

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA



**Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del
paciente en la consulta odontopediátrica**

Para obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas
con Especialidad en Odontopediatria

Por:
C. D. Adriana Hernández Dávila
Cirujano Dentista
Universidad Autónoma de Nuevo León
2005

Monterrey, Nuevo León Octubre 2012

Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del paciente
en la consulta odontopediátrica

ASESORES

Director de Tesis

Dra. Martha Elena García Martínez Phd.

Asesor Estadístico

Dr. Francisco González Salazar Phd.

Asesor Científico

Dra. Hilda Torre Martínez Phd.

Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del paciente
en la consulta odontopediátrica

Coordinadora del Posgrado de Odontopediatria
Dra. Martha Elena García Martínez Phd.

Subdirector de Estudios Superiores de Posgrado
Dr. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda Phd.

APROBACION DE TESIS

Los miembros del jurado aceptamos la investigación y aprobamos el documento que avala la misma, como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Odontopediatría.

HONORABLES MIEMBROS DEL JURADO

Presidente:

Secretario:

Vocal:

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

A ti, Dios, por darme la oportunidad de vivir y por siempre bendecirme a cada paso que doy, y siempre darme fuerzas para seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mis padres, por darme la vida y ser un ejemplo a seguir. Por darme la oportunidad de realizarme profesionalmente en lo que más me gusta. Por apoyarme siempre en mis decisiones. Por tener confianza en mí. Los quiero y creo que esto no sería posible si no los tuviera a mi lado apoyándome siempre.

A mi hermano, porque siempre creyó en mí, y siempre estuvo al pendiente de mis estudios.

A mis maestros, que me brindaron los conocimientos y la experiencia para llegar hasta este punto; siempre fomentando los valores más importantes para el ser humano. Por su paciencia y sus horas de trabajo a mi lado, les agradezco. Pero sobre todo porque más que maestros se convirtieron en grandes amigos.

A mis compañeros, porque fueron el pilar para hacer realidad lo que ahora podemos ver finalizado. Porque sin su apoyo nada sería lo mismo. Porque siempre me apoyaron en los buenos y malos momentos y siempre tuvieron unas palabras de aliento para mí. Los quiero ya no solo como amigos, sino que ahora los considero parte de mi familia.

A mi coordinadora del posgrado, Dra. Martha García, porque siempre fue una gran maestra y gran amiga. Siempre interesada en los valores y en formar grandes personas, además de grandes profesionistas. Muchas gracias por sus consejos y por todo el tiempo invertido en nuestra formación.

A mis asesores de tesis, la Dra. Martha García, la Dra. Hilda Torre, y el Dr. Francisco González, gracias por su tiempo y por la ayuda invertida en la realización de esta tesis. Sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado.

AGRADECIMIENTOS

Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos.

Antes que a todo quiero agradecer a Dios por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más las necesité y bendecirme con la posibilidad de caminar a su lado durante toda mi vida.

Mi hermano, mis padres, por darme la estabilidad emocional, económica, sentimental; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese sido realidad sin ustedes. Gracias por darme la posibilidad de hacer posible este sueño. Gracias por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo al final tiene una recompensa.

Agradezco a mis asesores de tesis, la Dra. Martha García, Dra. Hilda Torre, Dr. Francisco González por su tiempo, paciencia y apoyo en la realización de esta tesis. Gracias por sus conocimientos y sus asesorías.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León por ser mi alma mater, por darme la oportunidad de ser parte de los estudiantes que corren por sus pasillos; y por brindarme sus conocimientos y sabiduría.

A todos mis amigos pasados y presentes, pasados por ayudarme a crecer y madurar como persona y presentes por estar siempre conmigo apoyándome en todo lo posible, también son parte de esta alegría.

Sinceramente... Muchas gracias

“La mejor manera para predicar tu futuro es crearlo.”

INDICE

1. Justificación.....	1
2. Introducción.....	3
3. Antecedentes.....	5
3.1 La Consulta Odontopediátrica.....	5
3.1.1 Participantes.....	5
3.1.2 El Manejo del Comportamiento.....	6
3.1.3 Factores que Afectan el Comportamiento.....	7
3.1.4 Factores que Benefician el Comportamiento.....	11
3.2 La Familia.....	11
3.2.1 Funciones de la Familia.....	12
3.2.2 Tipos de Familia de acuerdo a su Estructura.....	13
3.3 El Comportamiento del Niño según el tipo de familia a la que pertenece.....	16
3.3.1 El Comportamiento Infantil.....	16
3.3.2 Comportamiento del niño dentro Familia Nuclear...	17
3.3.3 Comportamiento del niño dentro Familia Monoparental.....	20
3.3.4 Escala para evaluar el comportamiento.....	23
4. Hipótesis.....	24
5. Objetivo General.....	24
5.1 Objetivos Específicos.....	24
6. Material y Métodos.....	25
7. Criterios de Selección.....	25
7.1 Criterios de Inclusión.....	25
7.2 Criterios de Exclusión.....	25
8. Tamaño de la Muestra.....	26
9. Variables del Estudio.....	26
9.1 Variables Dependientes.....	26
9.2 Variables Independientes.....	26

10. Descripción del Procedimiento.....	27
11. Asociación de Datos.....	29
12. Método Estadístico.....	30
13. Resultados.....	31
14. Discusión.....	36
15. Conclusiones.....	40
16. Referencias.....	41
17. Anexos.....	45

RESUMEN

**C.D. Adriana Hernández Dávila Fecha de graduación: Junio 2005 UANL
Facultad de Odontología, Posgrado de Odontopediatria.
Fecha de graduación: Febrero 2009**

Candidato al grado de Maestro en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Odontopediatria

Título del estudio: Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del paciente en la consulta odontopediátrica.

Propósito, materiales y métodos de estudio: El propósito principal de este estudio fue el de estudiar el comportamiento del niño de acuerdo a su estructura familiar durante la primera visita dental al Posgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. Este estudio observacional se realizó durante el período de Agosto 2008 a Febrero 2009 en niños de 2 a 7 años de edad. Se formaron dos grupos de ambos géneros de 50 niños cada uno de acuerdo a su situación familiar. El grupo 1 fue el de niños que vivían dentro de una familia nuclear; mientras que el grupo 2 fue el de niños que vivían dentro de una familia monoparental. A los pacientes se les evaluaron diferentes variables entre las que se consideraron edad, género, comportamiento y situación familiar. Las variables se relacionaron comparando entre los 2 grupos. Las variables cualitativas se compararon con la prueba estadística χ^2 ; las variables cuantitativas se compararon en base a los promedios y desviaciones estándar. Éstas se realizaron utilizando el estadístico t de Student. Las observaciones fueron realizadas por la misma persona, utilizando la Escala de Frankl para el comportamiento. Se vaciaron los datos en hojas de Excel y posteriormente se exportaron a un programa software estadístico SPSS versión 10.0 para su análisis. Los resultados se mostraron en gráficas en forma de pastel y barras. Se consideró significativo un valor de p menor de 0.05.

Conclusiones: Existe una relación significativa entre la estructura familiar donde conviven pacientes evaluados en el Posgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. y su comportamiento durante su primera visita dental según la escala de Frankl. Los pacientes que formaban parte de una familia monoparental presentaron un comportamiento más desfavorable que los que provenían de una familia nuclear. Además se encontró que el comportamiento está asociado con la edad del paciente. A mayor edad del paciente mostraron mejor comportamiento, mientras que a menor edad del paciente su comportamiento fue negativo. No existe una relación entre el género y el comportamiento del paciente.

Director de tesis: _____

1. JUSTIFICACIÓN

Se ha comprobado que el comportamiento del niño se ve afectado por la situación familiar que esté viviendo. Cuando un niño vive la separación de sus padres, éste pierde su estabilidad emocional y psicológica. Presentando diversos cambios y manifestaciones en su comportamiento y actitudes. Se han estudiado las reacciones del niño frente al divorcio, y sus manifestaciones de estrés ante esta situación.

Se ha evaluado el comportamiento del niño en el operatorio dental, así como el manejo de su ansiedad y de las diferentes variables que afectan su comportamiento durante la visita dental; entre las cuáles encontramos el estado de salud del niño, los desajustes familiares, la forma en la que el niño es tratado en casa y la forma en la que el niño es tratado por el odontopediatra. (ÁLVAREZ Y COLS, 2006)

Actualmente se tienen ambas investigaciones: las que nos hablan sobre el comportamiento y manejo de conducta del paciente en la consulta dental; y sobre las manifestaciones que el niño presenta al vivir la separación de sus padres. A la fecha se conoce un estudio que relaciona el comportamiento y la ansiedad del paciente y la situación familiar del mismo. Dando como resultado que los pacientes con familias disfuncionales presentan mayor ansiedad al tratamiento que los niños que provienen de familias funcionales. (GARCÍA, 2010).

El manejo de la conducta en los pacientes pediátricos requiere de un gran esfuerzo de parte de los profesionales a cargo de su atención, para obtener una relación adecuada con el paciente así como con sus padres. La diversidad de tratamientos, la edad de los pacientes, así como los diferentes tipos de conducta, nos implicará utilizar distintas técnicas en cada paciente.

JUSTIFICACIÓN

Es de vital importancia que nosotros como profesionistas de la Salud, y como Odontopediatras estemos conscientes de la situación familiar del paciente en la consulta dental, ya que de su comportamiento dependerá el éxito del tratamiento.

2. INTRODUCCIÓN

En el país están aumentando el número de desintegraciones familiares. La desvalorización del matrimonio y el desinterés por la familia es lo que la sociedad en la actualidad está viviendo.

Se ha reportado que la depresión es más común entre los niños que han sufrido un divorcio, que entre aquellos que no lo han experimentado; y que hay una mayor incidencia de ansiedad, síntomas neuróticos y problemas de formación de hábitos (problemas de sueño o de alimentación) entre los hijos de divorciados, en comparación con los hijos de familias intactas. (PONS-SALVADOR Y COLS., 1995; AMATO, 1993).

El odontopediatra tiene que tener el conocimiento de la situación familiar que vive el niño que se va a tratar. Es de vital importancia conocer los factores ambientales está viviendo para así poderlo guiar a lo largo de la consulta dental y poder alcanzar el éxito del tratamiento.

Este estudio ayudará a conocer que tanto influye la estructura familiar en la que vive el niño durante la consulta odontopediátrica. Determinar qué tipo de comportamiento presenta el niño de acuerdo a la Escala de Frankl y ver si éste se encuentra relacionado con la estructura familiar que está viviendo.

Es importante conocer la estructura familiar en la que vive el paciente, ya que dicha estructura y lo que el paciente esté viviendo en casa influirá en su comportamiento dentro del operatorio dental. Tomando en cuenta lo anterior podemos considerar que técnicas utilizar para el manejo del comportamiento del paciente. Dando como resultado una cita más agradable para el paciente.

OBJETIVO:

- Comparar el comportamiento del niño en la consulta odontopediátrica de acuerdo a la estructura familiar en la que se está desarrollando.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar de acuerdo a la Escala de Frankl la categoría del comportamiento de los niños de ambos grupos.
- Relacionar los objetivos anteriores por edad y género.

HIPÓTESIS:

- El comportamiento del paciente durante la consulta odontopediátrica evaluado con la Escala de Frankl no es tan favorable cuando proviene de una familia monoparental, comparado con el paciente que vive dentro de una familia nuclear.

Al final la hipótesis se aceptó.

TIPO DE ESTUDIO:

Fue un estudio prospectivo, transversal, observacional y analítico.

3. ANTECEDENTES

3.1 LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

La consulta odontopediátrica es el espacio de atención médico-dental que realiza el especialista para evaluar la salud bucal del paciente infantil, utilizando todos sus conocimientos, sus habilidades, su entrenamiento y experiencia con el fin de elaborar un diagnóstico, proponer un plan de tratamiento y un plan preventivo, tomando en cuenta los patrones de comportamiento del niño, en sus diferentes edades.

Al momento de realizar la consulta el odontopediatra debe de considerar los sentimientos del niño, ganar su confianza y cooperación, efectuar el tratamiento de una manera agradable, y no sólo brindar la atención requerida sino, además, algo muy importante; como es el promover la futura salud dental del niño, mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas y sus consecuencias en el tratamiento dental.

3.1.1. PARTICIPANTES

Dentro de la consulta odontológica deberá de estar el odontopediatra capacitado para la atención del menor a tratar y los padres.

Es de vital importancia realizar una historia clínica completa, que nos permita conocer al paciente en sus aspectos, sociales, médico y dental, para así poder brindar una atención dental de excelencia. (BOJ Y COLS. 2005).

El establecer una relación de confianza con el paciente infantil es un requisito fundamental para el odontopediatra. El desarrollo de una buena relación se basa estableciendo una buena comunicación, algunas recomendaciones son:

- Saber escuchar al paciente,
- Ser asertivos,

- Realizar elogios.

De tal manera se podrá establecer una empatía positiva y la cooperación del paciente infantil. (NASH DA, 2006).

3.1.2 EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

El buen manejo de la conducta del paciente pediátrico, exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño; así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, para poder definir la mejor técnica para el manejo del comportamiento que se empleará en el paciente y así lograr obtener los mejores resultados.

Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo, el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas, son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. (SOTO Y COLS, 2005).

Los diferentes sentimientos implícitos en la conducta de un paciente infantil como pudieran ser el temor, la angustia, ansiedad y miedo, predisponen a éste a tener conductas cooperadoras, no cooperadoras o de rechazo a recibir el tratamiento requerido. (CÁRDENAS, 1996) (SÁNCHEZ AGUILERA Y COLS.,2004).

Por esto, es importante que quien vaya a brindar atención odontológica al paciente pediátrico, conozca y maneje las diferentes técnicas de manejo del comportamiento, ya que un buen manejo del paciente no sólo permitirá tratar y aliviar el padecimiento presente, sino también establecerá una buena base para que estos pacientes tengan una mejor aceptación de los servicios odontológicos

que llegaran a necesitar en el futuro, y sobre todo inculcar en ellos la importancia de la salud bucodental.

El poder brindar atención dental a un paciente infantil conlleva toda una organización tanto material como humana, desde las instalaciones apropiadas para brindar un mejor confort y relajamiento del niño, hasta la necesidad de contar con un equipo de trabajo comprometido en tratar de hacer esta experiencia odontológica lo más positiva y placentera posible, teniendo como meta y único propósito la óptima salud bucodental de nuestros niños.

Teniendo en cuenta que la atención odontológica infantil es una atención que se lleva a cabo mediante un intermediario, es decir, los padres son quienes llevan a estos pacientes a recibir su atención dental, es importante que éstos, estén bien educados y orientados al respecto; para ello; el dentista debe proporcionar una información de fácil comprensión, de tal manera que puedan tomar conciencia sobre la importancia del cuidado dental de sus hijos.

El poder brindar atención dental a un paciente infantil, tratando de hacer esta experiencia odontológica lo más positiva y placentera posible, es sin lugar a duda una ardua pero gratificante tarea, cuya meta y único propósito es lograr una óptima salud bucodental en los niños.

3.1.3 FACTORES QUE AFECTAN EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE DE LA CONSULTA

Algunas variables en el ambiente tienen relación directa con la conducta que el niño manifiesta ante el dentista, como son:

- La falta de competencias profesionales (conocimientos y habilidades) del especialista, lo cual puede interferir para que el paciente no sea guiado de manera adecuada durante la consulta y por lo tanto provocar un comportamiento no favorable.
- El asistir a un lugar o espacio desconocido, (consultorio dental) provoca ansiedad en el paciente.

- Estar ante la presencia de una persona desconocida (odontopediatra) vestida de “doctor”, lo que solo le remite a “curación” y a “dolor”.
- La falta de paciencia y tolerancia necesarias, por parte del médico.
- El desprendimiento de la madre o de la persona que acompaña al menor, en el momento de la consulta dental.
- El enfrentarse a estímulos desconocidos: visuales, auditivos, gustativos y olfativos, no siempre agradables.
- El padecimiento de alguna enfermedad o malestar fisiológico del niño.
- El cursar con algún síndrome, o con necesidades educativas especiales.
- La actitud de los padres afecta en diversas formas:
 - a. Actitud de sobre afecto: esta situación la encontramos en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada, o es el único hijo, o en el hijo adoptado, o en el menor de la familia. Son niños con una preparación inadecuada para ocupar su lugar en la sociedad, en la escuela o en el hogar. En el consultorio demuestra falta de valor recurriendo a su madre, o adulto que lo acompaña rehusando a dejarles, abrazándolos o tomándoles la mano.
 - b. Actitud de sobreprotección: se observa en madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle que juegue o se junte con otros niños, ya que argumentan que pueden dañarle, ensuciarse o contagiarse. El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situaciones. Pretende guiar al dentista en lo que él hace. Adolece de disciplina.
 - c. Actitud de sobre indulgencia: consecuencia de la actitud de padres que nada niegan a sus hijos, especialmente de aquellos que durante su infancia no tuvieron muchas facilidades y satisfacciones, generalmente por dificultades económicas.

También se observa en adultos que tienen a los niños por algunos periodos y eligen esta vía para no tener dificultades con ellos, como es el caso de algunos abuelos. El resultado es un niño exigente, con el cual es muy difícil congeniar a menos que acceda a sus demandas, las cuales son reforzadas con llanto y rabietas, exhibiendo igual conducta con el dentista.

- d. Actitud de sobre ansiedad: se observaba en familias donde han ocurrido muertes o cuando es su hijo único obtenido con dificultad. El niño depende de sus padres para tomar decisiones y emprender actividades, responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas, muy notorio en la consulta odontológica además, busca cualquier situación para interrumpir el tratamiento.
- e. Exceso de autoridad: se impone una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y a veces cruel. Esto produce en el niño un negativismo, pasividad e inseguridad, lo cual se ve perfectamente en el consultorio. El dentista autoritario puede identificarse con la figura paterna, o materna, manteniendo ese esquema.
- f. 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 deseado. El niño que vive en esta situación suele ser tímido, 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 que demuestre el dentista al niño ayudarán gradualmente a crear una relación muy satisfactoria para ambos.

g. Rechazo: por las mismas causas anteriores, mas aquellas representadas por celos de los padres, mala situación económica, inmadurez, etc. Los padres actúan alejados del niño, esos actúan alejados del niño, manteniendo una actitud de crítica, de castigo, de disciplina exagerada e inconstante. El resultado suele ser un niño desobediente, mandón, propenso a berrinches, mentiroso y puede llegar a robar. El profesional que reconozca esta situación puede llegar a ser muy estimado por el niño, en el fondo necesita afecto como cualquiera, solo que es algo complicado para él ya que el ambiente le ha enseñado a protegerse.

- La influencia de la escuela: los niños que son enviados a la escuela en edades tempranas adquieren mayor experiencia que aquellos que se dejan en el hogar hasta la edad escolar. A esta edad los compañeros han sido sometidos a tratamientos preventivos o de menor dificultad por lo que esta experiencia es relatada entre los niños y provocan una buena imagen del dentista. Sin embargo en la educación básica, las experiencias dentales generalmente son por urgencias, por lo cual los niños comentarán que tienen una imagen negativa del odontólogo.
- Antecedentes médico dentales: es de vital importancia conocer si han estado enfermos y qué tipo de enfermedad han presentado y sus consecuencias. Los niños que han estado hospitalizados pueden tener excelentes adaptaciones al tratamiento y por otra parte, haber tenido malas experiencias que le provocarán temor al momento. (OLIVERA, 2007).

3.1.4 FACTORES QUE BENEFICIAN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DURANTE LA CONSULTA DENTAL

- El establecer una buena comunicación y empatía con el niño y sus padres.
- La excelente preparación profesional del Odontopediatra, con el fin primero de elaborar un acertado diagnóstico y posteriormente definir y llevar a cabo un correcto plan de tratamiento y un programa preventivo posterior, que conduzcan a la eficaz resolución y prevención del problema de salud dental del menor.
- El ambientar la sala de espera y el operatorio dental con juguetes, libros, revistas, etc., para disminuir la ansiedad del paciente.
- Lograr la suficiente confianza tanto de los padres, como del menor.
- Mostrar interés por el paciente, platicando acerca de sus gustos, actividades preferidas, sobre su escuela, etc.
- La comunicación física, como estrechar su mano, acariciar su cabello, etc.
- Utilizar distractores al momento de su atención, así como prestarles algún juguete, que vean la televisión o carguen a su juguete favorito.
- Dar, a los menores, la oportunidad que elijan el cuadrante por el cual desean empezar.
- Brindarles un tiempo de espera durante el tratamiento para que no se sientan presionados ni cansados. (ANDLAW Y COLS, 1999).

Tomando en cuenta los factores positivos y negativos que modifican el comportamiento del niño durante la consulta dental el especialista de la salud podrá realizar un eficaz tratamiento integral.

3.2 LA FAMILIA

Es el conjunto de individuos que están relacionados entre sí, que interactúan, tienen una historia común y han formando una unidad diferenciándose de su entorno, creando su propio contexto. (FRÍAS A, 2000)

La familia es el grupo social natural donde los seres humanos aprendemos cómo relacionarnos, y donde adquirimos las normas y los valores característicos del grupo al que pertenecemos. La familia, por cierto, no es un lugar cerrado, sino en continuo proceso de construcción y cambio. Cada vez hay más niños criados en entornos no tradicionales, en absoluto perjudiciales para su desarrollo. (HERDIA ANCONA, 2005).

La familia es el elemento natural y la piedra angular de la sociedad.

Antropólogos y sociólogos han afirmado que la familia es tan antigua como la humanidad misma y es el factor primordial para la comprensión y el funcionamiento de la sociedad.

Rousseau afirmó que la familia es la más antigua de las sociedades y la única que surge espontáneamente por razones naturales. (MORALES, 2001).

3.2.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, para lograr que exista un buen desarrollo y bienestar familiar. Sus funciones son:

- **Biológica:** se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- **Educativa:** educar y transmitir a los niños hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- **Económica:** se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
- **Afectiva:** se desarrollan emociones, sentimientos, se fomenta la comunicación y confianza entre sus integrantes.
- **Protectora:** se da seguridad y cuidados a los niños y a los demás miembros de la familia., los inválidos y los ancianos. (BERK, 2002).

3.2.3 TIPOS DE FAMILIA DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA

En la actualidad, destaca la familia nuclear, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

En la familia nuclear se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.

La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana. La base de la familia en México es el matrimonio, el cual está regulado por nuestro Código Civil.

Encontramos diferentes tipos de familias según su estructura:

- a) **Familia nuclear o elemental:** es la unidad familiar básica, es decir aquella que se compone por la pareja padre, madre y los hijos. Estos últimos pueden ser de descendencia biológica o adoptados.

La información del Censo de Población y Vivienda 2010 muestra que en Nuevo León, 52% de la población de 15 años y más está casada y 9.7 se encuentra en unión libre, en conjunto, seis de cada diez se encuentra unida (61.7 por ciento).

- b) **Familia extensa o consanguínea:** se compone de más de una unidad nuclear, formada por dos o más generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

- c) **Familia monoparental:** La familia monoparental es un modelo cada vez más frecuente en nuestro entorno, que está tomando relevancia no sólo por el aumento espectacular de su número, sino también por la problemática social que acarrea. La familia monoparental es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado o simplemente están separados y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

Clasificación de las familias Monoparentales:

- a. **La familia de madre soltera:** la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.
- b. **La familia de padres separados:** los padres se encuentran separados (legalmente, por mutuo acuerdo o por decisión de uno de ellos). Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad. (SELTZER 1997). Algunos concluyen el trámite de divorcio y otros simplemente se separan. Entre el 2000 y 2009 el monto matrimonial se redujo 24% y los divorcios aumentaron en 178% (INEGI, 2010). Según Burgess se ha incrementado rápidamente el promedio de los divorcios en todos

los países, excepto en Japón y Portugal. Evidentemente en Europa y Estados Unidos de América se ha visto una inestabilidad marital. (BURGESS, 1972). Según Shaffer más de un millón adicional de niños cada año son afectados por el divorcio de sus padres. Según una estimación, es de esperarse que hasta 60% de las parejas recién casadas se divorciarán. (SHAFFER, 2001).

- c. **La familia por el fallecimiento de alguno de los padres:** uno de los padres ha fallecido, y el otro tiene que hacerse cargo de la crianza, educación y cuidados de la salud de los hijos. (MORALES, 2001). En este tipo de familias es común que se utilice a personas e instituciones (guarderías, familiares o empleadas domesticas) para contribuir a la crianza de los hijos. En México dos millones de mujeres con hijos, son viudas. De ellas 9 de cada 10 tienen hijos menores de 18 años. Representan el 8.5% de todas las madres solas del país según datos del Consejo Nacional de Población en el 2004.

Distribución de la Población de 12 y mas años según estado conyugal		
Estado conyugal	Estados Unidos Mexicanos	Nuevo León
Soltero	37.1%	35.9%
Casado(a) sólo por el civil	12.7%	15.4%
Casado(a) sólo religiosamente	2.0%	0.4%
Casado(a) civil y religiosamente	29.7%	36.1%
Unión libre	10.3%	4.8%
Separado(a)	2.6%	2.2%
Divorciado(a)	1.0%	1.1%
Viudo(a)	4.3%	3.7%

Fuente: INEGI XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

3.3 EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO SEGÚN EL TIPO DE FAMILIA A LA QUE PERTENCE

3.3.1 EL COMPORTAMIENTO INFANTIL

Es difícil saber exactamente cómo debe ser el comportamiento infantil "normal". Existe una gran variedad de conductas entre los niños, y cada una de ellas responde a un tipo de carácter, a su temperamento y a sus circunstancias particulares.

En primer lugar debemos definir lo que entendemos por comportamiento, aunque hay muchas definiciones quizás la más conocida es la que hizo Watson (1924), según la cual "la conducta es lo que el organismo hace o dice tanto interna como externamente". Watson no reducía el comportamiento únicamente a la actividad motora, sino que admitía la existencia de otros tipos de actividad del organismo como la emocional.

El comportamiento se define como la manera de conducirse de los seres humanos determinados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores personales y culturales.

Cada niño es una persona única con su propio temperamento, estilo de aprendizaje, familia de origen y patrón y tiempo de crecimiento. Sin embargo, hay secuencias universales y predecibles en el desarrollo que ocurren durante los primeros 9 años de vida.

Los niños crecen en tres dimensiones: física, mental y emocionalmente. El comportamiento en cualquiera de las etapas cronológicas depende de la interacción de estas tres áreas de crecimiento. Si una de estas etapas se acelera o se retarda, el patrón de comportamiento se afecta marcadamente. Esto es especialmente cierto cuando el desarrollo emocional se perturba.

Una gran parte del éxito de un médico dentro del dominio lingüístico puede ser determinado por los pensamientos, sentimientos y actos de comunicación no verbales del médico con el niño así como otros factores. Estos incluyen los factores que describen las posibilidades de éxito durante la experiencia dental, como el estado de miedo, la lealtad a un objetivo mal dirigido de la infancia, y la impotencia aprendida. (PINKHAM, 2000)

Algunas de las manifestaciones más frecuentes del comportamiento negativo del niño en la práctica odontológica pueden ser:

- Alteración de la atención
- Trastornos hiperquinéticos.
- Comportamientos agresivos físicos y verbales
- Indisciplina.
- Timidez.
- Miedos, fobias.
- Impulsividad.
- Agresividad.
- Llanto.
- Resistencia a la atención. etc.

3.3.2 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PERTENECIENTE A UNA FAMILIA NUCLEAR

Está demostrado que el comportamiento de un niño cuando se desarrolla dentro de una familia nuclear, es en términos generales más apegado a los estándares de un comportamiento llamado "*normal*", su manejo en el consultorio dental es más fácil debido a que está acostumbrado a obedecer reglas y pequeñas rutinas y rituales en su hogar.

El comportamiento normal en los niños depende de la edad, personalidad y desarrollo físico y emocional.

3.3.2.1 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN SUS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO

ETAPA	EDAD	CARÁCTERÍSTICAS DE ACUERDO A LA ETAPA DEL DESARROLLO
INFANCIA	Del nacimiento a los 2 años	<p>Es una etapa de total dependencia a su madre.</p> <p>Al año empieza a caminar. Se convierte en un explorador. Se vuelve rebelde y quiere hacer su voluntad. Empieza a utilizar más su mente.</p> <p>Imitan acciones de los adultos.</p>
NIÑEZ TEMPRANA	De los 2 a los 4 años.	<p>Es un período de transición aunque no alcanza la independencia.</p> <p>En esta etapa empieza la individualidad.</p> <p>Un paso enorme es el juego con la imaginación.</p> <p>Desarrollan su lenguaje.</p>
PREESCOLAR	De los 4 a los 6 años	<p>El niño cambia a un ser independiente y autónomo; es la edad de la independencia.</p> <p>Comienza a interesarse por los juegos de reglas.</p> <p>Juegan a ser otra persona y por lo general eligen a un adulto.</p> <p>Es la edad en que la relación con sus padres influye mucho en el comportamiento futuro</p>

ANTECEDENTES

		<p>del niño.</p> <p>Revelan sus sentimientos actuando.</p>
ESCOLAR	De los 6 a los 9 años	<p>Es el período de socialización y aprendizaje.</p> <p>El niño aprende a comportarse fuera de la casa y aceptar las cosas que no le gustan; aprende a aceptar la autoridad.</p> <p>Crece su curiosidad acerca de la gente y cómo funciona el mundo.</p> <p>Usan palabras para expresar sus sentimientos y afrontar las cosas.</p> <p>Se vuelven más abiertos, juegan cooperativamente.</p>
PREPUBERAL	De 9 a los 12 años	<p>El niño está en un período de latencia preparándose para la pubertad.</p> <p>Tranquilos y les molesta que sus padres se inmiscuyan en sus asuntos.</p> <p>Se va configurando su personalidad y se van viendo con claridad sus cualidades y actitudes.</p> <p>Es capaz de razonar, analizar y extraer conclusiones, pero sobre hechos o cosas concretas, aún no puede hacerlo en abstracto.</p>

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	De los 12 a los 18 años	Llevan a importantes y dramáticos cambios como resultado del desarrollo acelerado, ya sea físico, mental y emocional. (ROMERO, 2003)
----------------------------	----------------------------	--

3.3.3 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO PERTENECIENTE A UNA FAMILIA MONOPARENTAL

- **Por Separación de los Padres**

Los niños al momento de vivir la separación de sus padres presentan diferentes reacciones. Manifiestan su estado de ánimo y de estrés de diversas formas.

EDAD	REACCIONES
0 a 6 meses	Lloran excesivamente; tienen problemas para comer y(o) para dormir.
6 a 18 meses	Presentan miedo al abandono, miedo de que los dejen/de alejarse de un padre; tienen fantasías aterradoras; muy pegados a los padres; irritables.
18 meses a 3 años	Irritables y ansiosos; tienen preocupaciones y temores excesivos; miedo a la separación; preguntan por el padre ausente.
3 a 5 años	Presentan temores y ansiedades excesivas, comportamiento regresivo, tal como orinar en la cama, lapsos en aprender a ir al baño, chupar el dedo, necesidad de chupón, llanto confuso, se muestran demasiado exigentes, piden que los carguen y los abracen, se culpan a sí mismos, sufren disturbios durante los procesos de transición y se resisten a ir con el otro padre.

ANTECEDENTES

6 a 10 años	Presentan problemas “adquiridos” tales como tristeza, retraimiento y aislamiento. Los varones muestran su enojo y desagrado, pueden ser agresivos y meterse en problemas. (BENGOECHEA, 1992).
Adolescencia	El principal problema es la falta de la figura paterna en su vida diaria, principalmente en los hombres, no tanto en las mujeres. (STORKSEN, 2005).

Un divorcio puede producir un gran sentimiento de culpa y depresión en los padres, por lo que puede perjudicar la crianza de sus hijos dando como resultado un comportamiento no favorable para ganar su atención se comportarán de cierta manera no favorable para ganar su atención. (KAVANAUGH Y COLS., 2000)

La causa más frecuente de enojo de los padres es la gran inseguridad que tienen por la responsabilidad de sus hijos y la mala conducta de los niños es estimulada por los sentimientos de culpa de los padres. (PINKHAM, 1992).

Sin embargo, la falta de presencia paterna durante el crecimiento de los niños ocasiona problemas. (LACROIX, 2006).

Se ha reportado que los niños que han vivido un divorcio presentan mayor ansiedad y depresión, que aquellos que no lo han experimentado; y que hay una mayor incidencia de ansiedad, síntomas neuróticos, problemas de formación de hábitos (problemas de sueño o de alimentación) y un deterioro en el desempeño escolar. (PONS-SALVADOR Y COLS., 1995; AMATO, 1993). (BERGER Y COLS., 1997) (ROBINSON, 1997) (MCINTYREA Y COLS., 2003).

González Ruelas argumenta que el hecho de que la mayoría de los divorcios se desarrollen con grandes desacuerdos entre los padres conduce necesariamente

al niño a tomar una posición a favor o en contra dentro del proceso de divorcio, lo que producirá un sentimiento de deslealtad o traición hacia alguno de los padres y resentimiento hacia el otro; si tomamos en cuenta que muchas veces las diferencias entre la pareja no finalizan a pesar de haberse separado podemos suponer la presencia de angustia permanente en el niño. La situación se agrava cuando por el ánimo de hacerse daño, los padres utilizan a los hijos como armas para continuar su guerra. (GONZÁLEZ RUELAS, 1998).

Existe una relación entre el estado socioeconómico y el comportamiento cooperativo del paciente, los niños de clase alta tienen un mejor comportamiento. (Z. WRIGHT, 1971). Se ha encontrado mayor delincuencia en niños que provienen de hogares rotos. (GOODE, 1996).

Sin embargo, se ha observado que a pesar del divorcio, un niño puede crecer como un adulto funcional. Si el ambiente estresante que ha vivido es remplazado por un ambiente armonioso, el niño se puede beneficiar con lo vivido. (BLOCH, 2007).

- **Por Madre Soltera**

B.L. Barber y Eccles en 1992, señalan que los efectos perjudiciales de vivir con un padre o una madre solteros pueden ser menores o inexistentes cuando los factores como la condición socioeconómica y el conflicto entre los padres se mantienen constantes. Es la atmósfera que reina en el hogar la que marca la diferencia. Así, el apoyo de los padres puede ser más importante que la estructura de la familia. (ROBINSON, 1997).

- **Por Fallecimiento de algún cónyuge.**

Estudios revelan que los niños y adolescentes que sufren el fallecimiento de alguno de sus padres presentan un trastorno psicológico semejante al duelo de los adultos, trastorno que puede estar directamente relacionado con sentimientos de tristeza y pérdida. Predominan los síntomas ansiosos (miedos,

ansiedad de separación), depresivos (llanto, trastornos del sueño), alteraciones de conducta (inquietud, agresividad), problemas en el aprendizaje y rendimiento escolar y síntomas somáticos.

Se ha visto que las reacciones en los niños más pequeños tienden a ser corporales (encopresis, pérdida del apetito, problemas del sueño), y se presentan con más frecuencia enuresis, rabietas o conductas de ansiedad de separación; mientras que en los de más edad tienden a predominar los trastornos de conducta como inquietud, agresividad y problemas en el rendimiento académico.

Es importante mencionar que el grado de apoyo de la familia y del progenitor sobreviviente es de suma importancia para superar el duelo del niño. (MAZAIIRA, 1999).

3.3.4 ESCALA PARA EVALUAR EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DURANTE LA CONSULTA

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SEGÚN LA ESCALA DE FRANKL	
Tipo 1	Definitivamente negativo. Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.
Tipo 2	Negativo. Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (ariscas, lejanas).
Tipo 3	Positivo. Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
Tipo 4	Definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta. (BORDONI Y COLS., 2010).

4. HIPÓTESIS

El comportamiento del paciente durante la consulta odontopediátrica, evaluado con la Escala de Frankl, no es tan favorable cuando proviene de una familia monoparental, comparado con el paciente que vive dentro de una familia nuclear.

5. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el comportamiento del niño durante la consulta odontopediátrica tomando en cuenta si vive dentro de una familia nuclear o vive dentro de una familia monoparental y compararlo.

5.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Evaluar de acuerdo a la Escala de Frankl la categoría del comportamiento de los niños de ambos grupos.
- Relacionar el comportamiento del niño con la edad.
- Relacionar el comportamiento del niño con el género.
- Comparar el comportamiento de ambos grupos.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

En este estudio se comparó el comportamiento del niño que vivía dentro de una familia nuclear durante la primera visita dental al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. contra el comportamiento del niño que vivía dentro de una familia monoparental.

Se revisaron un total de 101 pacientes entre los 2 a 7 años de edad de ambos géneros que acudieron por primera vez al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.

7. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Grupo 1: Niños que viven dentro de una familia nuclear.
- Grupo 2: Niños que viven dentro de una familia monoparental

7.1. Criterios de Inclusión

- Niños entre 2 y 7 años de edad de ambos géneros que acuden por primera vez al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.

7.2. Criterios de Exclusión

- Niños que acuden por urgencia al Posgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.
- Niños con discapacidad física y/o mental que acuden al Posgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.

8. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisaron un total de 101 pacientes entre los 2 a 7 años de edad de ambos géneros que acudieron por primera vez al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.

El tamaño de la muestra se obtuvo tomando en cuenta el número de niños que acudían provenientes a una familia monoparental en determinado tiempo.

El tamaño de la muestra se calculó con la ayuda del programa Epistat, que permitió establecer diferencias en el comportamiento de los niños \pm 10%. Al comparar ambos grupos, con una potencia de prueba de 95% y permitiendo un error máximo de 5%.

El tamaño de muestra estimado fue de 96 pacientes, 48 niños que viven dentro de una familia nuclear y 48 niños que viven dentro de una familia monoparental.

9. VARIABLES DEL ESTUDIO

9.1. Variables independientes

- Edad
- Género
- Estructura familiar

9.2. Variable dependiente

- Comportamiento

10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo este estudio se tomaron en cuenta diferentes variables en cada paciente, las cuales se obtuvieron por medio de interrogatorios a los familiares del paciente (padre, madre, ambos, o tutor) previo a su atención dental. Las diferentes variables a investigar fueron:

- La edad del paciente en años cumplidos, se obtuvo por medio de interrogatorio a los padres o tutor.
- El género del paciente (femenino, masculino), se obtuvo por medio de interrogatorio a los padres o tutor.
- La estructura familiar de la que proviene el paciente, también se obtuvo por medio del interrogatorio; enfocado en si provenía de una familia nuclear o monoparental y si fuera el caso, de qué tipo de familia monoparental es en la que el paciente estaba viviendo.
- El comportamiento del paciente se evaluó de acuerdo a la Escala de Comportamiento de Frankl. La Escala de Comportamiento descrita originalmente por Frankl y Wright es el instrumento que más se ha reportado y aplicado en los diferentes estudios sobre manejo del comportamiento. Es ampliamente utilizada ya que se trata de una medición sencilla, práctica y fácil de aplicar. La evaluación se obtuvo por medio de la observación de un Odontopediatra calificado (Adriana Hernández Dávila) para realizarla y ésta observación fue únicamente realizada en la primera visita del paciente pediátrico a la consulta dental. La clasificación consiste en cuatro categorías descritas a continuación.

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SEGÚN LA ESCALA DE FRANKL	
Tipo 1	Definitivamente negativo. Rechaza el tratamiento, llanto intenso, movimientos fuertes de las extremidades. No es posible la comunicación verbal. Comportamiento agresivo.
Tipo 2	Negativo. Dificilmente acepta el tratamiento, no coopera. Movimientos leves de las extremidades. Comportamiento tímido bloquea la comunicación. Acata algunas órdenes. Llanto monotónico.
Tipo 3	Positivo. Acepta el tratamiento de manera cautelosa. Llanto esporádico. Es reservado. Se puede establecer comunicación verbal.
Tipo 4	Definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta, relajado.

11. ASOCIACIÓN DE DATOS

Captación de Datos:

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil de los padres: _____

El niño vive con: _____

Domicilio:

Ciudad: _____

Tel: _____

Paciente de: _____

Fecha	Edad	Género	Estructura Familiar	Comportamiento
			Nuclear	Frankl 1
			Monoparental	Frankl 2
				Frankl 3
				Frankl 4

12. MÉTODO ESTADÍSTICO

Las variables se relacionaron comparando entre los dos grupos. Las variables cualitativas se compararon con la prueba estadística χ^2 , las variables cuantitativas se compararon en base a los promedios y desviaciones estándar. El manejo estadístico se realizó con el programa SPSS versión 10.0.

Se formaron dos grupos, el primero con los niños que viven dentro de una familia nuclear y el segundo con los niños que viven dentro de una familia monoparental. El comportamiento de los niños de ambos grupos se comparó usando el estadístico chi cuadrada, además se relacionaron las variables de acuerdo a la edad y el género de los menores. Las frecuencias de las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las variables cuantitativas se compararon con sus promedios y desviaciones estándar. En los casos pertinentes las comparaciones de medias se realizaron utilizando el estadístico t de Student. Considerándose significativo un valor de “p” menor a 0.05.

Todos los resultados se graficaron en barras y pastel.

El tamaño de la muestra se calculó con la ayuda del programa Epistat, que permitió establecer diferencias en el comportamiento de los niños $\pm 10\%$. Al comparar ambos grupos, con una potencia de prueba de 95% y permitiendo un error máximo de 5%.

El tamaño de muestra estimado fue de 96 pacientes, 48 para cada uno de los grupos: niños que viven dentro de una familia nuclear y niños que viven dentro de una familia monoparental.

Los datos fueron capturados en hojas de recolección de datos diseñadas exprofeso especialmente para este estudio. (Ver Anexo 1).

Los resultados se mostraron en gráficas en forma de pastel y barras.

13. RESULTADOS

Se revisaron un total de 101 pacientes de los cuales 47 eran femeninos lo que representa el 46.5% y 54 masculinos lo que representa el 53.5%. Ver fig. 1

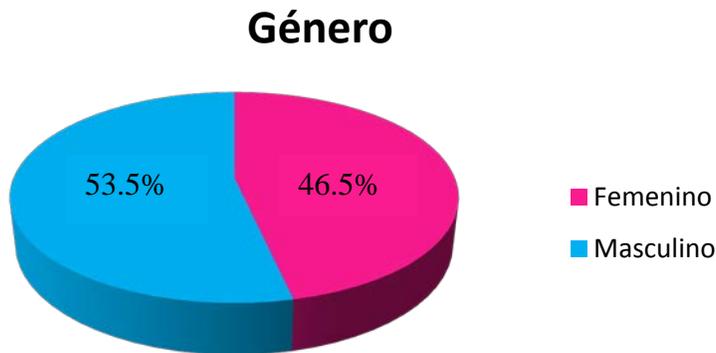


Fig.1 Proporción de niños de acuerdo al género

La distribución de los pacientes de acuerdo a su edad se muestra en la tabla 1 donde se puede observar que la mayor proporción corresponde a la edad de 4 años y la menor a la edad de 2 años.

Tabla. 1 Distribución de los pacientes de acuerdo a su edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
2	7	6.9%
3	23	22.8%
4	26	25.7%
5	19	18.8%
6	10	9.9%
7	16	15.8%
Total	101	100%

Las características de acuerdo al tipo de estructura familiar se muestra en la tabla 2 siendo 50 los niños que vivían en una familia nuclear lo que representa el 49.5% y los niños que vivían en una familia monoparental fueron 51 que representan el 50.5 %.

Tabla. 2 Características de los padres de acuerdo a su estructura familiar

Estructura Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia Nuclear	50	49.5%
Familia Monoparental	51	50.5%
Total	101	100%

Según la distribución de la familia monoparental, el estudio nos demuestra que el mayor número se encontró en los padres separados (54.9%), mientras que el fallecimiento de uno de los miembros (padre o madre) solo se observó en el 1.9% de las 51 familias encuestadas. (Fig. 2)

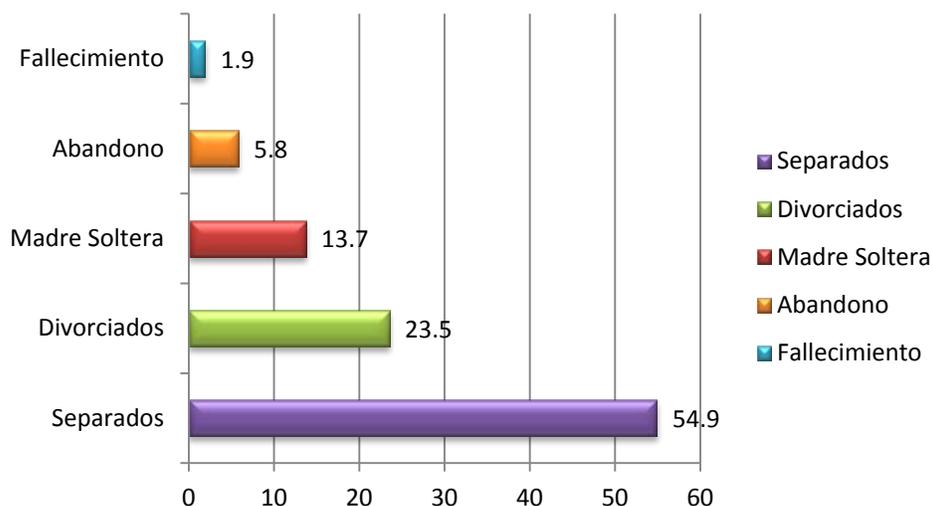


Fig. 2 Distribución porcentual de la familia monoparental

La distribución de los pacientes de acuerdo a su comportamiento según la escala de Frankl se muestra en la tabla 3. Donde se observa que la mayor proporción de los niños tuvo un comportamiento definitivamente positivo con 43 niños los cuales representan el 42.6%. Mientras que la menor proporción de los pacientes mostraron un comportamiento definitivamente negativo con 9 niños (8.9%).

Tabla. 3 Distribución de los pacientes de acuerdo a su compartimiento según la escala de Frankl

Escala de Frankl	Frecuencia	Porcentaje
1	9	8.9%
2	23	22.8%
3	26	25.7%
4	43	42.6%
Total	101	100%

Al realizar un análisis cruzado de las variables contra la escala de comportamiento de Frankl, se observó que los pacientes de mayor edad tuvieron mejor comportamiento, siendo los de menor edad los que presentaban un comportamiento negativo. $p= 0.0001$ Ver tabla 4.

Tabla 4 Relación entre edad del paciente y comportamiento

Edad	Escala de Frankl				Total
	1	2	3	4	
2	5	1	1	0	7
3	2	11	2	8	23
4	2	5	12	7	26
5	0	4	6	9	19
6	0	0	3	7	10
7	0	2	2	12	16
Total	9	23	26	43	101

Mientras que el análisis cruzado de género con comportamiento, no mostró diferencias estadísticamente significativas. $p=0.19$. Fig. 3

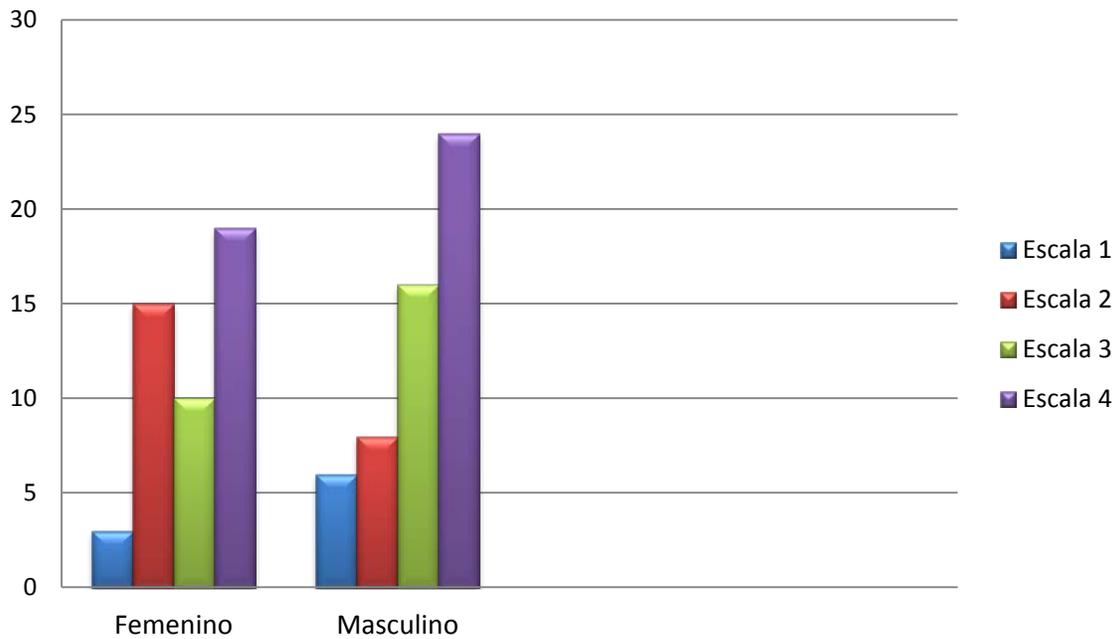


Fig. 3 Relación entre género del paciente y comportamiento según la escala de Frankl

Finalmente al evaluar las variables de tipo de estructura familiar donde vivían los niños contra la escala de comportamiento de Frankl, se encontraron diferencias muy significativas $p= 0.004$ donde los niños que acudieron a su visita dental que vivían en una familia nuclear mejor comportamiento que los niños que vivían en una familia monoparental. Fig.4

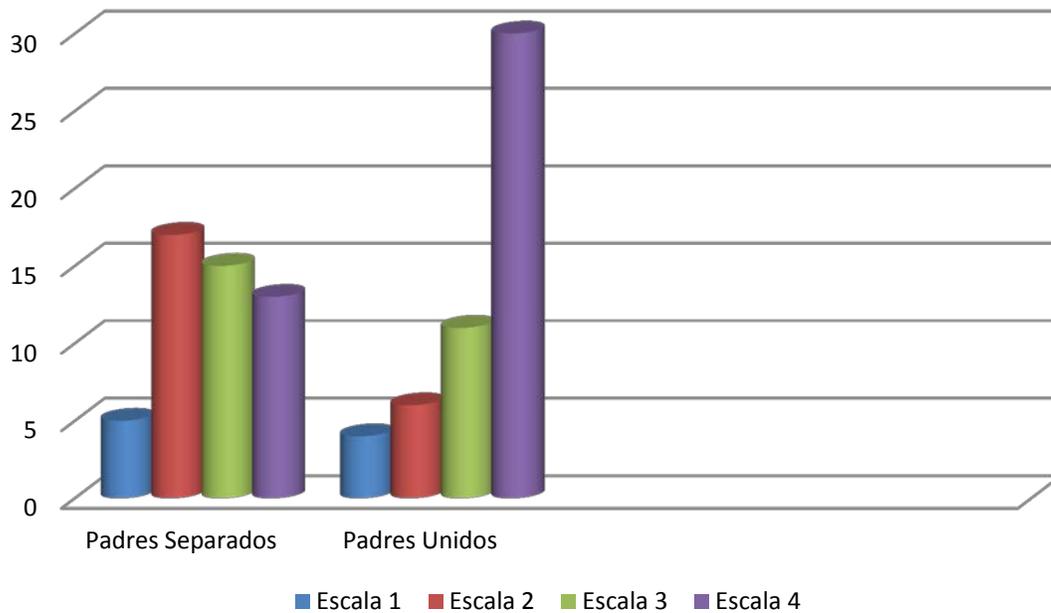


Figura 4. Relación entre situación social de los padres del niño y la escala de comportamiento de Frankl

14. DISCUSIÓN

La visita al dentista es una de las situaciones que genera más ansiedad; y dicha ansiedad influye notoriamente en la calidad de los tratamiento así como en el manejo que el odontólogo deberá de tener con el paciente.

Es en la primera consulta es donde se despliegan los sentimientos del paciente respecto al tratamiento odontológico y al dentista. Esta es la oportunidad para que el profesional intervenga para proveer un ambiente psicológico de seguridad, que permita develar temores y ansiedades propias a la situación de atención dental. (ALCAGAYA G., Y COLS. 2004).

Durante este estudio evaluamos el comportamiento del paciente pediátrico durante su primera consulta dental, ya que el paciente aún no ha sido expuesto a ninguna situación que pueda influenciar de manera positiva o negativa su comportamiento.

Cuando el dentista se relaciona con el paciente deberá considerar ciertos conceptos para conseguir una buena alianza terapéutica. La relación se verá fortalecida al considerar al paciente como una persona independiente que tiene ciertos conocimientos y capacidad de decisión respecto a su salud oral. Si esto se complementa con la aplicación de una serie de técnicas que ayudan a disminuir y a manejar la ansiedad del paciente cuando asiste a la consulta profesional, se logrará que desarrolle conductas adecuadas.

La colaboración del niño es necesaria para llevar a cabo un tratamiento dental de calidad en la consulta; los factores que influyen sobre la conducta del paciente infantil son muchos y variados. (SANCHIS FORÉS, 2011)

En este estudio encontramos que la mayor proporción de los niños tuvo un comportamiento definitivamente positivo, y en menor proporción, solo 9 niños presentaron un comportamiento definitivamente negativo.

Manejar el comportamiento de los pacientes pediátricos ha sido de gran importancia en muchos estudios, sin embargo se debe prestar atención a los padres y a las circunstancias individuales de cada uno de ellos ya que pueden ser importantes para alcanzar nuestras metas del tratamiento.

Los padres de hoy esperan participar en las decisiones terapéuticas, y a menudo tienen expectativas diferentes respecto a las experiencias de sus hijos. Las actitudes de los padres y sus emociones pueden influenciar negativamente o positivamente en el comportamiento del paciente durante la cita. El manejo de conducta se vuelve más complicado cuando se combina la actitud negativa del padre(s). (SOXMAN, 2006). Los relatos desfavorables acerca de la visita al dentista también provoca ansiedad en los pacientes.

La familia, es el grupo primario básico por excelencia, en ella se da el grado más íntimo, y estrecho de interacción personal entre sus miembros (padres e hijos) y es en ella donde se determinan o encausan los valores creencias y costumbres de una determinada estructura social.

Cuando se produce ruptura matrimonial, la estructura familiar se rompe surgiendo tensión y diferentes sentimientos en sus integrantes. (DOLTO, 1998).

Existe un estudio donde se observa la conducta de los niños en la consulta odontopediátrica relacionado con su ambiente familiar. Se corroboró que las familias disfuncionales generan mayores niveles de ansiedad en el niño, pero también desarrollan mayor número de recursos para enfrentar sus problemas. (GARCÍA, 2010).

Generalmente la separación de los padres afecta de manera negativa a los hijos dando como consecuencia un cambio en el comportamiento, ya sea mostrando rebeldía o depresión. Esta situación puede verse reflejada de forma negativa en la escuela, en su contacto con el resto de la familia y en su convivencia social. (MUÑUZ, 2011). Estudios que muestran que la separación de los padres si afecta la conducta de los alumnos. Se tomaron dos grupos, uno donde los alumnos viven en hogares organizados y otros en hogares desorganizados, y se tomo la conducta de cada uno de ellos, dando como resultado una conducta desfavorable en los alumnos con hogares desorganizados. (PAREDES, 2012).

En nuestro estudio se encontró una relación significativa entre el tipo de estructura familiar de la que proviene el paciente y su comportamiento dentro de la consulta dental. Se observó que los pacientes que venían de una familia nuclear presentaron un mejor comportamiento comparado con los pacientes que venían de una familia mononuclear, independientemente de que tipo de familia mononuclear provenían. Por lo tanto podemos concluir que la estructura familiar del paciente puede afectar el comportamiento del mismo durante su visita dental.

La separación de los padres afecta de manera diferente en cada edad del paciente. A partir de los 4 años el niño entiende el divorcio como una separación física, temporal y puede creer que él es el causante de esta conducta. Entre los 6 y 8 años comprende la finalidad del divorcio y los efectos que pueden causar a sus padres, y creen que su conducta tiene impacto en las decisiones de sus padres. Entre los 9 y 12 comprenden psicológicamente los motivos para el divorcio, piensan que es un beneficio para ellos y no se autoculpabilizan. (WALLERSTEI, 1999).

En este estudio encontramos que los pacientes de mayor edad tuvieron mejor comportamiento, siendo los de menor edad los que presentaban un comportamiento negativo; sin embargo no hubo diferencias significativas en cuanto al género.

Por lo tanto es importante realizar una adecuada historia clínica del paciente infantil, para que el odontólogo pueda conocer a fondo el entorno en el que el paciente se desarrolla, para que así de esta manera pueda tener una mayor empatía y esto le resultará en un mejor manejo de conducta durante el tratamiento.

Tomando en cuenta que es importante identificar el tipo de familia a la que el niño pertenece y el entorno en el que éste vive, el odontopediatra podrá desarrollar de una manera óptima el manejo de conducta del paciente pediátrico.

Se reafirma así, que el hecho de vivir en un ambiente familiar, en el que los padres desempeñan sus funciones de manera adecuada y hay un ambiente de armonía y amor influye en el comportamiento y la interacción del niño con la sociedad.

Cuando esta armonía se rompe empiezan a presentarse manifestaciones negativas en los niños de diferentes formas: ansiedad, alteraciones, tensión interna, preocupación. Todo esto como resultado normal ante la situación que está viviendo. (GARCÍA, 2010).

Los conflictos maritales y las familias disfuncionales son factores predictivos de desajustes emocionales en los niños. Niños criados bajo condiciones de abusos físicos y emocionales tienen más posibilidades de desarrollar trastornos psicológicos y problemas conductuales. (KOLVIN, 1988).

En general, los datos muestran que las familias con ruptura de los padres tienen un nivel de ansiedad superior al de las familias con ambos padres viviendo juntos. (CHRISTEN, 1997)

Los niños que crecen en una familia sana mentalmente y funcional, son niños que se van a desenvolver de manera adecuada, que se sienten queridos, protegidos y que lo muestran en sus relaciones con la sociedad

15. CONCLUSIONES

- El comportamiento de los niños que acudieron al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. está asociado con la edad del paciente. A mayor edad del paciente mejor comportamiento tendrá el paciente, mientras que a menor edad del paciente su comportamiento fue más desfavorable.
- No existe una relación entre el género y el comportamiento del paciente.
- Se concluyó que hay relación significativa entre el tipo de la estructura familiar del paciente y el comportamiento que presentó durante la primera consulta dental de acuerdo a la evaluación realizada con la escala de Frankl.

16. REFERENCIAS

Álvarez Lima, Rivero Yanett Magda y Casanova; 2006; Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico; Rev Hum Med; vol.6, n.1.

Amato Paul R; 1993; Children´s adjustment to divorce; Journal of Marriage and Family; Vol. 55.

Ancona Bertha Herdia; 2005; Relación Madre- Hijo; Editorial Trillas.

Andalaw R.J.,Rock W.P; 1999; Manual de Odontopediatría; Ed. McGraw Hill Interamericana 4 ed; pp.45-50.

Arden G. Christen; 1977; Piagetian Psychology: some principles as helpful in treating the child patient; ASDC Journal of Dentistry for Children, 44:448-52.

Bengoechea Pedro; 1992; Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos; Psicotherma; Vol.4 Num.2.

Berger Kathleen Stassen, Ross A. Thompson Ross A; 1997; Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia; Editorial Médica Panamericana

Berk Laura E; 2002; Desarrollo del Niño y del Adolescente; Editorial Prentice Hall. 4º edición.

Bloch Miki, Peleg Ido, Koren Danny, Aner Hamotal, Klein Ehud; 2007; Long-term effects of early parental loss due to divorce; Hormones and Behavior 51; pp. 516–523.

Bordoni Noemí, Escobar Alfonso, Castillo Mercado Ramón.; 2010; Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual; Editorial Panamericana.

Burgess Locke Thomes; 1972; The Family; Ed. Van Nostrand Reinhold Company. 4º edición; pg. 38-44.

Cárdenas D; 1996; Conducta y manejo del paciente Niño; Corporación para investigaciones biológicas; pp 22-30.

Dolto, F.; 1998; El niño y la familia. Desarrollo emocional y entorno familiar; pp.110-112.

Dr. González Ruelas Enrique; 1998; Psiquiatría 1; Editorial Intersistemas.

Frías A; 2000; Enfermería Comunitaria; Nasson; pp.78-80.

García Martínez Martha Elena 2010; Conducta de los niños en la visita odontopediátrica y su ambiente familiar; Tesis Univ. Granada. Departamento de Estomatología.

Geoffrey Robinson Geoffrey; 1996; Matrimonio, Divorcio y Anulación; Editorial Trillas pp.44-48.

González Rosario; 2011; Un injusto castigo infantil; Editorial Milenio; pp.13-15

Harper DC, D'Alessandro DM; 2004; The child's voice: understanding the contexts of children and families today; Pediatric Dentistry; Mar-Apr; 26-(2): pp. 114-120.

Kolvin J.; 1988; Social and parenting factors affecting criminal-offenses rates; British Journal of Psychiatry; Vol. 152; pp. 80-90

Lacroix Carol; 2006; Freedom, desire and power: Gender processes and presumptions of shared care and responsibility after parental separation; Women's Studies International Forum 29; pp.184–196.

Martínez Sais Mariemma; 2008; Trastornos del vínculo en la infancia; Colegio Oficial de Psicología de Cataluña.

Maternal Depressive Symptoms Are Adversely Associated With Prevention Practices and Parenting Behaviors for Preschool Children; Pediatric Academic Societies Annual Meeting.

Mazaira José; 1999; Efectos del Fallecimiento Parental en la Infancia y la Adolescencia; Complejo hospitalario Universidad de Santiago. Servicio de Psiquiatría.

McIntyre Anne, Herona Reva L, McIntyre Michael D., Shacunda; 2003; College students from families of divorce: keys to their resilience; Applied Developmental Psychology 24; pp.17–31.

Megan Kavanaugh BS Megan, MD Halterman Jill S., MPH, Montes Guillermo PhD, Epstein Mike MS, Hightower Dirk PhD, Weitzman Michael MD; 2000; Menchaca Andrea; 2011; Malos divorcios golpean a hijos; Editorial Milenio.

Menchaca Andrea; 2011; Tienen divorciados una mayor escolaridad; Editorial Milenio pp.3-4.

Morales de Martínez María Guadalupe; 2001; Revista Puntos "La Familia" No. 4; Secretaría de Educación Pública.

Muñux Xabier, Elustondo Maribel; 2011; Reacción de los hijos al divorcio; KIDEZTA.

Nash DA; 2006; Engaging children's cooperation in the dental environment through effective communication; Pediatric Dentistry; Vol.28; pp.455.

Olivera Carolina; 2007; Aspectos psicológicos en la Odontopediatría; Facultad de Estomatología; Vol.3.

Paredes Cuesta; 2012; El Divorcio Incide en las Conductas Desviadas de los Niños de la Escuela Jorge Isaac Rovayo del Cantón Baños de Agua Santa Durante el período 2009-2010.

Peretz Benjamin, Danzadik; 1994; Dental anxiety of parents in an Israeli Kibbutz population; International Journal of Pediatric Dentistry. Vol:4; pp. 87-92

Pinkham Jimmy R; 1992; Management of the encounter between Dentist and Parent; Journal of Dentistry For Children; pp.107-111.

Pinkham JR.; 2000; Behavior management of children in the dental office; Dent Clin North Am.; Vol 44(3); pp.471-86.

Robinson Jackie; 1997; Desarrollo psicosocial en la adolescencia; Editorial Americana.

Rojas Alcayaga G y Misrachi Lunert C.; 2004; La interacción paciente-dentista a partir del significado psicológico de la boca” Av Odontoestomatol v.20 n.4 jul.-ago.

Romero Ibarrola Norma; 2003; Guía de Padres; Editorial Infantil y Educación S.A. de C.V; pp.135-139.

Salvador Gemma-Pons y Del Barrio Victoria; 1995; El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos; Departamento de Psicología Básica; Vol. 7, nº 3, pp. 489-497.

Sánchez Aguilera F, Toledano M, Osario R.; 2004; Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento.; Av Odontoestomatologico v.20 n.4.

Sanchis Forés, C. y Catalá Pizarro, M.; 2011; Predictores de conducta en odontopediatría; Revista del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos; pp.34-35.

REFERENCIAS

- Secretaría General del Estado de Nuevo León; 2010
<http://www.data.nl.gob.mx/Estadistica/PorDependencia/Demografia/RegDemograficos>.
- Seltzer Judith A; 1997; Consequences of marital dissolution for children; Annual rev. social 20:235-66
- Shaffer David R.; 2001; Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia; Editorial Thompson. 5º edición
- Soxman J.; 2006; Parenting the parents of pediatric patients; American Board of Pediatric Dentistry; Vol. 27; pp.630.
- Storksén Ingunn, Roysamb Espen, Moum Torbjorn, Tambs Kristian; 2005; Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment; Journal of Adolescence 28 pp. 725–739.
- Veerkamp J.S.J, Gruythuysen R.J.M, Van Amerongen W.E, Hoogstraten J; 1994; Treating fearful children: does a parent's view of the child's fear change; Journal of Dentistry For Children; Vol. March – April, pp. 105-108
- V.S. Conner, D. Briskie, R. Feigal, L. Straffon, Inglehart M.R.; 2003; Parent child communication, dental fear, and behavior during dental visits.
- Wallerstein, Judith S.; Corbin, Shauna B.; 1999; The child and the vicissitudes of divorce,
- William J. Goode William J; 1996; La Familia; Editorial Hispano Americana.
- Z. Wright Gerald, Alpern Gerald; 1971; Variables Influencing Children's Cooperative Behavior at First Dental Visit; Journal of Dentistry for Children; pp. 60-64

Anexo 1

Hoja de Captura de Resultados

Captación de Datos:

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil de los padres: _____

El niño vive con: _____

Domicilio:

Ciudad: _____

Tel: _____

Paciente de: _____

Fecha	Edad	Género	Estructura Familiar	Comportamiento
			Nuclear	Frankl 1
			Monoparental	Frankl 2
				Frankl 3
				Frankl 4

Anexo 2 figuras

Figura 1. Proporción de niños de acuerdo al género

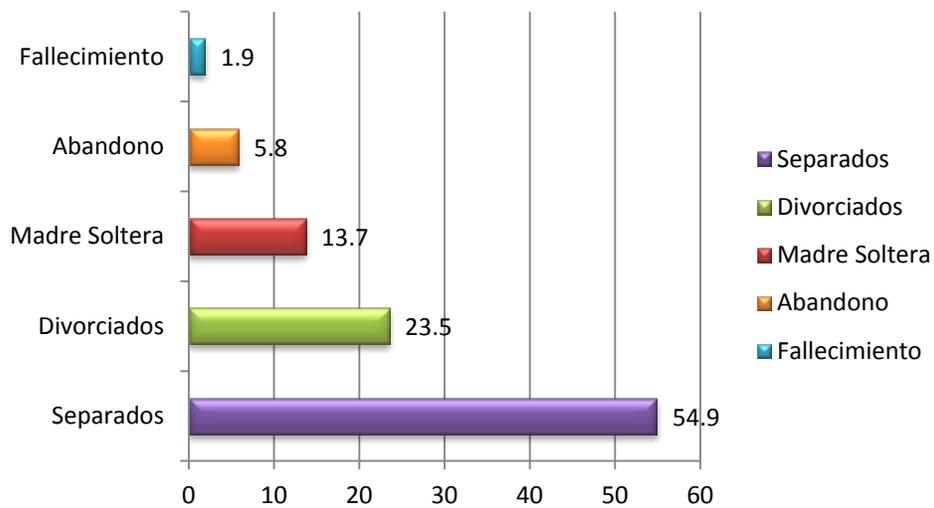


Fig. 2 Distribución porcentual de la familia monoparental

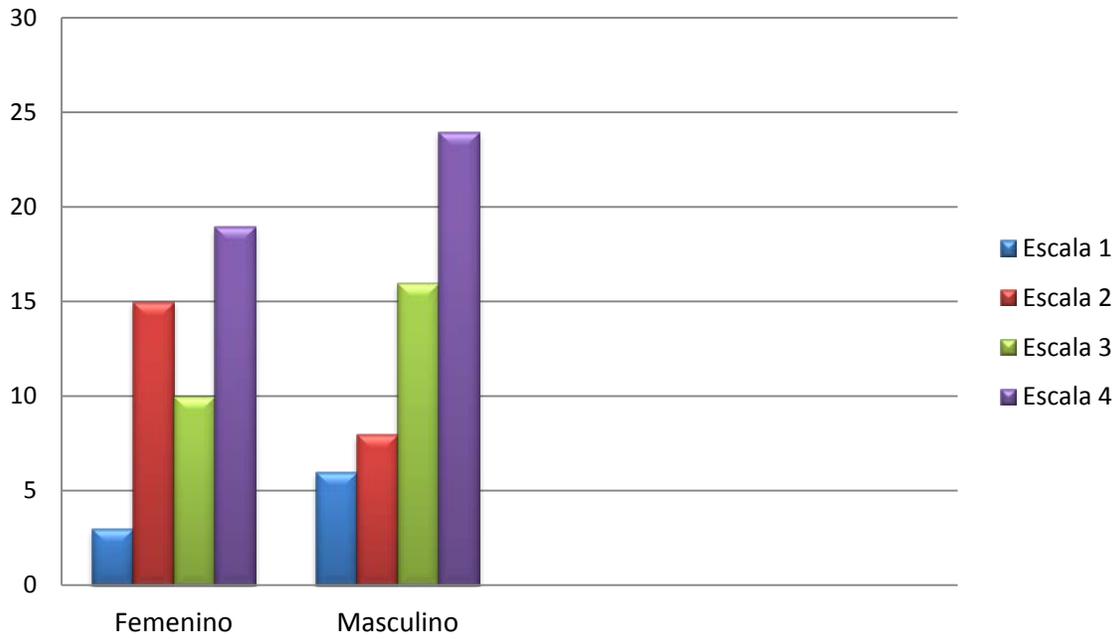


Figura 3. Relación entre género del paciente y comportamiento según la escala de Frankl.

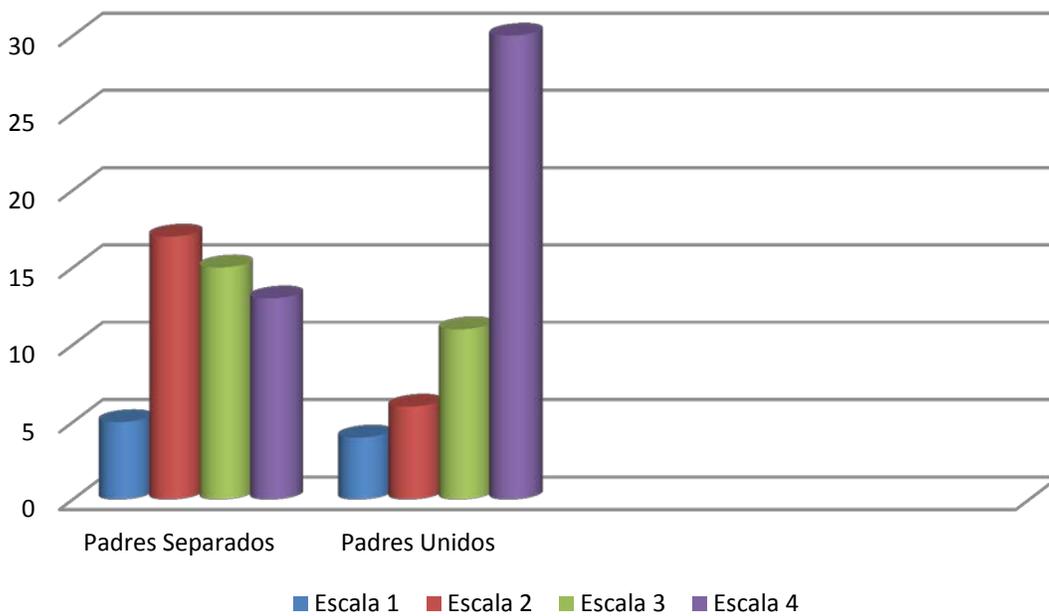


Figura 3. Relación entre situación social de los padres del niño y la escala de comportamiento de Frankl

Anexo 3 tablas**Tabla 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a su edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
2	7	6.9%
3	23	22.8%
4	26	25.7%
5	19	18.8%
6	10	9.9%
7	16	15.8%
Total	101	100%

Tabla 2. Características de los padres de acuerdo a su situación social.

Situación Social	Frecuencia	Porcentaje
Unidos	50	49.5%
Separados	51	50.5%
Total	101	100%

Tabla 3. Distribución de los pacientes de acuerdo a su compartimiento según la escala de Frankl

Escala de Frankl	Frecuencia	Porcentaje
1	9	8.9%
2	23	22.8%
3	26	25.7%
4	43	42.6%
Total	101	100%

Tabla 4. Relación entre edad del paciente y comportamiento

Edad	Escala de Frankl				Total
	1	2	3	4	
2	5	1	1	0	7
3	2	11	2	8	23
4	2	5	12	7	26
5	0	4	6	9	19
6	0	0	3	7	10
7	0	2	2	12	16
Total	9	23	26	43	101