

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN-LEON.

AREA DE CONOCIMIENTO DE ODONTOLOGIA



Monografía para optar al título de Cirujano Dentista.

**Clasificación del comportamiento según escala de Frankl en pacientes
pediátricos.**

Área Estratégica: Educación

Línea de Investigación: Investigación Educativa

Autores:

Br. Dayana Iveth López Moreno.

Br. Karen Raquel Lumbi Salas.

Br. Yohelna María Rostran Salas.

Tutora: Dra. Fabiola Paredes Rostran.

León, abril 2025.

“2025: 46/19 Siempre más allá! avanzamos en la Revolución!”. ”

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el comportamiento de los pacientes pediátricos atendidos en la clínica de Odontopediatría I del área de conocimiento de Odontología de una universidad pública, utilizando como herramienta principal la escala conductual de Frankl. Esta escala permite clasificar la conducta del niño en cuatro categorías, desde definitivamente negativo hasta definitivamente positivo, facilitando así una mejor comprensión y manejo durante la atención odontológica.

Se aplicó un enfoque descriptivo, de corte transversal, mediante la observación directa de las conductas presentadas por los niños durante la consulta, relacionándolas con variables como edad, sexo y tipo de comportamiento del acompañante (padre o tutor). Los resultados revelaron que el comportamiento más frecuente fue el levemente positivo (50,0%), seguido del definitivamente positivo (40,5%). Asimismo, se determinó que la mayor parte de los pacientes se encontraba en el grupo de edad de 6 a 8 años, y el sexo femenino fue el que predominó con comportamientos levemente negativo. En cuanto al tipo de padres, los motivados representaron al 85,8% de la muestra, lo que refleja una actitud favorable hacia la atención odontológica infantil.

En conclusión, el estudio destaca la importancia de identificar el comportamiento del paciente pediátrico y el papel fundamental que juegan los padres durante la atención odontológica. Se recomienda la implementación continua de estrategias de manejo conductual por parte de los estudiantes y profesionales, con el fin de brindar una atención más efectiva y humanizada, contribuyendo así a la salud oral infantil de manera integral.

Palabras Claves: Comportamiento, Pediátrico, Conducta.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – León (UNAN – León)
FUNDADA EN 1812
Dirección Específica de Cirugía Dental

León 28 abril 2025

**Dr. Domingo Pichardo - Director área de Conocimiento de Odontología
Su Despacho.**

Estimado Dr. Pichardo:

Por medio de la presente me dirijo a usted para hacer de conocimiento que las
bachilleras:

- ✓ **Bra. Dayana Iveth López Moreno.**
- ✓ **Bra. Karen Raquel Lumbi Salas.**
- ✓ **Bra. Yohelna María Rostran Salas.**

Han terminado satisfactoriamente su Informe Final de Investigación, el cual llena las
condiciones necesarias para que pueda ser defendido. Este trabajo se intitula:

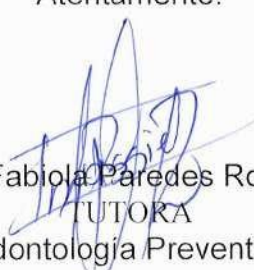
“Clasificación del comportamiento según escala Frankl en pacientes pediátricos.”

Área Estratégica: Educación

Línea de Investigación: Investigación Educativa

Agradeciendo su atención a la presente, aprovecho la ocasión para reiterarle mis
saludos.

Atentamente.


Dra. Fabiola Paredes Rostran.

TUTORA
Área de Odontología Preventiva y Social.

Agradecimientos

A Dios, por habernos dado la vida, la salud, la paciencia y la fuerza para culminar esta etapa tan importante para nosotras. Sin su guía y protección, este logro no habría sido posible.

A nuestras familias, en especial a nuestros padres por sus consejos, sus palabras de aliento, su ayuda incondicional quienes fueron nuestros mayores promotores de este proceso.

A nuestra tutora Dra. Fabiola Paredes, por su valiosa orientación compromiso y dedicación durante todo el proceso de esta investigación. Gracias por su paciencia, exigencia constructiva y por motivarnos a darnos lo mejor de nosotras.

A nuestros docentes quienes a lo largo de esta carrera nos compartieron no solo sus conocimientos, si no también sus experiencias, enseñándonos a ser profesionales íntegros y empáticos.

A nuestros pacientes por la confianza que nos brindaron a lo largo de nuestra preparación académica.

Finalmente, agradecemos a cada persona que, con una palabra, un gesto o una sonrisa, aportó a este logro. Esta tesis no solo es un trabajo académico, es el reflejo de todo un proceso de crecimiento, aprendizaje y perseverancia, que no habríamos logrado solas.

Dayana Moreno.

Karen Lumbí.

Yohelna Rostran.

Dedicatoria.

A Dios, mi guía, mi refugio y mi fortaleza. Gracias por darme la vida, por sostenerme en los momentos que sentí que no podía más, y por recordarme cada día que todo tiene un propósito.

A la virgencita, que con su ternura me ha acompañado silenciosamente. Gracias por interceder por mí cuando más lo necesité y por recordarme que nunca estoy sola.

A mi hermano Eduan, que, aunque no puedes acompañarme físicamente en este momento, has sido mi mayor inspiración. Tu lucha incansable y tu fortaleza ante la adversidad. Has sido mi ejemplo de valentía, y tu sonrisa, incluso en medio del dolor me ha recordado siempre que rendirse no es una opción. Este logro es para ti.

A mi madre, mi pilar, mi ejemplo de amor y sacrificio, gracias por enseñarme que todo esfuerzo vale la pena y que nunca es tarde para alcanzar los sueños. Cada logro que obtengo lleva tu nombre grabado.

A mis papitos y toda mi familia mi motor y apoyo desde niña, que han estado conmigo en cada logro, gracias por enseñarme el valor de la vida y las cosas, y por crear en mí la mujer en la que me he convertido hasta el día de hoy. Gracias por sus palabras de aliento, por sus oraciones y por estar presentes en cada etapa de este recorrido.

A mis amigos que me acompañaron durante estos años, gracias por salvarme un poco la carrera y un poco la vida, por estar conmigo en aquellos momentos que fueron difíciles y sobre todo en aquellos que fueron días felices, los llevaré en mi corazón. Agradezco por haber compartido la vida universitaria con buenas personas.

Con amor Dayana Moreno.

A Dios por su inmenso amor, por concederme la vida, sabiduría y todas las habilidades necesarias y maravillosas que me ha brindado para poder culminar mi carrera profesional, por guiarme en este camino y ayudarme a ser motivo de orgullo para mis seres queridos. A la virgen María por ser mi compañera en mis penas y glorias.

A mi madre, Karen, quien siempre será mi mayor tesoro, por haberme dado el ser, por brindarme su amor entregándome pedazo a pedazo su corazón entero, por haber sido siempre mi fuente de fortaleza y mi lugar seguro.

A mi mita, Blanca, a quien admiro por su sabiduría, entereza, por brindarme sus enseñanzas desde los primeros años de vida y la actualidad, haciéndose notable hoy en mi formación como ser humano y profesional.

A mi hermana, Cristhy por su compañía, su cariño y su hombro en el que tuve apoyo en mis situaciones difíciles en este camino.

A mi papá del corazón, Carlos, por su apoyo incondicional, por brindarme su confianza a ojos cerrados y manos llenas, por estar siempre al pendiente de mi y mis necesidades, agradeciendo poder compartir muchos logros a lo largo de mi vida y formación profesional.

A mi familia que ha sido mi mayor bendición, y sin sus oraciones y palabras de ánimo, no estaría en este momento cumbre de mi vida profesional.

Con cariño, Karen.

A Dios, principio y fin de todo, quien con infinita misericordia me ha sostenido, guiado y fortalecido en cada paso de este largo y hermoso camino. A Él, que ha sido mi refugio en las tormentas y mi alegría en los triunfos, dedico la gloria de este logro.

A mis amados padres, que, con sacrificio, amor incondicional y profunda fe, sembraron en mi semillas del esfuerzo, la esperanza y la perseverancia. Gracias por no soltar mi mano, por creer en mi incluso cuando mis propias fuerzas flaqueaban, y por enseñarme que los sueños se construyen día a día, con humildad y valentía.

A mis queridas hermanas;

Blanca lydia, compañera de vida y ejemplo de bondad.

María René, apoyo incondicional en cada momento de mi existencia.

María Jesús, cuyo cariño y aliento han sido bálsamo para mi alma.

Yohana Mariam, fuente de inspiración y fortaleza.

A mi querida mita, quien, con su sabiduría, sus consejos cargados de amor y su fé inquebrantable, ilumino mi camino incluso en los días más grises, su voz, siempre llena de ternura y verdad, permanece viva en cada uno de mis logros.

A todos ustedes, parte esencial de mi historia, les ofrezco este triunfo, que no es solo mío, si no también el reflejo de su amor, su fé y su esperanza en mí

Con el corazón lleno de gratitud dedico esta obra a cada uno de ustedes, que han sido luz en mi sendero y fuerzas en mis batallas.

Yohelna Rostran S.

Índice

Contenido

i.	Resumen.	
ii.	Autorizacion.	
iii.	Agradecimientos.	
iv.	Dedicatoria.	
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	Objetivos	3
III.	Marco Referencial.....	4
A.	Definición paciente pediátrico	4
B.	ESTUDIO DEL DESARROLLO EMOCIONAL	5
C.	Teorías del desarrollo emocional.....	5
D.	Etapas del desarrollo emocional.....	6
E.	Consideraciones generales	7
F.	Antecedentes-historia	8
G.	Evaluación del paciente.....	8
H.	Clasificación del comportamiento	10
I.	Factores condicionantes.....	10
J.	Tipo de padres:.....	11
K.	Triada Odontólogo - Niño - Padres.....	12
L.	Clasificación de la conducta	13
M.	CARACTERÍSTICAS DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD.....	15
N.	TIPOS DE COMPORTAMIENTOS	16
O.	La influencia de los padres	20
P.	MANEJO DE LA CONDUCTA	22
IV.	DISEÑO METODOLOGICO	29
A.	Tipo de estudio	29
B.	Área de Estudio	29
C.	Población de estudio	29

D.	Muestra	29
E.	Tipo de muestreo.....	29
F.	Unidad de análisis	29
G.	Criterios de inclusión	29
H.	Criterios de exclusión	29
I.	Recolección de datos	30
J.	Aspectos éticos	30
K.	Procesamiento de datos.....	31
V.	Resultados	32
VI.	Discusión de Resultados.....	36
VII.	Conclusiones	38
VIII.	Recomendaciones	39
IX.	Bibliografía.....	40
ANEXOS		42

I. INTRODUCCIÓN

El comportamiento del niño es muy variable a la hora de la atención odontológica, logrando observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos, sin embargo, en la mayoría de los casos llegan a ser excelentes pacientes odontológicos.

La siguiente investigación trata sobre el conocimiento del manejo del comportamiento del paciente pediátrico por los estudiantes en la atención odontológica y comprensión sobre el desarrollo emocional y psicológico del niño. La colaboración del paciente pediátrico es esencial para lograr un excelente tratamiento dental, haciendo que sea lo menos desgastante posible, formando un ambiente adecuado en el que el niño confíe en el profesional y así permitir realizar con éxito la consulta odontológica.

El comportamiento del paciente pediátrico va a depender de algunos factores como el desarrollo y etapa de crecimiento en el que se encuentra el lugar y el ambiente odontológico, las condiciones socioculturales, que rodea su ambiente familiar y demás elementos a los cuales están expuestos. Comportamiento de los padres

Es muy importante que el profesional reconozca el comportamiento del niño en el consultorio dental, para lo cual se podría utilizar la escala conductual de Frankl, ya que es muy utilizada en el diagnóstico, de tal manera que pueda utilizar la técnica más adaptada según las características que presente el niño.

El primer contacto con el niño tiene que ser de forma positiva para lograr un ambiente placentero, de tal forma que exista una participación por parte del paciente durante el procedimiento dental, el estudiante y profesional deberá entablar una buena comunicación para conocer al paciente, utilizando un lenguaje claro y preciso. La primera cita debe ser del agrado del niño, debe llevarse una buena experiencia para así mantener una buena relación en las próximas citas odontológicas e incluso hasta llegar a su edad adulta. Esta investigación contribuye

en la salud integral de manera directa e indirecta en beneficio del paciente pediátrico.

Se pretende realizar esta investigación con el objetivo de evaluar el manejo del comportamiento del paciente pediátrico utilizando la escala de puntuación del comportamiento de Frankl ya que esta nos permitirá disponer de un registro y una amplia categorización del comportamiento del niño, lo cual nos da indicios del grado de cooperación que nos brindará el paciente durante su atención.

II. Objetivos

Objetivo General:

Evaluar el comportamiento en pacientes pediátricos que son atendidos en clínica de Odontopediatría I en el área de conocimiento de odontología de una universidad pública.

Objetivos Específicos:

- 1- Identificar el comportamiento del paciente pediátrico según escala de puntuación de Frankl.
- 2- Determinar el tipo de comportamiento del paciente pediátrico en la cita odontológica en relación a la edad y el sexo.
- 3- Establecer el tipo de comportamiento de los padres/tutor durante la atención odontológica del niño.

III. Marco Referencial

El comportamiento tiene bases hereditarias y a consecuencia de la interacción del niño con el medio, la primera cita no se puede alterar más que en límites estrechos, la segunda cita si se puede controlar y desarrollar para obtener una respuesta apropiada en el infante.

Durante su introducción al consultorio se trata de establecer comunicación con el niño y facilitar su adaptación al medio clínico, el cual debe tener una decoración adecuada, con motivos infantiles, espejos en los lavamanos, gabachas con diseños de muñecos, globos en los pasillos, etc., además, es necesario que el operador y los auxiliares conozcan las diferentes etapas que pasa el infante durante su desarrollo, para poder emplear las técnicas de manejo de conducta.

A. Definición paciente pediátrico:

La edad pediátrica comprende desde el nacimiento hasta los 14 o 18 años, según los países, abarcando un variado surtido de pacientes desde el neonato pretérmino hasta el adolescente con muy diferentes características. El niño como cualquier ser vivo debe adquirir todas las capacidades necesarias para sobrevivir en el medio lo más rápidamente posible (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

En esta adquisición hay dos procesos determinantes, el crecimiento (aumento de tamaño corporal) y el desarrollo (aumento de complejidad funcional), ambos serán muy importantes en el primer año de vida. Crecimiento y desarrollo hacen que el niño presente unas características propias y diferenciales en cuanto a morfología, fisiología, psicología (puede existir una escasa o nula colaboración tanto para realizar la valoración preanestésica como para realizar determinados procedimientos) y patología (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

Estas diferencias se acentúan, cuanto menor sea la edad, siendo máximas en el neonato y lactante (especialmente en el neonato pretérmino), para hacerse mínimas a partir de los 12 años (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

B. ESTUDIO DEL DESARROLLO EMOCIONAL

Para lograr un buen entendimiento es importante conocer los fundamentos básicos del desarrollo emocional del paciente y las características de cada una de las etapas del desarrollo desde el nacimiento hasta la edad adulta. Esto permitirá al clínico determinar qué tipo de comportamiento esperar, así como diferenciar si las características del paciente se ajustan a las de su edad (Darío Cárdenas, 2003).

El estudio del desarrollo emocional, sin embargo, es un tema controvertido y ha sido interpretado de diferentes maneras por diversos autores. La pregunta fundamental que se ha tratado de responder es, cuál es o cuáles son las causas por las que un individuo desarrolla su personalidad y estilo de comportamiento. Distintas teorías han explicado el proceso desde distintos puntos de vista, tales como la sexualidad, el razonamiento o el medio ambiente. Las escuelas que han planteado los principales modelos de desarrollo son: (Darío Cárdenas, 2003).

C. Teorías del desarrollo emocional

Teoría psicoanalítica: Postulada por Freud, entiende el desarrollo humano como un proceso causado por fuerzas inconscientes, que desde el nacimiento llevan a la formación de la personalidad, por medio del desarrollo de la sexualidad del individuo. Se caracteriza por la definición de tres elementos claves que componen la personalidad, el ego, el yo y el super yo, que se consolidan en cinco etapas de formación: la oral, la anal, la fálica, la de latencia y la genital (Darío Cárdenas, 2003).

La teoría psico-social: Fue propuesta luego por Ericksson como una variación de la psico-sexual, la cual hace su énfasis en el desarrollo de la personalidad por influencias sociales y culturales sobre el yo en diferentes etapas de la vida (Darío Cárdenas, 2003).

Teoría organísmica: Contrario a la teoría psicoanalítica, esta perspectiva explica el desarrollo emocional y psicológico del niño por medio del perfeccionamiento de sus habilidades cognitivas. El individuo aprende sus

habilidades motoras y emocionales por medio de un proceso de adaptación y por iniciativa propia. Piaget fue el principal exponente de esta teoría y describió cuatro diferentes etapas para explicar este proceso: la etapa sensor o motora, la preoperacional, la de operaciones concretas y la de operaciones formales (Darío Cárdenas, 2003).

Teoría mecanicista: La teoría mecanicista plantea que el desarrollo de un niño desde su nacimiento se da por su capacidad para responder a los cambios del medio externo, donde actúa como un reactor a estímulos que van condicionando su comportamiento, y no a fuerzas inconscientes como sugiere el psicoanálisis o a un desarrollo cognoscitivo como lo señala la perspectiva organísmica. A diferencia de las otras teorías que proponen diferentes etapas de desarrollo, sexuales o cognitivas, la perspectiva mecanicista se fundamenta en dos conceptos básicos, el conductismo, propuesto por Skinner y Pavlov y el aprendizaje social por Bandura, los cuales determinan el desarrollo de la personalidad

(Darío Cárdenas,2003).

Teoría humanística: Esta teoría, propuesta por Maslow, explica el desarrollo del individuo por medio de la superación de diferentes niveles en las que logra satisfacer necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia amor estima y auto realización (Darío Cárdenas, 2003).

D. Etapas del desarrollo emocional

Lactancia: Esta etapa transcurre desde el nacimiento hasta aproximadamente los tres años de edad, y se caracteriza por ser un período donde hay un desarrollo muy rápido de las distintas habilidades motoras, tales como caminar

(Darío Cárdenas,2003).

Infancia temprana: En este período, que transcurre entre los 3 y 6 años, aproximadamente, se presenta un desarrollo elevado de W comunicación verbal y los niños comienzan a ser menos dependientes de sus padres, a compartir y a

relacionarse con otros niños de su edad. Es, también, una etapa en la que el juego y la creatividad tienen un papel fundamental para el desarrollo

(Darío Cárdenas, 2003).

Infancia intermedia: Esta etapa transcurre entre los 6 y los 12 años y, por lo tanto, está relacionada con la formación escolar. Es un período en el que hay una marcada influencia de factores culturales externos y donde el individuo desarrolla profundamente sus capacidades cognitivas (Darío Cárdenas, 2003).

Adolescencia: Existe una controversia sobre si la adolescencia es la etapa final del desarrollo de la infancia o si, más bien, es la primera etapa de la edad adulta. Esto debido a que se trata de una etapa que se caracteriza más por la búsqueda de una identidad emocional, cultural y sexual que por el desarrollo de habilidades motoras o cognitivas (Darío Cárdenas, 2003).

E. Consideraciones generales

La clasificación del comportamiento del paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son importantes para definir el tipo de manejo del comportamiento que se le dará al paciente. Sin embargo, dada su naturaleza cualitativa, no es posible hacer un diagnóstico en forma precisa y estática, como el que se hace con otras entidades, por ejemplo, la caries dental (Darío Cárdenas, 2003).

El diagnóstico del comportamiento debe ser dinámico y cambiante y supone un análisis constante del paciente. Es necesario evaluarlo, desde el ingreso a la consulta, pasando por todos los procedimientos operatorios, hasta el postoperatorio. También, es necesario determinar los cambios que se presentan a medida que avanza el proceso de desarrollo emocional entre cita y cita

(Darío Cárdenas, 2003).

Es difícil, entonces, establecer diagnósticos homogéneos en el comportamiento, como se hace al evaluar una maloclusión Clase II división 2, debido a la gran variedad de factores que pueden influenciar el comportamiento,

desde una estructura de personalidad, hasta la hora del día en que se atiende. Esto implica que pueda haber un gran rango de variabilidad inter individual, así se trate de pacientes de la misma familia, o intra individual entre cita y cita, o aun en la misma cita (Darío Cárdenas, 2003).

En última instancia, el objetivo es realizar una evaluación completa del comportamiento del paciente y de los factores condicionantes que lo influyen, con el fin de hacer una selección correcta del tipo de técnicas y métodos de intervención terapéutica (Darío Cárdenas, 2003).

F. Antecedentes-historia

Como primer paso en la elaboración del diagnóstico del comportamiento, deben considerarse tanto los antecedentes odontológicos del paciente como las experiencias previas que puedan causar diversos comportamientos. Por ejemplo, el estado emocional y la actitud de un paciente que asiste a una cita por primera vez es muy diferente al de aquel que tuvo una experiencia negativa previa que requirió tratamiento doloroso (Darío Cárdenas, 2003).

En la anamnesis se debe indagar sobre el tipo de procedimientos específicos que se le hicieron, su actitud, el manejo que recibió por parte del odontólogo, así como sobre otras experiencias médicas que pudieran afectar el comportamiento

(Darío Cárdenas, 2003).

Es también importante establecer el desarrollo emocional actual del niño, cuál es el comportamiento en su entorno del colegio con amigos, o en la casa, así como determinar si existen factores que predisponen un comportamiento negativo, tales como amenazas de los padres o influencias de hermanos o amigos

(Darío Cárdenas, 2003).

G. Evaluación del paciente

Primera cita: El diagnóstico es, en esencia, un proceso de observación constante de la actitud comportamiento del paciente, así como de su respuesta a estímulos calculados. El momento inicial, antes de entrar a establecer una

comunicación, es una excelente oportunidad para observar al niño, con el fin de evaluar su actitud y temperamento. En estos casos pueden presentarse diferentes situaciones, entre las cuales se incluyen las siguientes: (Darío Cárdenas, 2003).

Timidez: Los temperamentos tímidos generalmente están asociados con niveles altos de ansiedad. En estos casos se observa que el paciente es muy callado, está físicamente muy cerca y sostenido de la madre y no sostiene la mirada (Darío Cárdenas, 2003).

Temor: Por lo general se trata de pacientes con experiencias negativas previas, que lloran desde el momento de ingresar a la sala de espera y manifiestan abiertamente que tienen miedo. En muchas ocasiones se resisten a entrar y la madre debe cargarlos o trasladarlos físicamente (Darío Cárdenas, 2003).

Agresividad: Contrario al paciente con temor, este paciente rechaza el tratamiento con una agresión verbal o física hacia sus padres, o hacia el profesional o el personal auxiliar (Darío Cárdenas, 2003).

Durante la primera cita es prioritario establecer comunicación verbal y visual con el paciente, antes que hacerlo con los padres (Darío Cárdenas, 2003).

Actividad aumentada: Con pacientes inquietos que manifiestan con su ansiedad un comportamiento hiperactivo. Corren y quieren jugar con distintos implementos del consultorio y, además, hacen una gran cantidad de preguntas

(Darío Cárdenas, 2003).

Actitud amigable: Son pacientes con los cuales puede establecerse un buen grado de comunicación física y verbal y presentan, además, aceptación que la separación física de los padres (Darío Cárdenas, 2003).

Indiferencia: Es más frecuente observar esta actitud en pacientes pre adolescentes y adolescentes. A pesar de haber aceptación, se muestran indiferentes y poco comunicativos (Darío Cárdenas, 2003).

H. Clasificación del comportamiento

También es importante evaluar permanentemente el comportamiento motor del paciente: Aspectos tales como la respuesta motora, el contacto visual, su respuesta a estímulos verbales o no verbales y el tipo de llanto le permiten al clínico establecer el grado de comunicación y cooperación potenciales del niño. El objetivo final del proceso es clasificar el comportamiento del paciente (Darío Cárdenas, 2003).

Aunque es difícil hacer un diagnóstico preciso, hay en la literatura distintos métodos de evaluación que pueden servir de orientación, tales como la Escala de Frankl, Shiere y Fogels, la Escala de Houpt, la Escala de la Universidad de North Carolina y la Escala de la Universidad de Ohio (OSUBRS). Pero más allá de utilizar una escala rígida, lo fundamental es hacer una sinopsis del tipo de comportamiento y documentar su evolución cita a cita (Darío Cárdenas, 2003).

I. Factores condicionantes

Además de realizar una evaluación de la actitud del paciente, es necesario analizar las características que pueden ser factores condicionantes de su comportamiento, tales como: (Darío Cárdenas, 2003).

Estado de desarrollo emocional: Una evaluación del estado de desarrollo emocional del paciente permite determinar el comportamiento que se debe esperar según la edad, el desarrollo y el tipo de comunicación establecida. Es diferente el diagnóstico y manejo que se da, por ejemplo, a un niño de 20 meses, que se encuentra en una etapa sensor y motora y cuya comunicación verbal es limitada, que, a otro de 5 años, ya entrado en la etapa de operaciones concretas, con el cual se puede dialogar (Darío Cárdenas, 2003).

Temperamento-personalidad: Estudios recientes confirman que el temperamento es un buen predictor del comportamiento odontológico. Se ha observado que los temperamentos con alto grado de timidez y aproximación están más asociados con ansiedad y comportamiento disruptivo (Darío Cárdenas, 2003).

Características educativas y culturales: Existen diferencias en el comportamiento, dependiendo del tipo de educación y cultura que rodean al paciente. Por ejemplo, los niños que reciben una estimulación temprana desarrollan más rápidamente sus habilidades comunicativas, pero, al mismo tiempo, son más activos y ansiosos, mientras que pacientes de origen rural, sin ese tipo de estimulación, presentan un menor desarrollo verbal, pero son menos ansiosos y activos

(Darío Cárdenas, 2003).

J. Tipo de padres:

El comportamiento de los padres y su relación con el niño son factores condicionantes indiscutibles. Por lo tanto, hay necesidad de establecer desde un principio una buena comunicación con ellos, así como el orientar y controlar la relación triangular paciente-odontólogo-padres. En cuanto a la presencia de los padres en la sala de trabajo no hay pautas generales que deban seguirse. La decisión debe tomarse individualmente, dependiendo de las circunstancias y las características específicas de cada paciente, aunque la tendencia es cada vez mayor a permitirles el ingreso y a hacerlos partícipes del proceso

(Darío Cárdenas, 2003).

El análisis hecho para catalogar el tipo de padres incluye factores objetivos, tales como el estado civil, la edad, el número de hijos y el grado de escolaridad, así como sus rasgos emocionales (Darío Cárdenas, 2003).

Padres motivados: Constituyen la gran mayoría y son aquellos que tienen un interés por la salud oral de sus hijos y quieren participar y aceptar la orientación del odontólogo (Darío Cárdenas, 2003).

Padres ansiosos: Aunque son padres motivados y colaboradores, su presencia puede resultar contraproducente para el manejo del niño, debido a su alto nivel de ansiedad. En estos casos es recomendable de calmarlos, dedicarles tiempo y, en algunos casos, solicitarles que no estén presentes (Darío Cárdenas, 2003).

Padres autoritarios: En caso de que los padres sean muy autoritarios el odontólogo debe tomar control de la situación desde un comienzo. Aunque son los padres quienes finalmente toman la decisión de realizar un tratamiento, es el odontólogo quien debe orientar y definir la forma como se ha de hacer. No se trata de crear una confrontación, sino de establecer unos mecanismos de comunicación claros y constructivos (Darío Cárdenas, 2003).

Padres manipuladores: Al igual que en el caso anterior, son padres que, de una manera sutil por medio de comentarios, sugerencias, intentan imponer la forma como debe tratarse al niño. Nuevamente, no puede confundirse la participación de los padres con una manipulación que conduzca al odontólogo a perder su seguridad y capacidad de decisión (Darío Cárdenas, 2003).

Padres indiferentes: Contrario a las situaciones descritas, en esta ocasión se trata de padres que no muestran una gran motivación al llevar a sus hijos a la consulta. No les interesa la salud oral del niño o desconocen la importancia. Un ejemplo común son aquellos padres que sólo llevan sus hijos a consulta cuando tienen una urgencia o una necesidad estética. Es importante reconocer estas situaciones y hacer un trabajo para motivarlos y comprometerlos, antes de continuar con el tratamiento (Darío Cárdenas, 2003).

K. Triada Odontólogo - Niño - Padres

Al trabajar con niños la relación es de uno a dos; es decir que la relación se da entre el odontólogo, el niño y los padres, o la familia; estableciéndose el triángulo clásico de odontopediatría (Boj, Catalá, García-Ballesta, & Mendoza, 2006).

En este triángulo el niño se ubica en el vértice, siendo el foco de atención tanto para la familia como para el odontólogo. Esta triada se enfocará en los cuidados necesarios de la salud oral del niño. El especialista debe mantener, con el paciente y con sus padres, una comunicación fluida basada en la verdad, lo que permitirá generar confianza y crear un vínculo personal (Boj, Catalá, García-Ballesta, & Mendoza, 2006).

Odontólogo

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio. Debe ser el ejemplo para todo el personal, manteniéndose objetivo y conservando su capacidad para evaluar a cada niño con exactitud (Boj, Catalá, García-Ballesta, & Mendoza, 2006).

Niño

El tratamiento dental del niño será exitoso al comprender su conducta. Hay que entender que los niños no son pequeños adultos. Los niños de diferentes edades tienen conocimientos propios del mundo que los rodea. Es necesario que nos comuniquemos y dirijamos de manera breve y directa, en lugar de dar explicaciones largas, debido a que a los niños se les puede dificultar su entendimiento (Boj, Catalá, García-Ballesta, & Mendoza, 2006).

Padres

Los padres desde el momento del nacimiento modelan la conducta del niño permitiendo o prohibiendo diferentes aspectos en su comportamiento. Ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño ante nuevas situaciones. Se pueden observar padres con conductas manipuladoras, hostiles, sobre indulgentes, autoritarias, e incluso padres carentes de afecto, lo que generará conductas negativas en el niño; mientras que los padres que permiten autonomía y expresan afectos generarán niños amistosos, cooperadores y atentos con conductas positivas (Darío Cárdenas, 2003).

L. Clasificación de la conducta:

La clasificación clínica del niño de WRIGHT establece tres categorías:

- Colaborador.
- No colaborador.
- Colaborador en potencia (Mayorga, 2013).

Colaborador: El extrovertido, que va con entusiasmo a la consulta y sociabiliza con el odontólogo (Mayorga, 2013).

No colaborador: Generalmente es el niño que tiene necesidades especiales, es por eso que no es capaz de colaborar (Mayorga, 2013).

Colaborador en Potencia: Con conducta incontrolable, conducta desafiante, resistencia pasiva o tímido (Mayorga, 2013).

Escala conductual de Frankl

Es una escala descrita originalmente por Frankl, útil para reconocer el tipo de paciente al que se va a atender. También es conocida como la escala de valoración del comportamiento de Frankl. Se trata de una medición práctica, sencilla, fiable y fácil de aplicar. Esta escala divide el comportamiento observado en cuatro categorías, que van desde definitivamente negativo a definitivamente positivo

(Darío Cárdenas, 2003).

Definitivamente negativo (--) : Rechaza el tratamiento, presenta llanto intenso y enérgico, grita fuertemente, movimientos fuertes de las extremidades, comportamiento agresivo, no es posible la comunicación verbal, presenta temor o negativismo extremo (Darío Cárdenas, 2003).

Levemente Negativo (-): Difícilmente acepta el tratamiento o rechaza el tratamiento, movimientos leves de las extremidades, falta de cooperación, acepta y acata algunas órdenes, comportamiento tímido, bloquea la comunicación, llanto monotónico, presenta una actitud negativa, malhumor y resentimiento

(Darío Cárdenas, 2003).

Levemente Positivo (+): Acepta el tratamiento de manera cautelosa, llanto esporádico, se puede establecer comunicación verbal, coopera, muestra voluntad

para hacer caso y seguir las instrucciones del odontólogo, pero en ocasiones se muestra reservado (Darío Cárdenas, 2003).

Definitivamente positivo (++): Buena comunicación, relación y armonía con el odontólogo, cooperación, muestra interés y motivación en los procedimientos odontológicos, relajación y control de las extremidades, con risa y disfrute

(Darío Cárdenas, 2003).

M. CARACTERÍSTICAS DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD

Infancia (nacimiento-2 años): Ser totalmente dependiente de la madre, visitan al odontólogo sólo por emergencia. Se oponen al examen oral. No hay comunicación con el odontólogo. Reaccionan bruscamente si se separan de la madre. Según Freud esta etapa corresponde al período oral y anal y según Piaget al período sensorio motor (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

Infancia temprana (2-4 años): Estado de transición de infancia a preescolar. Ser autónomo e independiente, inicia exploración del ambiente, pero en momentos de temor regresa a la madre. Primera visita debe reducirse a profilaxis. Se aconseja que la madre acompañe al pequeño durante el tratamiento sólo si éste tiene buen comportamiento (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

Edad preescolar (4-6 años): Puede tener miedo de separarse de los padres, relaciona al odontólogo con castigo. Su conducta es impredecible, gusta de los cuentos y es el mayor número de pacientes problemas. En esta edad es particularmente importante el manejo del niño, pues en este momento se puede determinar su actitud a la odontología por toda la vida. Según Freud corresponde al período fálico y según Piaget al período preoperacional

(García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

Edad escolar (6-9 años):

A los 6 años: Constante actividad e inicia proyectos que no termina, inicia celos a sus hermanos y es un paciente colaborador en el consultorio y en casa. Según Freud se encuentra en el periodo de latencia y según Piaget en el período de operaciones concretas (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

A los 8 años: Niño más tranquilo, pausado y sociable con los de su mismo sexo, discrimina al sexo opuesto. Reciente autoridad de los padres por lo que su mejor comportamiento lo exhibe fuera de casa o cuando hay extraños. Según Freud se encuentra en el periodo de latencia y según Piaget en el período de operaciones concretas (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

A los 9 años: Edad intermedia entre niñez y adolescencia, aumenta independencia. Tiene héroes. Según Freud se encuentra en el periodo de latencia y según Piaget en el período de operaciones concretas (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

Pubertad (10-12 años): Período de latencia, buen comportamiento en el consultorio, introvertido muestra resentimiento que la madre se mezcle en sus cosas. Le gusta ver televisión, leer y releer las revistas y lo único que le interesa son sus amigos (García Górriz & Munar Bauzá, 2012).

N. TIPOS DE COMPORTAMIENTOS

Niño que Cooperar

El niño(a) cooperador(a) es un paciente que en la mayoría de los casos ha pasado por etapas difíciles de adaptación al tratamiento dental, puede que en sus inicios como paciente haya sido no cooperador, pero con el manejo adecuado de su conducta se convirtió paciente cooperador. Estos niños reaccionan de modo conveniente a los momentos críticos de la cita dental (Darío Cárdenas, 2003).

El niño que No coopera

Estos(as) niños(as) que no pueden superar o no desean afrontar los estímulos y exigencias conductuales de la consulta dental. Incluye a los(as) niños(as) muy pequeños con quienes no puede comunicarse, así también los

pacientes con alguna discapacidad intelectual. Pueden dividirse en distintas categorías como:

(Darío Cárdenas, 2003).

Categoría I: El niño con alteraciones emocionales cuando la angustia que produce una cita dental se complica con la de un padecimiento emocional, a menudo se origina una crisis conductual. Los niños con trastornos emocionales, en general, son pacientes muy difíciles. Por lo general los padres no tienen idea alguna de que algo anda mal. Los trastornos emocionales pueden presentarse en niños abandonados y maltratados (Darío Cárdenas, 2003).

El odontólogo, si identifica esta situación debe expresar su opinión al padre, ya que esto puede beneficiar al niño con el tratamiento. Este niño se puede reconocer por ser ansioso, distraído y con mirada esquiva (esta última característica es muy frecuente en niños maltratados) (Darío Cárdenas, 2003).

Categoría II: El niño tímido o introvertido

Este es un problema común, la experiencia dental puede causar tensión emocional al niño tímido; lo que puede derivar en conductas evasivas como el llanto el cual puede adoptar forma de un tímido sollozo. El introvertido rara vez muestra comportamiento evasivo, es difícil para los tímidos someterse a la consulta dental (Darío Cárdenas, 2003).

Un manejo adecuado y correcta aplicación de las técnicas de modificación de la conducta pueden lograr convertirlos en pacientes admirables, porque la consulta dental es un ámbito social en el que el odontólogo es su amigo, sabe su nombre, se interesa por él, y desea conversar (Darío Cárdenas, 2003).

Categoría III: El niño atemorizado

Es un reto para el dentista, médico, profesor, padres y cualquier otro que lo trate. El temor abarca desde miedo a las jeringas y el daño corporal, el temor general a lo desconocido. Resulta difícil saber cuándo el miedo otras causas motiven la falta

de cooperación. Esta conducta se puede ver a la incapacidad del niño de vencer el miedo, a pesar de las explicaciones del dentista o sus padres, ya sea por su edad cronológica (menor 36-40 meses), por desarrollo mental tardío o retraso mental (Darío Cárdenas, 2003).

Si la reacción de niño es excesiva pueden ser por alteraciones emocionales, por incorporar miedo de sus compañeros, hermanos o padres (miedos adquiridos) o porque el paciente sufrió una experiencia excesiva o dolorosa en el consultorio médico o dental, o en el hospital, en el pasado (temor aprendido)

(Darío Cárdenas, 2003).

Categoría IV: El niño reacciona a la autoridad, algunos adjetivos que se pueden aplicar son: consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes. Hay niños en quienes la mala conducta en el consultorio dental no se debe a alteraciones emocionales, introversión o temores; sino más bien a la aversión que les causa la autoridad. Los niños de esta categoría buscan sentirse superiores y captar la atención por medio de cuatro objetivos mal dirigidos (Darío Cárdenas, 2003).

Atención indebida: Se caracteriza por ser fastidioso, irritante, molesto, burlón, quebrantador del orden. Logran la atención de los demás mediante su conducta manipuladora

(Darío Cárdenas, 2003).

El niño cooperativo tenso

Es emocionalmente estable y en su mayoría un buen paciente. Este niño requiere complacer al odontólogo y a sus padres. El dentista puede no percatarse de la necesidad de premedicación a menos que interroga exhaustivamente a los padres (Darío Cárdenas, 2003).

Nos podemos dar cuenta cuando el niño no durmió la noche anterior a la cita y fue el baño con mayor frecuencia de lo normal. Se puede pre medicar para:

- Cuando se vaya a realizar un tratamiento extenso.

- Ayuda al niño a sobrellevar la situación.
- Facilitar la ejecución del tratamiento dental (Darío Cárdenas, 2003).

El niño aprehensivo

Usualmente llora y se aferra a sus padres en la sala de espera, pero se calmará cuando lo deje sólo con el dentista y su equipo. Se puede pre medicar para:

- Cuando se vaya a realizar un tratamiento extenso.
- Ayuda el niño a sobrellevar la situación.
- Facilitar la ejecución del tratamiento dental (Darío Cárdenas, 2003).

El niño desafiante: Es frecuentemente indisciplinado, y el odontólogo puede que sea la primera persona que le dice que “no” al niño(a). En algunos casos puede ser necesario que el padre suministre algún tranquilizante al niño y lo maneje con firmeza. Se puede pre medicar para:

- Cuando se vaya a realizar un tratamiento extenso.
- Ayuda al niño a sobrellevar la situación.
- Disminuir la oposición del niño.
- Facilitar la ejecución del tratamiento dental (Darío Cárdenas, 2003).

El niño hiperactivo

Es el más difícil de pre medicar porque su sistema es muy inestable y puede desactivar el medicamento produciendo epinefrina y norepinefrina. El niño pequeño y el severamente retardado, está en esta categoría. Se puede pre medicar para:

- Disminuir la oposición conductual del niño.
- Facilitar la ejecución del tratamiento dental (Darío Cárdenas, 2003).

O. La influencia de los padres

Las actitudes de sus mayores pueden describirse bajo algunas circunstancias que permiten anticipar hasta cierto punto el comportamiento de los niños

(Boj, Catalá García-Ballesta & Mendoza, 2006).

Sobre afecto: Situación frecuente en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada, en el hijo único, en el adoptado, o en el menor de la familia. Son niños con una preparación inadecuada para ocupar su debido lugar en la sociedad, en la escuela o en el hogar. En el consultorio demuestra poco valor, recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y rehusando dejarles, abrazándose o tomándoles de la mano (Boj, Catalá García- Ballesta & Mendoza, 2006).

Sobreprotección: Se observa con frecuencia en madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle que juegue otros con el argumento que pueden dañarlo o contagiarlo. El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situaciones y rehúsa jugar con otros niños en igualdad de condiciones, pretende guiar al dentista en lo que este hace, no aceptando algunos instrumentos adolece en resumen de falta de disciplina

(Boj, Catalá García -Ballesta & Mendoza, 2006).

Sobre indulgencia: Actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres son jóvenes inexpertos, o cuando un hijo único obtenido con dificultad. Se ejerce sobre el niño sobre afecto y sobreprotección motivados por el temor y la ansiedad. El niño así tratando depender de sus padres para tomar decisiones y emprender actividades, responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas, muy notorio en la consulta odontológica

(Boj, Catalá García- Ballesta & Mendoza, 2006).

Sobre autoridad: Los padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos en un determinado tipo de comportamiento, a este efecto se impone una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y a veces cruel. Esto producen el niño

un negativismo, pasividad e inseguridad, lo cual es perfectamente observable en el consultorio

(Boj, Catalá García- Ballesta & Mendoza, 2006).

El dentista autoritario puede identificarse con la figura paterna o materna, manteniendo ese esquema, pero debería en cambio permitir al niño la expresión del temor, o de sus necesidades y motivaciones para capacitarlo gradualmente a la adaptación de las exigencias del tratamiento

(Boj, Catalá García- Ballesta & Mendoza, 2006).

Falta de afecto: La indiferencia de los padres para con el niño se manifiesta cuando disponen de poco tiempo para atenderle, por incompatibilidad entre el padre y la madre, cuando la concepción no ha sido deseada o el sexo del niño no fue el esperado. El niño que vive esta situación suele ser tímido y retraído, indeciso, se asusta con facilidad, en un intento de llamar la atención puede desarrollar ciertos hábitos como rehusar la comida, onicofagia, succión digital, etc. En la conducta asume las modalidades típicas del niño tímido, el afecto legítimo del profesional puede conducir gradualmente a este niño a una relación muy satisfactoria para ambos (Boj, Catalá García- Ballesta en & Mendoza, 2006).

Rechazo: Por las mismas causas anteriores más aquellas representadas por celos de los padres, mala situación económica, inmadurez; estos actúan alejados del niño manteniendo con él una actividad negativa de crítica, de castigo, de disciplina exagerada e inconstante: el resultado suele ser niño desobediente e imperioso, que puede ser misterioso (Boj, Catalá García- Ballesta & Mendoza, 2006).

El profesional que reconozca esta circunstancia puede con comprensión y preocupación llegar a ser muy estimado por el niño, en el fondo necesita afecto como cualquiera, solo que no lo entrega con facilidad, porque el ambiente le ha enseñado a protegerse (Boj, Catalá García – Ballesta & Mendoza, 2006).

P. MANEJO DE LA CONDUCTA

El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y un conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño. Las tendencias sociales, las actitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias jurídicas han llevado a que se revisen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente (McDonald & Avery 2000).

A diferencia de otras áreas, la naturaleza cualitativa del comportamiento no permite establecer parámetros exactos para los procedimientos específicos que se deben realizar en las diversas situaciones clínica (McDonald & Avery 2000).

A continuación, se presentan unas pautas generales sobre el manejo clínico y las diferentes técnicas no farmacológicas de manejo del comportamiento

(McDonald & Avery 2000).

➤ **Técnicas de manejo de la conducta no farmacológicas**

La comunicación con el paciente pediátrico es lo primordial para dirigir su conducta, mediante habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal. Es importante que tanto la comunicación del asistente auxiliar como la comunicación del odontólogo con el niño sean en una sola dirección para no confundirlo (Darío Cárdenas, 2003).

Establecer contacto visual y sonreír, sentarse al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona son maneras de realizarlo. La conversación debe ser natural y agradable, brindando interés sobre los gustos y actividades del niño (Darío Cárdenas, 2003).

Técnica de Comunicación

Decir-Mostrar-Hacer

Es una técnica bastante sencilla y efectiva, que disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. Su finalidad es familiarizar al niño con el equipo, instrumental y procedimientos odontológicos. Esta técnica se debe llevar a cabo de

la siguiente manera: a) primero decir y explicar lo que se le hará, b) después se le enseña el instrumental y se le mostrará cómo se va a llevar a cabo la técnica y c) luego se efectúa la técnica tal y como se le explicó y demostró; todo esto haciendo uso de un vocabulario adecuado para la edad del niño (Darío Cárdenas, 2003).

Está indicada en todos los pacientes que puedan comunicarse, siendo las únicas contradicciones los pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el odontólogo trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos que se puedan presentar. El éxito de esta técnica dependerá del vocabulario que se emplee, siendo adecuado para el nivel cognoscitivo del paciente

(Darío Cárdenas, 2003).

Control mediante la voz

Con esta técnica el odontólogo adopta una actitud autoritaria. Está destinada a restablecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no colaboradora, tratándose generalmente de una rabieta. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente y de proyectar la intención de que es el profesional quien toma las decisiones (Darío Cárdenas, 2003).

La expresión facial del profesional debe acompañar al cambio de tono de voz. No deben transmitirse mensajes distintos, uno de forma verbal y otro de forma paraverbal. En ocasiones el clínico incluso puede realizar control de voz solo con la expresión facial (Darío Cárdenas, 2003).

Motivación/Refuerzo positivo

Cuando un paciente ha aceptado voluntariamente permitir la realización del procedimiento pese a su temor, resulta necesario reforzar a modo de agradecimiento y estimulación dicha modificación de su conducta a través de elogios que reconozcan su esfuerzo (Tiol Carrillo & Martínez Escorcía, 2018).

Asimismo, esta técnica debe ser empleada en niños cooperadores, incitándolos a continuar con esa actitud positiva en espera de un premio que será entregado una vez finalizada la consulta, y que será directamente proporcional al grado de cooperación brindada por él. Para esta técnica es importante la autodeterminación del odontólogo para hacer comprender al menor que será acreedor a la recompensa siempre y cuando su conducta sea completamente positiva y que de no serlo no recibirá dicho estímulo (Tiol Carrillo & Martínez Escorcia, 2018).

Refuerzo negativo

Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo. Al igual que la técnica de refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en conjunción con control de voz para expresar desaprobación (Tiol Carrillo & Martínez Escorcia, 2018).

El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos. Estos están contraindicados, ya que son contraproducentes y llevan a que se genere una actitud negativa hacia el tratamiento. En cuanto a las promesas que se utilicen para condicionar el comportamiento, estas deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse (Tiol Carrillo & Martínez Escorcia, 2018).

Modelado

La técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se espera de él. Esto se logra empleando modelos, que son sometidos a circunstancias similares a las que ha de experimentar el paciente. Puede hacerse en vivo o por medio de videos. El niño observa el comportamiento del modelo durante toda la cita odontológica: en la entrada, en el tratamiento, en la salida de la consulta y también cuando es recompensado por su buen comportamiento (Darío Cárdenas, 2003).

Está indicada en pacientes que tengan el suficiente desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica. No está contraindicado en ningún paciente, aunque es de poca utilidad en pacientes de corta edad porque aún no tienen el desarrollo emocional adecuado para entender la técnica

(Darío Cárdenas, 2003).

Presencia o ausencia de los padres

Es evidente que la sensación de ansiedad aumenta en el niño frente a sus padres durante la consulta dental; sin embargo, en ocasiones puede ser benéfico la presencia de ellos durante la misma. Conforme a las actitudes que el niño demuestre a lo largo del procedimiento, se podrá permitir la presencia de los padres, y en caso de que el comportamiento del niño sea negativo, se les indicará a los padres que se retiren del área de trabajo (Tiol Carrillo & Martínez Escorcía, 2018).

En la mayoría de las ocasiones, en niños no cooperadores la presencia de los padres empeora la actitud negativa del niño, por lo que se preferirá que en el área de trabajo se encuentren exclusivamente el odontólogo, sus asistentes y el menor (Tiol Carrillo & Martínez Escorcía, 2018).

Distracción

La imaginación de un niño es sumamente lábil, lo cual nos permite manipularla a conveniencia. Indagar durante el interrogatorio sobre gustos y preferencias del menor es recomendable para poder entablar una buena comunicación con temas de su interés y estimular la confianza. Es importante mantener una comunicación constante para desviar la atención del procedimiento dental a través del uso de la imaginación y la fantasía o mediante conversaciones sobre temas específicos (programas de televisión, películas, personajes, etc.)

(Tiol Carrillo & Martínez Escorcía, 2018).

Escape Contingente

Se busca que el paciente tenga el control de la situación, de modo que, con una indicación suya, por ejemplo, al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento, por ejemplo, que el odontólogo detenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea apropiado (Darío Cárdenas, 2003).

Técnicas No comunicativas

Mano sobre boca

Esta es una técnica muy controvertida, que está entrando en desuso. Consiste en colocar la mano, suave pero firmemente, sobre la boca del niño, con el fin de aislar el sonido y establecer la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz. El retiro de la mano se condiciona a la colaboración del niño. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre boca y nariz impidiendo la respiración, como se reportó en la literatura durante algún tiempo. Antes de aplicarla, se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres

(Darío Cárdenas, 2003).

Bloques de mordida, abre bocas.

Se emplean para el tratamiento de los maxilares y el control de la apertura de la boca. Algunos niños necesitan el recordatorio que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos. Para el control de la cavidad oral se pueden utilizar depresores linguales o bien dispositivos comercializados, existen distintos tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño y en caso de utilizar bloques de mordida se les atara con hilo de seda como dispositivo de seguridad por si lo hemos de sacar súbitamente de la boca (E. Barberia Leache, 2002).

Inmovilización Física

En ciertas ocasiones es necesario recurrir a la inmovilización parcial o total del paciente, con el fin de proteger su propia integridad física. Se busca restringir

firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, el personal auxiliar o los mismos padres, o puede usarse un dispositivo de restricción. También se puede inmovilizar la boca, mediante el uso de bloques de mordida o distintos tipos de abre bocas. Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres, antes de utilizar la técnica (Darío Cárdenas, 2003).

Técnicas de manejo de la conducta farmacológicas

Sedación Consciente

Aquella que permite la comunicación del paciente con las personas que le atienden (Agarwal, 2008).

Leve

Este medicamento (o combinación de medicamentos) se suele usar en niños más grandes y en adultos. El niño estará tranquilo y despierto, y a veces podrá hacer lo que el dentista o el cirujano le pidan que haga. Después del procedimiento puede que el niño ni siquiera recuerde cosas sobre la consulta odontológica. Los dentistas y cirujanos orales pueden administrar estos medicamentos en forma segura mientras hacen su trabajo, porque el niño permanecerá despierto

(Agarwal, 2008).

Sedación Profunda

La sedación profunda es bastante inusual ya que a la mayoría de niños es posible tratarlos, a lo sumo, con sedación ligera. Este tipo de farmacología será elegida en niños que requieren tratamientos largos y presentan escasa o nula cooperación ya que será imposible realizarles series radiográficas en la primera visita, y en el caso de que decidiéramos, fracasarán todas las técnicas básicas para el manejo de conducta. Las vías de administración más comúnmente usadas son la rectal, la nasal y la intramuscular (Agarwal, 2008).

Anestesia General

La anestesia general se define como un estado reversible de inconsciencia producido por agentes anestésicos, con la pérdida de la sensación de dolor de todo el cuerpo (Salazar, 1999).

Específicamente en el área odontológica podríamos precisar, que son indicaciones de anestesia general:

- Niños con experiencias previas médico-odontológicas iatrogenizantes y en los que no es posible lograr una comunicación positiva ni la cooperación necesaria para el tratamiento (Salazar, 1999).

- Pacientes alérgicos a los anestésicos locales: Los anestésicos locales pueden provocar reacciones de hipersensibilidad en niños y adultos alérgicos

(Salazar, 1999).

- Niños y adultos con discrasias sanguíneas: La anestesia infiltrativa troncular puede provocar hemorragias en los espacios faríngeos laterales, aun estando el paciente en terapia adecuada para su discrasia (Salazar, 1999).

- Enfermedad dental en niños con trastornos psicomotores o trastornos genéticos, en los que se asocia enfermedad dental y retraso mental o trastornos musculoesquelético, que impiden el tratamiento convencional con el paciente consciente (Salazar, 1999).

- Niños con cardiopatías congénitas en los que se va a practicar un tratamiento extenso en los que esté involucrado remoción de procesos sépticos dentarios, restauraciones múltiples, o cirugía maxilofacial. En los niños portadores de cardiopatías congénitas el efecto de los anestésicos locales con catecolaminas puede ser perjudicial (Salazar, 1999).

IV. DISEÑO METODOLOGICO

A. Tipo de estudio

Este estudio es descriptivo y de corte transversal

B. Área de Estudio

Clínica Odontológica Aracely Pérez en una Universidad pública de León Nicaragua.

C. Población de estudio

La población estudiada estuvo conformada por todos los niños y niñas atendidos en la clínica de Odontopediatría, de los cuales 190 cumplieron con los criterios de inclusión, así como sus padres o tutores que también reunieron dichos criterios

D. Muestra

No Aplica.

E. Tipo de muestreo

La recolección de datos se realizó por conveniencia, incluyendo únicamente a los pacientes pediátricos y a sus padres o tutores que cumplieron con los criterios de inclusión.

F. Unidad de análisis

Cada uno de los pacientes pediátricos y padres o tutores que cumplieron los criterios de inclusión.

G. Criterios de inclusión

1. Pacientes pediátricos que asistieron a la atención odontológica.
2. Padres o Tutores que asistieron a la cita odontológica con el paciente pediátrico.

H. Criterios de exclusión

1. Pacientes pediátricos que no asistieron a la atención odontológica durante la recolección de datos.

I. Recolección de datos

Para recoger los datos e información necesaria para la investigación en el Área de estudio de Odontología, primeramente, se dirigió una carta a registro para solicitar permiso, luego al director de clínica Aracely Pérez.

Una vez concedido el permiso por parte del director de clínica, se solicitó a registro el listado de estudiantes inscritos en el componente Clínica de Odontopediatría I, plan 2019.

Se realizó una prueba piloto en Clínica de Atención a la niñez y la adolescencia en la comunidad a pacientes pediátricos, con el objetivo de validar el instrumento de recolección de datos.

Se diseñó como instrumento, una ficha, misma que se llenó de forma observacional por los investigadores, la cual cumplió con el planteamiento de nuestros objetivos específicos, después dicho instrumento fue revisado y aprobado por el tutor.

Una vez que fue aprobado y revisado por el tutor se procedió al llenado de la ficha observacional, con todas las medidas de protección necesarias, se llenaron las fichas especificadas por edad y sexo y luego se procedió al correcto llenado del instrumento seleccionado para la recolección de datos.

J. Aspectos éticos

Realizamos el estudio con fines investigativos, los integrantes se comprometieron a actuar bajo las normas generales del respeto a la dignidad humana con inclusión de género sin discriminación de ninguna índole (Edad, sexo, religión, situación económica, entre otros), dirigiéndose de forma amable, cuidadosa y responsable, preservando el anonimato y confidencialidad de los datos recolectados, se tomó lista de la firma de cada uno de los participantes para evidenciar la realización del proceso de recolección de datos.

Se realizó un consentimiento informado en el cual se le solicitó a los padres o tutores que acompañaron a los pacientes pediátricos, nos autorizaran poder observarlos en el transcurso de la cita odontológica para nuestra recolección de datos la cual solo fue observacional, fue anónima solo se solicitó la firma de ellos para poder proseguir en nuestro estudio.

K. Procesamiento de datos.

Para el procesamiento de los datos obtenidos se utilizó el programa para análisis estadísticos SPSS versión 27.

Una vez los datos ordenados y seleccionados, se procedió a ingresarlos en el programa SPSS versión 27 para obtener estadísticas descriptivas: gráficas, tablas de frecuencia y tablas cruzadas.

V. Resultados

Tabla #1

Tipos de comportamiento del paciente pediátrico.

Escala de Frankl		
	N	%
Levemente negativo	18	9,5%
Levemente positivo	95	50,0%
Definitivamente positivo	77	40,5%

Origen: Elaboración propia

Nota: Los resultados en la tabla hacen referencia al comportamiento según la escala de Frankl el cual predominó más fue levemente positivo con un 50,0% de la población de estudio.

En la tabla no se observa el comportamiento definitivamente negativo por lo que al momento de realizar la recolección de datos no se obtuvo este tipo de clasificación.

Tabla #2*Tabla Cruzada***Tabla cruzada edad del paciente*escala de Frankl**

		Escala de Frankl							
		Levemente negativo		Levemente positivo		Definitivamente positivo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Edad del paciente	4-6	5	27,8%	15	15,8%	11	14,3%	31	16,3%
	6-8	9	50,0%	38	40,0%	37	48,1%	84	44,2%
	9-12	3	16,7%	41	43,2%	28	36,4%	72	37,9%
	1-3	1	5,6%	1	1,1%	1	1,3%	3	1,6%
Total		18	100,0%	95	100,0%	77	100,0%	190	100,0%

Origen: Elaboración propia

Nota: Según los resultados la edad que más se presentó en la consulta fue de 6 a 8 años de edad con un porcentaje de 44,2% y estos presentaban un comportamiento levemente negativo.

Tabla #3*Tablas cruzadas***Tabla cruzada sexo del paciente*escala de Frankl**

		Escala de Frankl							
		Levemente negativo		Levemente positivo		Definitivamente positivo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
sexo del paciente	femenino	13	72,2%	46	48,4%	38	49,4%	97	51,1%
	masculino	5	27,8%	49	51,6%	39	50,6%	93	48,9%
Total		18	100,0%	95	100,0%	77	100,0%	190	100,0%

Origen: Elaboración propia

Nota: Se observa que el sexo que más predominó fue el femenino obteniendo un total de 97 pacientes femeninos con un comportamiento clasificado como levemente negativo.

Tabla #4

Tipos de padres

Tipos de padres		
	N	%
Padres motivados	163	85,8%
Padres ansiosos	14	7,4%
Padres autoritarios	2	1,1%
Padres manipuladores	1	0,5%
Padres indiferentes	10	5,3%

Origen: Elaboración propia.

Nota: Se observa que los tipos de padres que más predominaron en la consulta odontológica fueron padres motivados con un porcentaje de 85,8%.

VI. Discusión de Resultados

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron clasificar el comportamiento de los pacientes pediátricos según escala de Frankl, evidenciando que la mayoría de los niños presentaron un comportamiento levemente positivo, con un porcentaje de 50,0% de toda la población estudiada, en comparación con estudios similares, según el estudio de Aguirre P. (Manejo de conducta de niños de 4 a 8 años durante los tratamientos odontológicos), en el cual uno de sus objetivos fue determinar el tipo de conducta según la clasificación de Frankl donde un 51,8% fue positivo. resultados similares a nuestro estudio donde el 50,0% fue levemente positivo.

Otro estudio según Fonseca García (Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración de comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría) donde hicieron una comparación de las distintas escalas que valoran cada uno de los parámetros en el tratamiento odontológico adecuado a cada caso, concluyendo que la Escala de Frankl sigue siendo la más usada para valorar el comportamiento infantil, ya que es la más eficaz y practica de uso en odontología pediátrica.

Otro aspecto relevante fue la edad de los pacientes, en un estudio similar de Yaser Rivas, donde relacionaron el comportamiento con la edad y el sexo (Comportamiento del niño en su primera cita odontológica en las clínicas de odontopediatría) presentaron un comportamiento cooperador con un 35.71%, no presentando ninguna diferencia significativa en el sexo, mientras que en la edad de 5-9 años son los mejores pacientes ya que estos son los que se comportan mejor. En cambio, en nuestro estudio la edad de 9-12 años fueron los pacientes que tuvieron un mayor porcentaje clasificados como levemente positivos por ende fueron los pacientes que se comportaron mejor, con respecto al sexo no se observó ninguna diferencia significativa, predominando el sexo femenino con un porcentaje de 72,2% el cual fue un comportamiento levemente negativo.

Entre las limitaciones del estudio, se puede mencionar que la evaluación del

comportamiento es subjetiva hasta cierto punto y que factores externos, como la hora del día o el estado emocional del niño en ese momento.

La presencia de los padres en algunos casos, hubo tipos de padres como ansiosos, indiferentes y con porcentaje menor padres autoritarios, aunque esto no fue un obstáculo en nuestro estudio siendo con mayor porcentaje de 85,8% padres motivados que estaban interesados en la atención odontológica de los niños. Esto es un hallazgo relevante, ya que diversos estudios han demostrado que la actitud y motivación de los padres juegan un papel fundamental en la respuesta emocional y el comportamiento de los niños durante la consulta odontológica.

En nuestro estudio solo se observó un bajo porcentaje de 7,4% de padres ansiosos, los pacientes pediátricos cuyos padres presentan una actitud positiva y fomentan la confianza en el tratamiento tienden a mostrar menor ansiedad y mayor cooperación en el consultorio. Sin embargo, a pesar de la alta motivación de los padres, la proporción de niños con comportamiento definitivamente positivo no fue predominante, lo que indica que existen otros factores influyentes. Es posible que, aunque los padres estén motivados, los niños todavía experimenten cierto nivel de ansiedad debido a experiencias previas, miedo al dolor o falta de exposición regular al ambiente odontológico.

Actualmente, no se han encontrado estudios que analicen de manera específica el tipo de comportamiento que presentan los padres al acudir a la consulta odontológica con los niños. Aunque existen estudios relacionados que han explorado aspectos relacionados como la ansiedad, miedo, conocimientos de los padres sobre la salud bucal en los niños, no se han identificado investigaciones que analicen de manera específica las conductas o los tipos de padres durante la consulta odontológica. Por lo tanto, el presente estudio se justifica como el primero que establece el tipo de comportamiento de los padres durante la atención odontológica. En el cual se observa que los tipos de padres que más predominaron en la consulta odontológica fueron padres motivados con un porcentaje de 85,8%, siendo un antecedente para futuros estudios.

VII. Conclusiones

1. Se identificó que la mayoría de los pacientes pediátricos evaluados mostraron comportamiento levemente positivo según escala de Frankl.
2. La edad que más se presentó en la consulta fue de 6 a 8 años de edad con un porcentaje de 44,2% y estos presentaban un comportamiento levemente negativo y se determinó que el sexo que más predominó fue el femenino obteniendo un total de 97 pacientes femeninos con un comportamiento clasificado como levemente negativo.
3. En este estudio se estableció que los tipos de comportamiento de los padres que más predominaron en la consulta odontológica fueron padres motivados con un porcentaje de 85,8%.

VIII. Recomendaciones

1. A los estudiantes de Odontología:
 - ❖ Crear un ambiente acogedor y amigable en la clínica dental, con decoraciones coloridas.
 - ❖ Fortalecer la empatía y habilidades de comunicación con niños para facilitar un ambiente cómodo y reducir la ansiedad infantil.
 - ❖ Capacitarse en técnicas de manejo conductual pediátrico, incluyendo el uso de herramientas como la escala de Frankl.
2. A los padres de familia o tutores:
 - ❖ Preparar a los niños para la visita dental a través de la educación y la comunicación, puede ayudar a reducir la ansiedad, el miedo y mejorar la cooperación independientemente de la edad o sexo.
 - ❖ Acompañar a sus hijos según la indicación del odontólogo, para permitir que el niño interactúe con el dentista para fomentar autonomía y confianza.
 - ❖ Fomentar hábitos de higiene oral desde temprana edad.
3. Al área de conocimiento de Odontología:
 - ❖ Realizar charlas o talleres en conjunto con padres de familia, donde se eduque a los padres sobre su rol en la consulta.
 - ❖ Fortalecer continuamente a los docentes y estudiantes, en técnicas de manejo del comportamiento pediátrico.

IX. Bibliografía

- Andrade N. (2021). Efecto en la conducta del paciente odontopediátrico por actitud de sus padres. Guayaquil: Universidad de Guayaquil de Ecuador.
- Agarwal, K.N.(2008). Pediatrics and neonatology. CBS Publishers & Distributors.
- Aguirre P.(2016) Manejo de conducta de niños 4 a 8 años durante los tratamientos odontológicos realizados por los estudiantes de preclínica de la Universidad de Huánuco 2016. Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Aquino J. (2019.) Influencia de la ansiedad dental del acompañante en el comportamiento de niños durante su atención odontológica. Lima: Universidad Inca Garcilaso De La Vega
- Barbería Elena y colaboradores. (2002) odontopediatría, MANSSON, SA. Barcelona, Madrid- España.
- Bartolomé begoña, m. M. (2020). Técnicas alternativas del manejo. Revista de odontopediatría latinoamericana.
- Cárdenas, D. (2003). Odontología Pediátrico. Corporación para las investigaciones de Colombia
- Calero, i. A. (2015). Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. Repositorio digital univalle.
- Fonseca garcia, l., & sanchis forés, c. (2013). Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración de comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. Fundación dialnet.
- García górriz , m., & munar bauzá, f. (2012). Peculiaridades del paciente pediátrico. Recuperado el abril de 2022, de peculiaridades del paciente
- Boj, J. R., Catalá, M., García-Ballesta, C., & Mendoza, A. (2006). Odontopediatría. Masson.

Mayorga, N. (7 de Mayo de 2013). Portafolio CICB 2013. Obtenido de Portafolio CICB 2013:<https://sites.google.com/site/cicbnaty2013/arepsico/tipos-de-paciente-en-odontopediatria> .

Mázon G, Meza A. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la carrera de odontología, UNACH 2019. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2020.

Mc Donald, R. E., & Avery, D. R. (2000). Odontología pediátrica y del adolescente (Sexta edición ed.). (J. Plana Aspachs, Trad.).

Orlando Mayorga, Eddyson Varela (2022). Manejo conductual en el paciente pediátrico por los estudiantes que cursan el componente de clínica odontopediátrica I, de la carrera odontología Marzo-Julio 2022. Estudio Monográfico UNAN-LEÓN.

Quiroz Torres, J., & Melgar Hermoza, R. A. (2012). Manejo de conducta no convencional en niños. Revista Estomatológica Herediana.

Rodríguez Lesly Daniela, V. J. (2019). "Nivel de conocimiento y opinión de los estudiantes sobre actitudes en relación a técnicas de manejo de comportamiento infantil. Estudio monográfico. UNAN-LEÓN, LEÓN.

Salazar, C. R. (1999). Evaluación de la calidad de atención en los servicios odontológicos. Acta Odontológica Venezolana, 37(2), artículo 13. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/art-13/>

Tiol Carrillo, A., & Martínez Escorcía, A. A. (Marzo de 2018). Revista Dentista y Paciente. Obtenido de Revista Dentista y Paciente: <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>.

Yaser Rivas Rios 2009. Comportamiento del niño en su primera cita odontológica en las clínicas de odontopediátrica Facultad de odontología Unan León.

ANEXOS

Cronograma de Gantt

	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Prueba Piloto																
Recolección de datos																
Introducción de datos en programa SPSS																
Resultados																
Discusión de los Resultados																
Conclusión y Recomendaciones																
Redacción de Informe final																
Presentación y Defensa																

Las variables y su Operacionalización

<u>Variable</u>	<u>concepto</u>	<u>Escala</u>	<u>Indicador</u>	<u>Valor</u>
Comportamientos pediátricos	Conjunto de conductas, reacciones y actitudes observadas en los niños durante su desarrollo, así como la forma en que interactúan con su entorno.	Definitivamente negativo	Rechaza el tratamiento, presenta llanto, grita fuertemente Temor, negativismo	SI NO
		Levemente negativo	Difícilmente acepta el tratamiento, falta de cooperación, comportamiento tímido, llanto monotónico, actitud agresiva	SI NO
		Levemente positivo	Acepta el tratamiento, llanto esporádico, coopera, muestra voluntad para hacer caso, en ocasiones reservado.	SI NO
		Definitivamente positivo	Buena comunicación, cooperación, muestra interés y motivación.	SI NO
Edad	Tiempo que ha vivido una persona		La edad en años cumplidos	0-4 5-9 10-12

Sexo	Condición orgánica masculino o femenino		Sexo que presenta el niño o niña	Masculino Femenino
Tipos de comportamiento del tutor	Actitudes, reacciones y participación del padre o tutor durante la atención odontológica de sus hijos	Padres motivados	Interés por la salud oral de sus hijos, participan y aceptan la orientación del odontólogo	Cualitativa
		Padres ansiosos	Aunque son motivados y colaboradores su presencia contraproducente para el manejo del niño, debido a su alto nivel de ansiedad.	Cualitativa
		Padres autoritarios	Con actitud dominante, están a favor del castigo como forma de controlar el comportamiento de sus hijos.	Cualitativa

		Padres manipuladores	Intentan imponer la forma de como debe tratarse al niño.	Cualitativa
		Padres indiferentes	No muestran motivación al llevar a sus hijos a consulta, solo llevan a sus hijos cuando tienen urgencia o necesidad estética.	Cualitativa



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN-
LEON.**

ÁREA DE CONOCIMIENTO DE ODONTOLOGIA

Fecha:

Consentimiento informado para la observación del menor en el presente estudio.

Estimado (a) padre/madre/tutor le agradecemos su participación en el estudio titulado " Clasificación del comportamiento según escala de Frankl en pacientes pediátricos atendidos en clínica de odontopediatría I ". El propósito de este estudio es observar y clasificar el comportamiento de los pacientes pediátricos en la consulta odontológica, con el fin de mejorar la atención y la experiencia de los niños en la cita odontológica. La observación se llevará a cabo durante la cita odontológica habitual y no se extenderá más allá de la duración de la consulta. Este procedimiento no interferirá con el tratamiento odontológico que se le proporcione al menor.

Toda la información obtenida durante el estudio será tratada de manera confidencial. Los datos de las observaciones se utilizarán únicamente con fines de investigación y se publicarán de manera anónima. No se registrará ningún dato personal identificable, ni se divulgarán detalles privados de la salud del niño.

Al firmar este documento, usted autoriza al niño (a) ser observado en el marco de este estudio y registrar los comportamientos del paciente pediátrico durante la cita odontológica.

Firma: _____

Ficha de recolección de Datos

La presente ficha tiene como objetivo clasificar el comportamiento del paciente pediátrico según escala de Frankl a pacientes atendidos en clínicas Aracely Pérez en el Área de conocimiento de Odontología. Los resultados serán utilizados con fines de estudio.

Edad del paciente:

Sexo: F M

Tipos de comportamiento	Características del paciente	SI	NO
Definitivamente Negativo	Rechaza el tratamiento		
	Llanto intenso		
	Grita fuertemente		
	Movimientos fuertes de extremidades		
	Comportamiento agresivo		
	Temor o negativismo		
Levemente Negativo	Movimientos leves de extremidades		
	Falta de cooperación		
	Comportamiento tímido		
	Llanto monotónico		
	Actitud negativa		
	Malhumor y resentimiento		

Levemente Positivo	Acepta el tratamiento		
	Llanto esporádico		
	Coopera		
	Establece comunicación		
	Sigue las instrucciones del odontólogo		
Definitivamente Positivo	Buena comunicación		
	Coopera		
	Interés y motivación		
	Relajación y control de las extremidades		
	Ríe y disfruta		

Ficha de recolección de Datos

La presente ficha tiene como objetivo evaluar el tipo de comportamiento del tutor que acompañe a la cita odontológica al paciente pediátrico atendido en clínicas Aracely Pérez en el Área de conocimiento de Odontología. Los resultados serán utilizados con fines de estudio.

Comportamiento del tutor	Características	SI	NO
Padres motivados	Interés por la salud oral de sus hijos		
	Participa y acepta la orientación del odontólogo		
Padres ansiosos	Motivado y colaborador		
	Alto nivel de ansiedad		
Padres autoritarios	Actitud dominante		
	Está a favor del castigo		
Padres manipuladores	Intenta imponer la forma de cómo debe tratarse al niño		
Padres indiferentes	No muestra motivación		
	Trae al menor solo por emergencia		

