#### **7.2.2 UNIDAD DE MUESTRA**

Pacientes de 4 a 6 años que acuden a la clínica de odontopediatría de la clínica de odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica año 2015.

#### **7.2.3 TIPO DE MUESTRA**

La muestra es de tipo No probabilística e Intencional.

#### **7.2.4 TAMAÑO DE MUESTRA**

Se evaluaron 104 pacientes de 4 a 6 años que recibieron atención odontológica en la clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica año 2015.

### 7.3 MUESTRES Y TIPO DE MUESTREO

El muestreo es de tipo No Probabilístico e Intencional.

### 7.4 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

#### 7.4.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se empleó como instrumento una ficha de datos donde se registraron los datos del paciente como la edad y sexo donde se incluyó una escala de comportamiento para determinar el comportamiento del niño observado antes y durante la atención odontológica realizada.

#### ***Escala de Comportamiento de Frankl:***

Es una escala que permite de manera rápida y sencilla evaluar la conducta del paciente durante cada consulta Odontológica; creada en 1962 por el Dr. Spencer N. Frankl y colaboradores.<sup>(32)</sup>

Tiene cuatro escalas: tipo 1, 2, 3, 4 que están representadas por los signos (- - , - , + , + +) y tienen las siguientes características:

<b><i>Tipo 1 (- -) Definitivamente negativo</i></b>	<b><i>Tipo 2 (-) Levemente Negativo</i></b>	<b><i>Tipo 3 (+) Levemente Positivo</i></b>	<b><i>Tipo 4 (+ +) Definitivamente positivo</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rechaza el tratamiento</li><li>• Grita fuertemente</li><li>• Está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Difícilmente acepta el tratamiento</li><li>• No coopera</li><li>• Tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acepta el tratamiento</li><li>• A veces es cauteloso</li><li>• Muestra voluntad para acatar órdenes</li><li>• A veces con reservas pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buena relación y armonía con el Odontólogo</li><li>• Interesado en los procesos odontológicos.</li><li>• Ríe</li><li>• Disfruta</li></ul>

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.

#### **7.4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

La información que se ha recolectado se analizó mediante la estadística descriptiva y la estadística inferencial no paramétrica (Chi cuadrado). La estadística inferencial nos permitió comprobar la hipótesis es decir se determinó la congruencia de la hipótesis con los datos obtenidos.

Se calcularon las distribuciones de frecuencia y se elaboraron las representaciones graficas correspondientes, utilizando el programa SPSS versión 22 y el programa Excel 2015 del paquete OFICCE 2015.

#### **7.4.3 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

##### ***Recolección de datos.-***

La recolección de datos se realizó antes y durante la atención odontológica del paciente niño observando el comportamiento que manifestaba y registrándolo en la Escala de comportamiento de Frankl, que es el instrumento que valora el comportamiento del pequeño paciente.

##### ***Clasificación de datos.-***

Es la etapa donde se procesaron los datos y consistió en seleccionar los datos obtenidos en función de diferentes criterios como la validez de datos, diseño seleccionado, estadígrafos a emplear, etc.

***Codificación de datos.-***

Se procedió a asignar códigos o valores a cada uno de los datos obtenidos con el objetivo de favorecer su identificación, así como el procesamiento estadístico a realizar.

***Tabulación de datos.-***

Se realizó la elaboración y presentación de cuadros estadísticos, de acuerdo con el diseño de investigación que se está considerando y la naturaleza de las escalas de medición de las variables que están en estudio.

***Presentación de datos.-***

Todos los datos procesados así como los resultados obtenidos en nuestra investigación fueron presentados mediante tablas y gráficos.

## VIII.- RESULTADOS

### TABLA y GRÁFICO N° 1

#### PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN GÉNERO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	42	40,4
Femenino	62	59,6
Total	104	100,0

Tabla N° 1: Pacientes participantes según género



Gráfico N° 1: Pacientes participantes según género

En la tabla y gráfico N°1 podemos observar la distribución de pacientes por género, vemos que son 42 pacientes de género masculino que representan el 40,4% y 62 pacientes de género femenino que representan el 59,6%. En total participaron 104 pacientes.

## TABLA y GRÁFICO N° 2

### PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
4 años	28	26,9
5 años	31	29,8
6 años	45	43,3
Total	104	100,0

Tabla N° 2: Pacientes participantes según edad

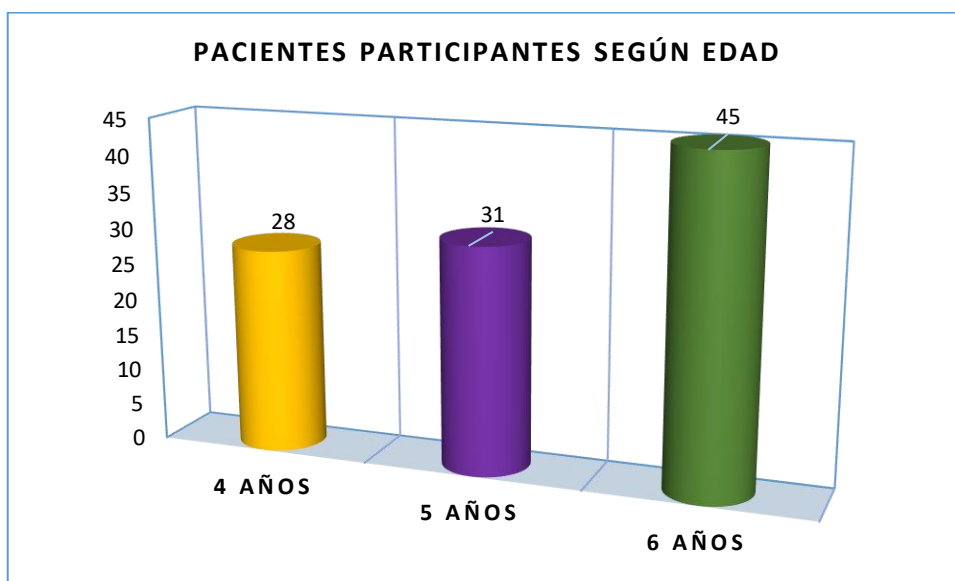


Gráfico N° 2: Pacientes participantes según edad

En la tabla y gráfico N°2 podemos observar la distribución de pacientes por edad, vemos que participaron 104 pacientes, 28 pacientes de 4 años y representa el 26,9%, 31 pacientes de 5 años que representa el 29,8%, y 45 pacientes de 6 años que representa el 43,3%.

### TABLA Y GRÁFICO N° 3

#### ATENCIÓN ODONTOLÓGICA REALIZADA

Atención odontológica	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico	16	15,4
Fluorización	29	27,9
Operatoria	48	46,2
Cirugía	11	10,6
Total	104	100,0

Tabla N° 3: Atención odontológica realizada

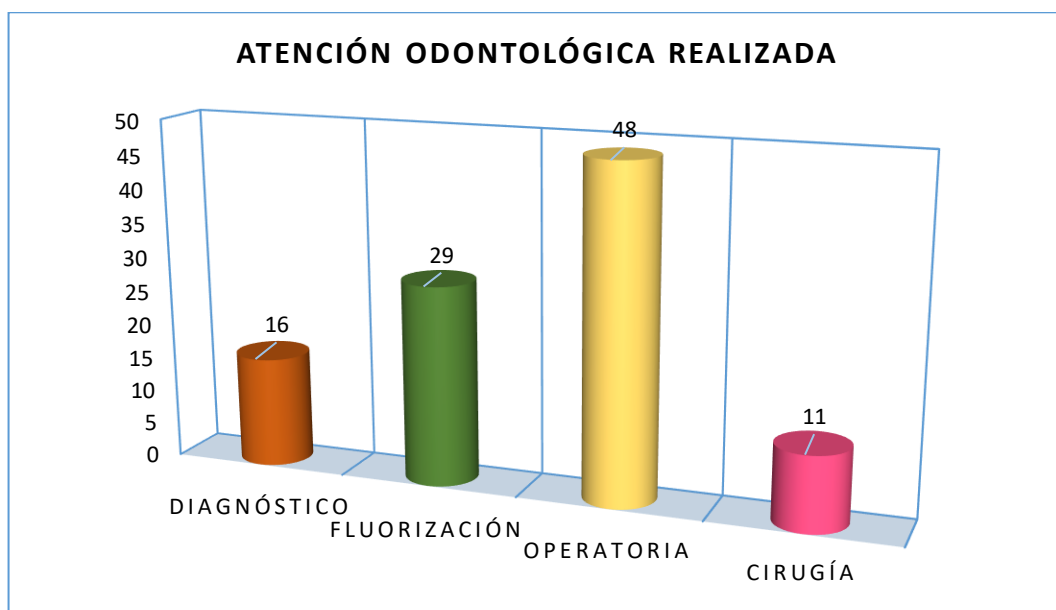


Gráfico N° 3: Atención odontológica realizada

En la tabla y gráfico N°3 podemos observar la atención odontológica realizada, vemos que 16 pacientes que representa el 15,4% recibieron atención de diagnóstico, 29 pacientes que representa el 27,9% recibieron tratamiento de fluorización, 48 pacientes que representa el 46,2%

recibieron atención de operatoria, 11 pacientes que representa el 10,6% recibieron atención de cirugía.

### TABLA Y GRÁFICO N° 4 ESCALA DE COMPORTAMIENTO SEGÚN VALORACIÓN FRANKL

Escala de Valoración Frankl	Frecuencia	Porcentaje
Tipo 1	5	4,8
Tipo 2	35	33,7
Tipo 3	45	43,3
Tipo 4	19	18,3
Total	104	100,0

Tabla N° 4: Escala de comportamiento según valoración Frankl

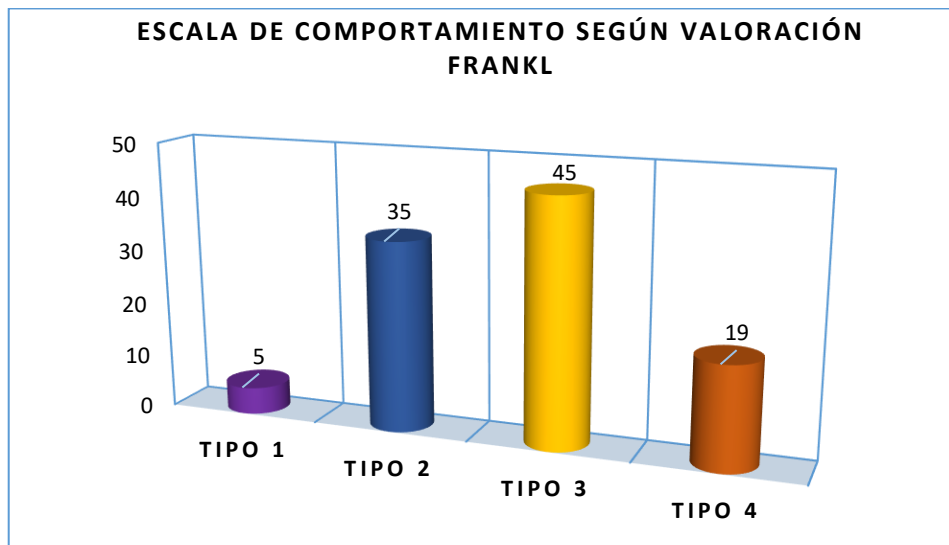


Gráfico N° 4: Escala de comportamiento según valoración Frankl

En la tabla y gráfico N°4 observamos que el 43,3% presenta comportamiento tipo 3 es decir *Levemente Positivo porque aceptan el tratamiento pero con cautela, obedecen y se muestran ansiosos*, seguido del 33,7% que presenta comportamiento tipo 2 *Levemente Negativo porque aceptan el tratamiento con mucha dificultad, se muestran ariscos, lejanos y/o ausentes*. El 18,3% presentaron un comportamiento tipo 4

*Definitivamente positivo porque Ríen, cooperan y disfrutan e inclusive se interesan en el tratamiento. Solo el 4,8% presentaron un comportamiento tipo 1 Definitivamente negativo Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.*

**TABLA N° 5**

**TABULACIÓN CRUZADA SEXO\*ESCALA DE VALORACIÓN FRANKL\*ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Atención Odontológica			Escala de Valoración Frankl				Total
			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Diagnóstico	Sexo	Masculino	0	2	1	2	5
		Femenino	0	1	4	6	11
	Total		0	3	5	8	16
Fluorización	Sexo	Masculino	0	6	2	1	9
		Femenino	1	8	9	2	20
	Total		1	14	11	3	29
Operatoria	Sexo	Masculino	1	9	5	6	21
		Femenino	2	3	20	2	27
	Total		3	12	25	8	48
Cirugía	Sexo	Masculino	1	6	0	0	7
		Femenino	0	0	4	0	4
	Total		1	6	4	0	11
Total	Sexo	Masculino	2	23	8	9	42
		Femenino	3	12	37	10	62
	Total		5	35	45	19	104

Tabla N° 5: tabulación cruzada sexo\*escala de valoración Frankl\*atención odontológica

En la tabla N° 5 observamos que en las diferentes atenciones odontológicas la mayoría de pacientes de sexo femenino presentaron un tipo de comportamiento tipo 3 es decir Levemente Positivo porque aceptaron el tratamiento pero con cautela, obedecen y se muestran ansiosas; sólo 8 pacientes de sexo masculino mostraron comportamiento tipo 3. Mientras que la mayoría de pacientes de sexo masculino presentaron un comportamiento tipo 2 es decir Levemente Negativo porque aceptan el tratamiento con mucha dificultad, mostrándose ariscos, lejanos y/o ausentes. Sólo 12 pacientes de sexo femenino presentaron comportamiento tipo 2. Escasamente tanto en pacientes de sexo masculino y

femenino presentaron comportamiento tipo 1 es decir *Definitivamente negativo con rechazo total del tratamiento, gritar, llorar y no cooperar.*

**TABLA N° 6**

**TABULACIÓN CRUZADA EDAD\*ESCALA DE VALORACIÓN  
FRANKL\*ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Atención Odontológica			Escala de Valoración Frankl				Total
			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Diagnóstico	Edad	4 años	0	3	3	6	12
		6 años	0	0	2	2	4
	Total		0	3	5	8	16
Fluorización	Edad	4 años	1	8	3	1	13
		5 años	0	5	5	2	12
		6 años	0	1	3	0	4
	Total		1	14	11	3	29
Operatoria	Edad	4 años	2	0	1	0	3
		5 años	0	11	6	2	19
		6 años	1	1	18	6	26
	Total		3	12	25	8	48
Cirugía	Edad	6 años	1	6	4	0	11
	Total		1	6	4	0	11
Total	Edad	4 años	3	11	7	7	28
		5 años	0	16	11	4	31
		6 años	2	8	27	8	45
	Total		5	35	45	19	104

Tabla N° 6: tabulación cruzada edad\*escala de valoración Frankl\*atención odontológica

En la tabla N° 6 observamos que en las diferentes atenciones odontológicas la mayoría de pacientes que tienen 4 años presentaron comportamiento tipo 2, seguidos del comportamiento tipo 3 y tipo 4 respectivamente; así mismo la mayoría de pacientes que tienen 5 años presentaron comportamiento tipo 2, seguidos del comportamiento tipo 3 y tipo 4; mientras que la mayoría de pacientes que tienen 6 años presentaron

comportamiento tipo 3, seguidos del comportamiento tipo 2 y tipo 4 respectivamente con 08 pacientes en cada tipo.

**TABLA N° 7**

**TABULACIÓN CRUZADA ESCALA DE VALORACIÓN  
FRANKL\*ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

		Atención Odontológica				Total
		Diagnóstico	Fluorización	Operatoria	Cirugía	
Escala de Valoración Frankl	Tipo 1	0	1	3	1	5
	Tipo 2	3	14	12	6	35
	Tipo 3	5	11	25	4	45
	Tipo 4	8	3	8	0	19
Total		16	29	48	11	104

Tabla N° 7: tabulación cruzada escala de valoración Frankl\*atención odontológica

En la tabla N° 7 observamos que 48 pacientes recibieron atención de operatorias, de los cuales 25 mostraron un comportamiento tipo 3 y 12 pacientes mostraron un comportamiento tipo 2, 08 pacientes mostraron comportamiento tipo 4 y sólo 3 paciente tuvieron un comportamiento tipo 1; es decir 33 pacientes en total presentaron un comportamiento positivo cuando le hicieron operatorias. 29 pacientes recibieron atención de fluorización de los cuales 14 presentaron comportamiento tipo 2, 11 pacientes mostraron un comportamiento tipo 3, 03 pacientes presentaron comportamiento tipo 4 y sólo 01 pacientes presentó comportamiento tipo 1; es decir sólo 14 pacientes presentaron comportamiento positivo en la atención de fluorización.



## IX.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

### **COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS:**

Luego de analizados los resultados que se presentaron en las diferentes tablas procedemos a comprobar y/o contrastar nuestras hipótesis utilizando la prueba del Chi cuadrado de Pearson.

### **COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS:**

Luego de analizados los resultados que se presentaron en las diferentes tablas procedemos a comprobar y/o contrastar nuestras hipótesis.

### **HIPÓTESIS GENERAL.-**

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 no presentan un comportamiento positivo.

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 presentan un comportamiento positivo.

		Edad			Total
		4 años	5 años	6 años	
Escala de Valoración Frankl	Tipo 1	3	0	2	5
	Tipo 2	11	16	8	35
	Tipo 3	7	11	27	45
	Tipo 4	7	4	8	19
Total		28	31	45	104

Observamos en la tabla que el comportamiento POSITIVO prevalece en los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UNICA.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,834 <sup>a</sup>	6	,010
Razón de verosimilitud	18,154	6	,006
Asociación lineal por lineal	2,283	1	,131
N de casos válidos	104		

a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,35.

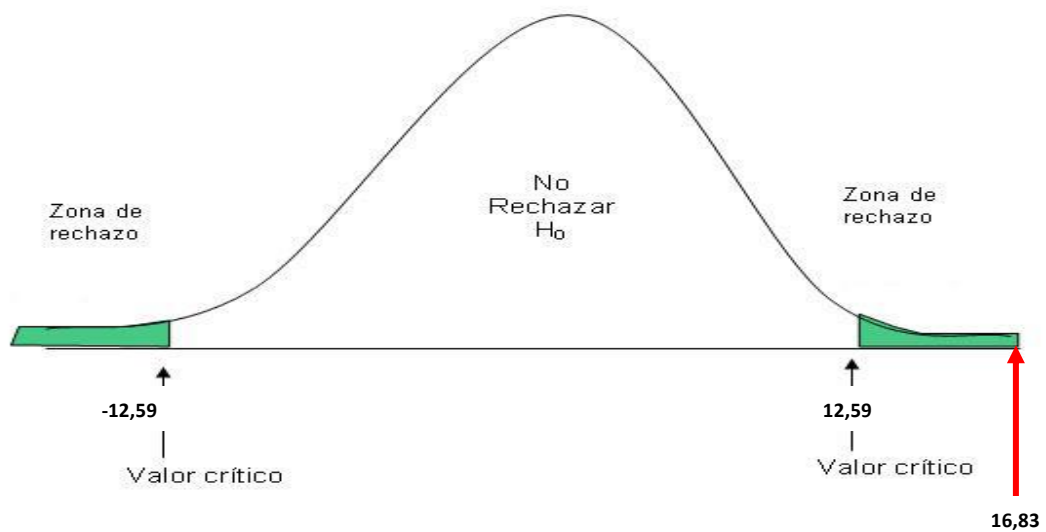
### ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 6

Valor de la Tabla: 12,59

Valor calculado: 16,83

Valor de P = 0.010



Por tanto interpretando la prueba  $X^2$  vemos que el valor Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor  $< 0,05$  entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado **“Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 no presentan un comportamiento positivo”**

## HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.-

### Hipótesis Específica 1:

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes de sexo femenino de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 no tienen un comportamiento positivo con relación a los pacientes de sexo masculino.

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes de sexo femenino de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 tienen un comportamiento positivo con relación a los pacientes de sexo masculino.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Escala de Valoración Frankl	Tipo 1	2	3	5
	Tipo 2	23	12	35
	Tipo 3	8	37	45
	Tipo 4	9	10	19
Total		42	62	104

Observamos en la tabla que el comportamiento POSITIVO prevalece en los pacientes de SEXO FEMENINO atendidos en la Clínica Odontológica de la UNICA

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	19,265 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitud	20,163	3	,000
Asociación lineal por lineal	3,428	1	,064
N de casos válidos	104		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,02.

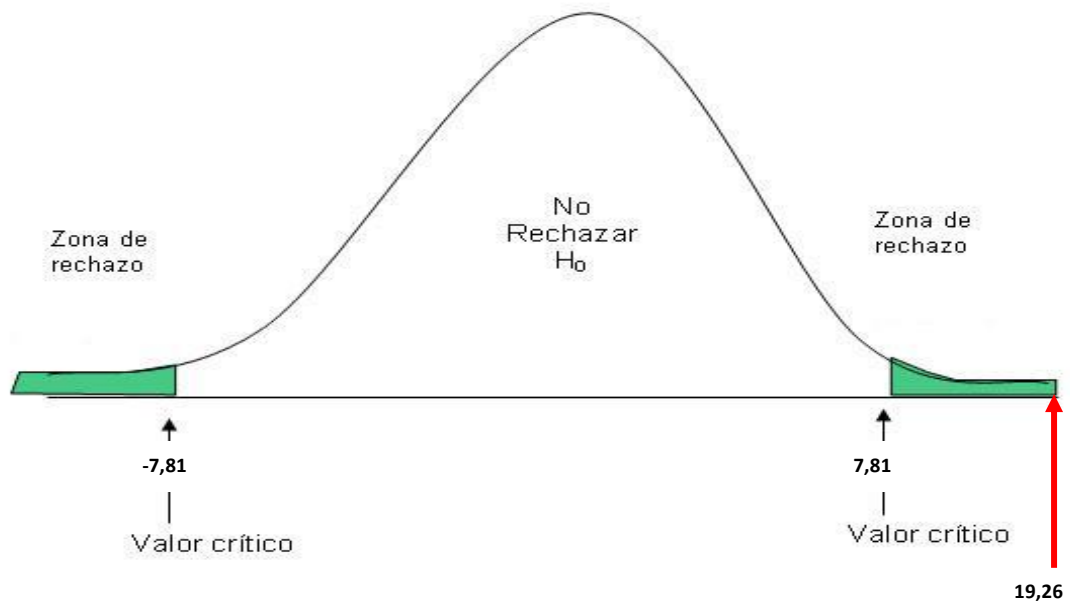
## ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 3

Valor de la Tabla: 7,81

Valor calculado: 19,26

Valor de P = 0.000



Por tanto interpretando la prueba  $X^2$  vemos que el valor Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor  $< 0,05$  entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado **“Los pacientes de sexo femenino de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 tienen un comportamiento positivo con relación a los pacientes de sexo masculino”.**

## Hipótesis Específica 2:

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes de 6 años no tienen un comportamiento positivo con relación a los pacientes de 4 o 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015.

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes de 6 años tienen un comportamiento positivo con relación a los pacientes de 4 o 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015.

		Edad			Total
		4 años	5 años	6 años	
Escala de Valoración Frankl	Tipo 1	3	0	2	5
	Tipo 2	11	16	8	35
	Tipo 3	7	11	27	45
	Tipo 4	7	4	8	19
Total		28	31	45	104

Observamos en la tabla que el comportamiento POSITIVO prevalece más en los pacientes de 6 años respecto los niños de 4 o 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UNICA.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,834 <sup>a</sup>	6	,010
Razón de verosimilitud	18,154	6	,006
Asociación lineal por lineal	2,283	1	,131
N de casos válidos	104		
a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,35.			

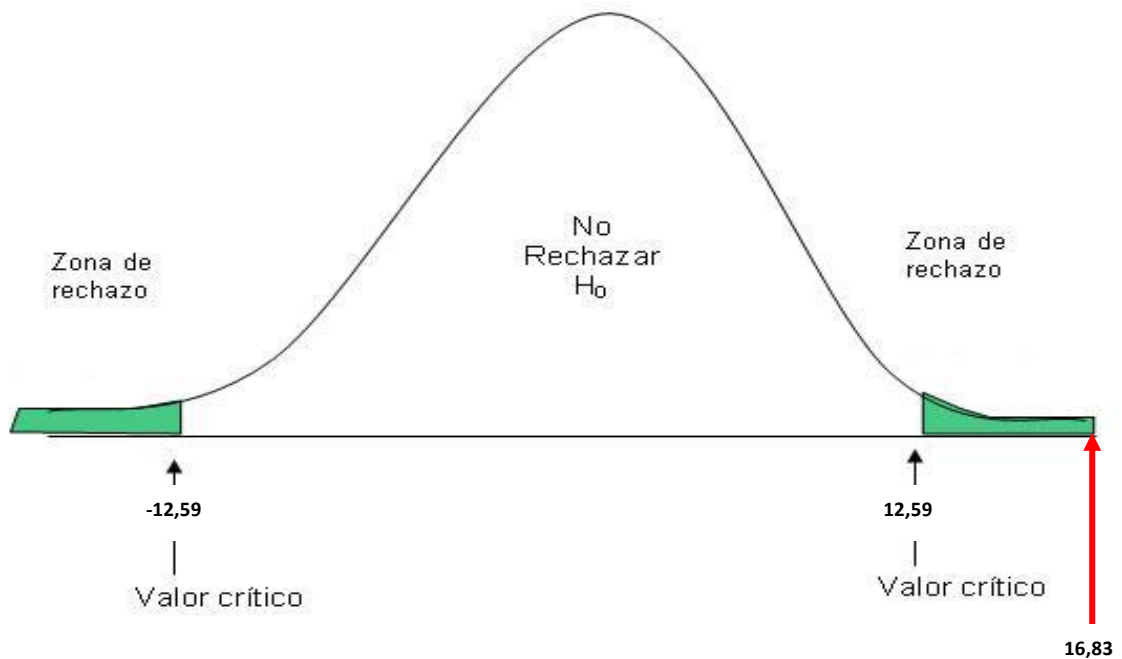
## ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 6

Valor de la Tabla: 12,59

Valor calculado: 16,83

Valor de P = 0.010



Por tanto interpretando la prueba  $X^2$  vemos que el valor Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor  $< 0,05$  entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado **“Los pacientes de 6 años tienen un comportamiento positivo con relación a los pacientes de 4 o 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015”**.

### Hipótesis Específica 3:

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 no tienen diferentes comportamientos según la atención realizada.

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 tienen diferentes comportamientos según la atención realizada.

		Atención Odontológica				Total
		Diagnóstico	Fluorización	Operatoria	Cirugía	
Escala de Valoración Frankl	Tipo 1	0	1	3	1	5
	Tipo 2	3	14	12	6	35
	Tipo 3	5	11	25	4	45
	Tipo 4	8	3	8	0	19
Total		16	29	48	11	104

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	20,501 <sup>a</sup>	9	,015
Razón de verosimilitud	20,393	9	,016
Asociación lineal por lineal	5,844	1	,016
N de casos válidos	104		

a. 8 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

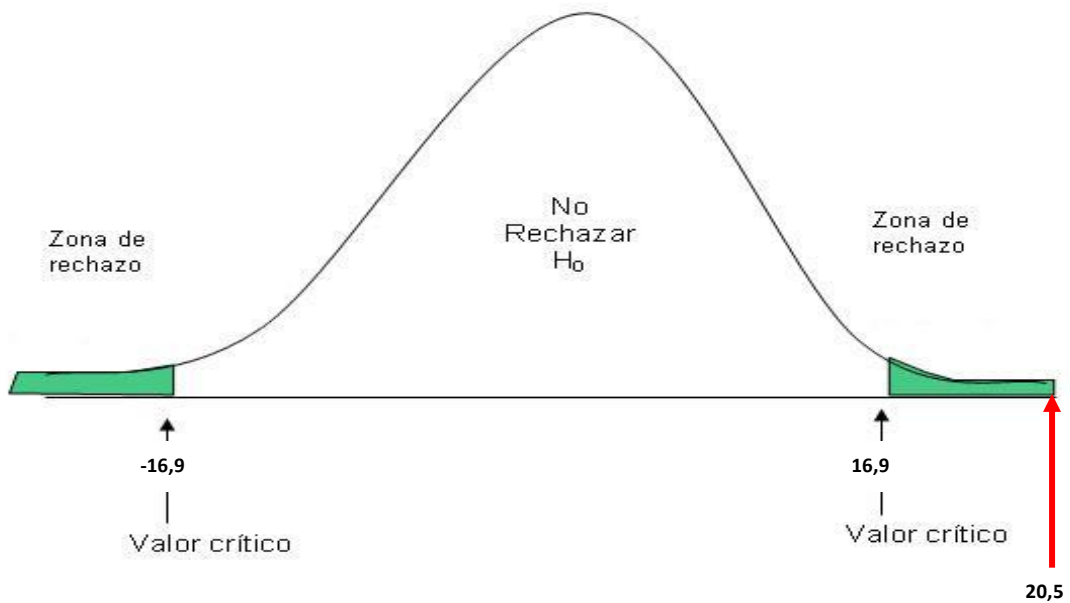
## ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 9

Valor de la Tabla: 16,9

Valor calculado: 20,5

Valor de P = 0.015



Por tanto interpretando la prueba  $\chi^2$  vemos que el valor Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor  $< 0,05$  entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado **“Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 tienen diferentes comportamientos según la atención realizada.**

## X.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber presentado los resultados de nuestra investigación con la respectiva contrastación de hipótesis corroboramos que 62% de los pacientes presentan un comportamiento levemente positivo (+) o definitivamente positivo (++) y un 38% presentan comportamiento levemente negativo (-) o definitivamente negativo (- -), el 45% de pacientes que presentan un comportamiento positivo son de sexo femenino, el 16% son de sexo masculino ello permite que en los diferentes tratamientos cooperen mucho más, así mismo los pacientes de 6 años colaboran más que los de menor edad, sin embargo pese al comportamiento positivo que demuestran también están ansiosos como así indica nuestro resultado del 43% que tienen comportamiento tipo 3 que es levemente positivo, sólo un 18% de los pacientes cooperan y disfrutan del tratamiento que se realiza, por fortuna un escaso 4,1% muestra falta de cooperación, gritando o llorando, es decir hay un rechazo total al tratamiento. Nuestros resultados refieren también que los pacientes se comportan de forma diferente según los tratamientos a realizar, podríamos pensar que son más colaboradores cuando se hacen fluorizaciones, sin embargo nuestros indican que es durante las operatorias que los pacientes tienen un comportamiento levemente positivo de tipo 3, quizá este resultado se debe a que más pacientes se hicieron operatorias que fluorizaciones.

Nuestros resultados se apoyan en investigaciones realizadas en diferentes años y lugares que las tomamos como referencia para la presente investigación. Tal es así que coincidimos con **Baier, (2004)** que refiere que la edad influye en el comportamiento del paciente, nuestros resultados indican que los niños de mayor edad tienen mejor colaboración para sus tratamientos pero mostrando ansiedad en cierta forma. **Shinohara (2005)** refiere que el 66.7% de su muestra presentaron según la escala de Frankl comportamiento tipo 3 y sólo el 3.1% presentó comportamiento tipo 4. Nuestros resultados refieren que es el comportamiento tipo 3 que prevalece en el 43% de la muestra y 18% presentan un comportamiento tipo 4.

**Reis (2008)** concluyó que el 93.4% de los pacientes presentaron un comportamiento positivo (+ o ++) y tan solo el 6.6% de los mismos un comportamiento negativo (- o --), halló que mientras mayor sea la edad del niño mejora su comportamiento. Nuestros resultados concluyen que en total el 62% presentan comportamiento (+ o ++) es decir levemente positivo o definitivamente positivo, y un 38% un comportamiento (- o --).

Así mismo **Rezende-L (2011)** concluye que su muestra tiene comportamiento “definitivamente positivo” (n=10) o “positivo” (n=25) y la percepción es más favorable cuando eran mayores. **Yang (2011)** concluye que al aumentar la edad hay mejora en la conducta del niño. **De Freitas (2012)** evidencia que la mayoría de niños tenían un comportamiento definitivamente positivo (73,91%). Nuestros resultados coinciden con todos ellos.

## XI.- CONCLUSIONES

Luego del análisis e interpretación de los resultados de la investigación, se llegó a las conclusiones siguientes:

1. Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 presentan un comportamiento positivo en el 62% y un comportamiento negativo en el 38 % de pacientes.
2. Los pacientes que tienen un comportamiento más positivo son de sexo femenino con un 45% respecto a los pacientes de sexo masculino que representan el 16%. Sin embargo un 15% de pacientes de sexo femenino y un 24% de pacientes de sexo masculino tienen comportamiento negativo durante los diferentes tratamientos realizados.
3. El 34% de pacientes que tienen 6 años presentan comportamiento positivo, respecto al 14% de pacientes de 5 años y 14% de pacientes con 4 años que también presentan comportamiento positivo.
4. Los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 presentan diferentes tipos de comportamiento según el tratamiento a realizar.

## **XII.- RECOMENDACIONES**

1. Hacer el esfuerzo por revertir el comportamiento negativo de los pacientes de 4 a 6 años atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica – 2015 con la finalidad que se termine satisfactoriamente el plan de tratamiento indicado.
2. Propiciar un ambiente más empático con los pacientes de sexo masculino para generar más confianza y puedan mostrar un comportamiento positivo como los pacientes de sexo femenino.
3. Aplicar tratamientos que permitan la empatía entre odontólogo y paciente niño, logrando un comportamiento definitivamente positivo.
4. Entender que no todos los pacientes ya sea por sexo, edad o tratamiento a realizar se comportaran de igual forma, sino que tendrán comportamientos diferentes que debemos de tener en cuenta.

### XIII.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Sanglard I, Frauches M, Costa A. Estudo sobre as variaves que poden influenciar o comportamento da crianca na primera consulta de un tratamento odontologico. JBP 2001Marzo- Abril; 4 (18): 137-41.
2. BergeM, Veerkamp J, Hoogstraten.Prins. Parenteral belieelfs on the origin's of child dental fear in the Netherlands. ASDC J dentist Child 2001 January - February; 68(1): 51-54.
3. Townend E, Dimigen G, Fung D. A Clinical study of child dental anxiety. Behav Resther 2000; 38 (1): 31-46.
4. Colares V, Richman L. Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. ASDC J. Dent. Child 2002;69(1): 87-89.
5. Baier, K. Milgrom, P. Russell, S. Mancl, L. Yoshida, T. 2004. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. Pediatric Dentistry. 26(4):316-321.
6. Shinohara, S. Nomura, Y. Shingyouchi, K. Takase, A. Ide, M. Moriyasu, K. Idaira, Y. Takahashi, T. Yamada, Y. Aoyagi, Y. Asada, Y. 2005. Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment. Journal of Oral Science. 47(2):91-96.
7. Paulo J, Pineda L, Cárdenas J, Manrique R, Álvarez C. Evaluación del beneficio de la técnica de sedación inhalada con Óxido Nitroso para un tratamiento odontológico invasivo en niños entre 4 y 12 años de edad. Revista CES Odontología 2007; 20(1): 25-31.
8. Reis, F. Dias, MR. Leal, I. A consulta no setting odontopediátrico: A percepção subjectiva do medo. Análise Psicológica 2008. 2(26):239-250.

9. Yang, C. Zou, H. Zou, J. 2011. Analysis on dental uncooperative behaviors of the first-visit children in clinic. West China Journal of Stomatology. 29(5):501-504.
10. Oliveira M, et, al. Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2012;12(4):483-89.
11. Ramirez Campos Ruth Lixse. Influencia de la ansiedad dental del acompañante en la conducta y ansiedad de niños de 6 a 14 años durante la atención odontológica en la clínica odontológica de la Universidad Norbert Wiener; 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima, Facultad de Estomatología. Universidad Norbert Wiener, 2016.
12. Paredes Cornelio Briam Davis. Nivel de ansiedad y valoración del comportamiento de pacientes odontopediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Trujillo, Facultad de Estomatología. Universidad Privada Antenor Orrego, 2016.
13. Villasante V. Rocío, Padilla C. Tania C. Influencia de la técnica de modelado con video en niños no cooperadores durante el tratamiento dental. Revista Estomatologica del Altiplano. 2014; 1(1):35-39.
14. Urbina, S. Relación entre Ansiedad y Respuesta Fisiológica en el niño durante su primera visita odontológica. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima, Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006.
15. Barber, TK. Luke, LS. Odontología restaurativa. En: Odontología pediátrica. Manual moderno; México DF:142 año 1985.

16. Bin, X. Sun, Z.. La actuación del tutor de educación sobre el comportamiento de un tratamiento oral para la infancia. Revista de la Universidad de Pekín. 44(1):125-129 año-2012
17. Garrett J. Manifestaciones del Miedo Dental. 1999 Jan-Jul. Disponible en: URL <http://medicmiedo.paciente/odontología.htm>.
18. Beks L. Situaciones más comunes que producen temor en los pacientes infantiles durante la consulta odontológica. 1998 Jul-Dic. Disponible en: URL <http://momento.miedo.paciente/odontología.htm>.
19. Eisenberg J. Orígenes del miedo al odontólogo. 1993 Jan-Jul. Disponible en: URL <http://origen.miedo.paciente/odontología>.
20. Hibbeler R. El miedo dental y sus consecuencias. 1ª Ed. Canadá: Kapelusz; 2000
21. Berge T, Veerkamp J, Hoogstraten I. The etiology of childhood dental Fear: the role of dental and conditioning experiences. *Anxiety Disord.* 2002; 16: 321-329.
22. Foyalan MO., Adekoya-Sofowora CA., Otuyemi OD., Ufomata U. (2002). Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *Int J Paediatr Dent* 12(4):255-9.
23. Klingberg G, Broberg A. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent.* 2007; 17(6): 391-406.
24. Cabeza-Cabrera, CV. Ortiz Villagómez, G. Valoración en la evolución de la conducta de los niños de la clínica de Odontopediatría de la

FMUAQ, durante su tratamiento según la escala de Frankl. Querétaro, México. Tesis 2004.

25. Furman-Kahn, EM. Hacia la construcción de una clínica odontológica agradable para los niños en la facultad de odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. 2004.
26. Wright G, Alpen G. Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. *ASDC J Dent Child*. 2001; 38(2):124-8.
27. Gallegos, L. Miegimolle, M. Planells, P. Manejo de la conducta del paciente maltratado. *Acta Odontológica Venezolana*. 40(3):315-319. Año-2002
28. Lima-Álvarez, M. Casanova-Rivero, Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Revista de humanidades médicas*. 6(16):1-21. año-2006.
29. Rojas-Alcayaga, G. Misrachi-Launert, C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en Odontoestomatología*. 20(4):185-191. Año-2004.
30. McDonald, Ralph.-- *Odontología pediátrica y del adolescente* | Ralph McDonald, David Avery; 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1990. pp. 45-67.
31. *Odontología Pediátrica* | J. R. Pinkham [et al.]; 11ª ed. México: Editorial Interamericana, 1991.-- pp. 277-288.
32. Frankl SN, Shiere F., Fogels H. (1962). Should the parent remain with the child in the dental operator? *J Dent Child* 29:150-163.

## XIV.- ANEXOS

COMPORTAMIENTO Y/O CONDUCTA EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES  
DE 4 A 6 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA – 2015

Edad: 4 años ( ) 5 años ( ) 6 años ( )

Sexo: Masculino (M)

Femenino (F)

Atención Odontológica:

- Diagnóstico ( )
- Fluorización ( )
- Operatoria ( )
- Cirugía ( )
- Endodoncia ( )

### ESCALA DE VALORACIÓN DE FRANKL

Evalúe el comportamiento del niño durante la atención dental, de acuerdo a la siguiente pauta, y marque lo que Ud. observa.

TIPO	CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA
Tipo 1 (- -)	Definitivamente negativo	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.
Tipo 2 (-)	Levemente Negativo	Acepta el tratamiento con mucha dificultad, se muestra arisco, lejano y/o ausente.
Tipo 3 (+)	Levemente Positivo	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso.
Tipo 4 (+ +)	Definitivamente positivo	Ríe, coopera y disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

TIPO 1 ( )

TIPO 2 ( )

TIPO 3 ( )

TIPO 4 ( )