



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Odontopediatría

“Valoración en la evolución de la conducta de los niños de la clínica de Odontopediatría de la FMUAQ, durante su tratamiento según la escala de Frankl”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de

Especialista en Odontopediatría

Presenta:

Claudia Verónica Cabeza Cabrera

Dirigido por:

C.D.E.O. Guillermo Ortiz Villagómez

SINODALES

CDEO Guillermo Ortiz Villagómez
Presidente

CDEO Mónica Ortiz Villagómez
Secretario

CDEO Alejandro Alcocer Maldonado
Vocal

Dr. En C. Agustín de la Isla León
Suplente

M. en C. Genaro Vega Malagón
Suplente

Mea. Esp. Benjamín R. Moreno Pérez
Director de la Facultad de Medicina

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dr. Sergio Quesada Aldana
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Octubre 2004
México

BIBLIOTECA CENTRAL, U.A.Q.

No. Adq: H.50.325 .. 1

No. Título _____

Clas. TS

115.418

C.114v

RESUMEN

El método de clasificación de la escala de Frankl ha sido un instrumento de investigación bastante popular, y sirve para registrar la conducta del niño en el consultorio.

La valoración en la evolución de la conducta de los niños es necesaria para verificar que el tratamiento especializado está logrando sus objetivos, obteniendo una evolución positiva de la conducta de los niños durante su tratamiento dental.

Se revisaron 417 expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ del período Enero-Mayo del 2003. De los cuales se analizaron los resultados de la escala de Frankl en 96 pacientes.

Estos pacientes se clasificaron por edades en pre-escolares, escolares y adolescentes, y el resultado obtenido mostró desde una conducta sin cambio alguno durante el tratamiento, a una evolución positiva y en otros casos una evolución negativa.

Se propone la valoración de la conducta, en base a la escala de Frankl, para lograr un manejo adecuado de los niños y una evolución positiva de su conducta durante el tratamiento dental.

(Palabras claves: Escala de Frankl, Evolución conductual, Odontopediatría, Niños escolares.)

SUMMARY

The classification method of the Frankl scale has been a very popular research instrument, and it serves to register the behavior of the child in the dentist's office.

An evaluation in the evolution of the child's behavior is necessary to verify that the specialized treatment is fulfilling its objectives and to obtain a positive evolution in the behavior of children during their dental treatment.

417 files of patients treated in the Clinic of Pediatric Odontology of the FMUAQ from January to May 2003 were reviewed and the results on the Frankl scale analyzed in 96 patients.

These patients were classified by age: pre - school children, school children and adolescents, and the results obtained ranged from no behavioral changes during the treatment to a positive evolution and in other cases, a negative evolution.

An evaluation of behavior is proposed, based on the Frankl scale, to achieve the adequate handling of children and a positive evolution in their behavior during dental treatment.

(Key words: Frankl scale, behavior evolution, pediatric odontology, school children).

DEDICATORIAS

A todas y cada una de las personas que directa ó indirectamente hicieron posible la culminación de mis estudios y la realización de mi tesis, gracias a su apoyo y comprensión.

En especial a mi mamá, porque sin su apoyo y paciencia no hubiera sido posible cursar la especialidad.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios, por darme salud y permitirme finalizar mis estudios.

A mi mamá, por toda su ayuda, amor y comprensión durante toda mi formación académica.

A mi hermano, compañeros de generación y amigos, en especial (Evelyn, Martha y Fer).

A mi esposo, por todo su amor y compañía.

A todos mis maestros, por toda su enseñanza y conocimientos transmitidos.

ÍNDICE

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DEDICATORIAS	iii
AGRADECIMENTOS	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	2
III. METODOLOGÍA	13
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES	20
VII. LITERATURA CITADA	21
VIII. APÉNDICE	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1. Evolución conductual de los pacientes pre-escolares.	15
GRÁFICO No. 2. Evolución conductual de los pacientes escolares.	16
GRÁFICO No. 3. Evolución conductual de los pacientes adolescentes.	17
GRÁFICO No. 4. Evolución conductual de todos los pacientes.	18

I. INTRODUCCIÓN

La atención dental especializada hacia los niños mediante un adecuado control de conducta, es de suma importancia para lograr el desarrollo de una actitud positiva hacia la odontología y mayor aceptación de la prevención.

Por lo tanto, la valoración en la evolución de la conducta de los niños, es necesaria para verificar que el tratamiento especializado está logrando sus objetivos obteniendo así, una evolución positiva de la conducta de los niños durante su tratamiento dental.

El objetivo de este estudio es, identificar y valorar la evolución de la conducta de los niños de la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ, durante su tratamiento según la Escala de Frankl.

Identificando la relación entre los cuatro tipos de conducta de la escala de Frankl, la relación del género de los niños con su evolución conductual, la relación entre edad y el tipo de evolución de conducta, y en base a los resultados de los anteriores objetivos, verificar si el manejo conductual del especialista es el adecuado.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Un objetivo primario durante los procedimientos odontológicos es llevar a los niños paso a paso para que desarrollen una actitud positiva hacia la Odontología. Afortunadamente la mayor parte de los niños progresa con facilidad y agradablemente a través de sus visitas al Odontólogo, sin que se ejerzan presiones indebidas sobre ellos mismos o sobre el equipo odontológico.

Estos éxitos pueden ser atribuidos a una cantidad de factores, como una personalidad confiada del niño, la preparación adecuada del niño por parte de los padres para la visita o bien las excelentes cualidades comunicativas del equipo odontológico.

Por otra parte, las experiencias de algunos niños en el consultorio les provocan ansiedad y el principio de una actitud negativa hacia la odontología. A veces estos niños son tratados sin medicación, siempre que se empleen las técnicas psicológicas apropiadas.

Una experiencia odontológica previa desagradable, aumenta la posibilidad de que ocurran problemas de conducta que serían evitables.

Sin embargo, la comprensión plena y la consciente implementación de las estrategias puede llevar a mejorar de manera significativa la capacidad para abordar a los niños.

ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS DE LOS NIÑOS.

Los fundamentos para la práctica odontológica en niños radican en la capacidad de guiarlos a través de sus experiencias odontológicas.

Esta capacidad es un prerrequisito para poder atender sus necesidades odontológicas inmediatas.

Pueden obtenerse efectos benéficos más duraderos, cuando las semillas de la futura salud dental se siembran tempranamente en la vida.

Por ello, si los objetivos profesionales son los de promover actitudes positivas hacia el odontólogo y mejorar la salud bucal de la sociedad, los niños son la clave del futuro,

Una diferencia principal entre el tratamiento de niños y de adultos es la relación. El tratamiento de adultos generalmente involucra una relación de uno-a-uno, es decir, una relación odontólogo-paciente.

El tratamiento de los niños, en cambio, generalmente involucra una relación uno-a-dos: odontólogo-paciente(niño)-familia, a lo que se le llama el triángulo del tratamiento Odontopediátrico. (McDonald, 1993)

CONTROL DE LA CONDUCTA.

El adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad constituye un constante reto para la habilidad y la experiencia del profesional, especialmente en Odontopediatria.

Hasta el tercer año de vida, los niños no poseen habilidades de comunicación y de socialización suficientes para acceder a las exigencias de una cita dental.

Los problemas de comunicación son la mayor barrera para dar un adecuado cuidado dental a los pequeños.

La comunicación es una base para establecer una futura aceptación de los servicios dentales por parte del paciente durante toda su vida.

OBJETIVOS DEL CONTROL DE CONDUCTA.

- Establecer buena comunicación con el niño y los padres.
- Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento dental.
- Explicar los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- Proporcionar ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
- Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera para el niño. (Barberia, 2001)

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE SU ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

Resulta axiomático que un niño temeroso o ansioso que supone que su visita al odontólogo será desagradable, probablemente tenga tal experiencia, en comparación con un niño con menor grado de temor ó ansiedad.

La ansiedad y el temor afectan la conducta del niño y, en gran medida, determinan el éxito de una sesión odontológica. Las diversas escuelas psicológicas concuerdan en que la ansiedad es un rasgo de la personalidad, pero sus opiniones son diversas en cuanto al origen de ese rasgo.

Por la misma razón, la odontología tiene cierta dificultad para poder identificar los estímulos que llevan a que se comporte mal en el consultorio, aunque se refirieron diversas variables de entre los antecedentes del niño. (McDonald, 1993)

Los comportamientos observados en los niños durante una examinación dental dependen no solamente de la situación de la examinación, sino también de otros factores, tales como el sexo del niño o el sexo del padre que lo acompaña. (Rousset, 1997)

También existe una asociación entre factores psicológicos y el dolor orofacial (Macfarlane, 2002)

Se han encontrado cuatro variables dentales significativas: problemas en visitas previas a un dentista, la aversión hacia el dentista, no dar tiempo suficientes para que el niño se ajuste a la situación dental, y el miedo a la inyección. (Holst, 1998)

ANSIEDAD MATERNAL:

Llamada también ansiedad parental. Con pocas excepciones, la mayor parte de las investigaciones reflejan una significativa correlación entre la ansiedad materna y la conducta del niño durante su primera visita al consultorio.

Los padres muy ansiosos tienden a afectar en forma negativa la conducta de sus hijos. Aunque los datos científicos revelan que los niños de toda edad pueden ser afectados por la ansiedad de su madre, el efecto es mayor en los menores de 4 años de edad. Esto podría suponerse, dada la estrecha simbiosis niño-padres que comienza en la lactancia y disminuye gradualmente. (McDonald, 1993)

Una asociación significativa fue encontrada entre los niños con comportamiento negativo y la educación y ansiedad de los padres. (Colares, 2002)

La mayoría de los padres prefieren una explicación en cuanto al acercamiento, o forma en que se va a tratar a sus niños. (Peretz, 1999)

HISTORIA MÉDICA: Es un documento de suma importancia en cuanto a la conducta del niño en el consultorio odontológico, pues en ella se registra el avance y la cooperación que presentan los niños durante su tratamiento. Hay acuerdo general en que los niños que tuvieron "buenas experiencias médicas" son más cooperativos con el Odontólogo. Lo que importa es el aspecto emocional de las visitas pasadas, más que la cantidad.

El dolor experimentado en visitas anteriores al médico es otra consideración en la historia médica del niño. El dolor pudo haber sido moderado ó intenso, real ó imaginario.

Sea como fuere, los padres creen que las experiencias dolorosas en anteriores consultas médicas se relacionan de manera significativa con la conducta de sus hijos en el consultorio odontológico.

El estudio también mostró que las experiencias quirúrgicas previas influyen negativamente sobre la conducta en la primera visita al Odontólogo, no así en las visitas ulteriores.

(Pinkham, 1991)

CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA ODONTOLÓGICO: Algunos niños llegan al Odontólogo sabiendo que tienen un problema bucal. El problema puede ser serio como un absceso dental crónico, ó simple como la coloración extrínseca de los dientes.

Sin embargo, hay una tendencia hacia la conducta negativa en la primera consulta odontológica cuando el niño cree ó sabe que hay un problema. (Castillo, 1996)

Puede haber relación entre la primera visita dental y la ansiedad dental. (Rantavuori, 2002)

El hecho puede ser resultado de la aprensión transmitida al hijo por el padre ó por la madre.

El significado de esta variable ofrece al Odontólogo una buena razón para educar a los padres acerca de que sus hijos hagan una visita al Odontólogo antes de tener algún problema. (McDonald, 1993)

ANSIEDAD DE LOS PADRES: Una importante fuente de miedo a la situación dental es una familia con actitudes negativas hacia el tratamiento dental. Muchos clínicos han observado que los niños de padres muy ansiosos tienden a ser más miedosos y menos cooperativos que los niños cuyos padres no se describen a sí mismos como ansiosos.

En la primera visita dental es muy marcada la relación entre la ansiedad materna ó paterna de la visita y la ansiedad de los niños y las conductas negativas durante la visita. Esta relación es más pronunciada en niños menores de 11-12 años.

No obstante, esta relación no se produce en todos los casos, es decir, no todos los padres ansiosos tienen niños ansiosos; sin embargo, indagar sobre la ansiedad de los padres puede ayudar a predecir la respuesta del niño en la visita inicial. (Barberia, 1999)

Los padres de niños no cooperadores, se diferencian de los padres de los pacientes cooperadores, no solamente en estado socioeconómico y miedo dental, sino también en aspectos tales como conocimiento y responsabilidad dentales. (Arnrup, 2002)

Diversas variables psicosociales, tales como estatus, tipo de la familia y posición socioeconómica se pueden considerar de gran significado, porque pueden influenciar el patrón del comportamiento del niño en una situación de tratamiento dental. (Dash, 2002)

EXPERIENCIAS MÉDICAS PASADAS: Si sabemos como fueron las experiencias médicas pasadas, sobre todo si fueron dolorosas, estaremos en mejor posición para predecir la conducta del niño en la sala dental.

Los niños con experiencias pediátricas dolorosas ó desagradables tienden a ser más miedosos y menos cooperativos durante la primera visita y los que han tenido contactos previos con personal médico positivo y sin miedo suelen ser más cooperativos.

Las primeras experiencias adversas en la consulta del odontólogo son la causa más frecuente de miedo y ansiedad dental. La experiencia traumática puede originarse por el dolor infringido durante el tratamiento, por actitudes no favorables del odontólogo o por otras situaciones no placenteras en la consulta. La experiencia sirve como un estímulo inicial, desencadenando los patrones de respuestas específicas de miedo ó ansiedad. (Barberia, 1999)

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS EN CUANTO A SU COOPERACIÓN.

Se han desarrollado numerosos sistemas de clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico.

El conocimiento de estos sistemas puede ser para el Odontólogo una ventaja en más de un sentido:

- Puede ayudarle en la orientación del método de abordaje.
- Puede brindar un medio para registrar metódicamente la conducta.
- Y puede ayudar a evaluar la validez de las investigaciones actuales.

ESCALA DE FRANKL DE CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

La escala divide a las conductas observadas en cuatro categorías, yendo desde la definitivamente positiva a la definitivamente negativa:

- TIPO I: DEFINITIVAMENTE NEGATIVA.
Rechaza el tratamiento.
Grita fuertemente.
Está temeroso ó tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.
- TIPO II: NEGATIVO.
Difícilmente acepta el tratamiento.
No coopera.
Tiene algunas evidencias de actitudes negativas, pero no pronunciadas.

- TIPO III: 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 IV: DEFINITIVAMENTE POSITIVA.
Buena relación y armonía con el Odontólogo.
Interesado en los procedimientos odontológicos.
Ríe y disfruta.

El método de clasificación de la escala de Frankl ha sido un instrumento de investigación bastante popular, y sirve también como forma abreviada para el registro de conducta del niño en el consultorio.

Podemos identificar aquellos niños que muestran una conducta cooperadora positiva marcando + ó ++.

Por el contrario, la conducta no cooperadora, puede anotarse con – ó --.
(McDonald, 1993)

TÉCNICAS DE CONTROL DE LA CONDUCTA.

A) PSICOLÓGICO: Consiste en abordar al niño de una forma adecuada para realizar los tratamientos odontológicos necesarios. Evitando de esta manera, problemas como la ansiedad, resistencia, timidez, temor, que puedan presentar los niños.

Ansiedad: ó inseguridad, está probablemente relacionada con el estado de temor. Los

niños angustiados se asustan ante toda nueva experiencia, su reacción puede ser agresiva, como por ej. el berrinche, que es considerado un estado de ansiedad o inseguridad.

Resistencia: Es una manifestación de ansiedad ó inseguridad que provoca que el niño se rebele contra el medio. Es muy importante que ante una reacción de resistencia, el profesional no debe dejar regresar al niño sin haberle efectuado un ligero tratamiento, ya que la resistencia puede aumentar en las sesiones siguientes.

Timidez: Esta es otra reacción que se observa principalmente en casos de atención de primera vez. Suele estar relacionada a una experiencia social limitada del niño, en estos casos se puede dejar que el niño observe la atención de otro niño (paciente bien adaptado). El niño tímido necesita ganar confianza en sí mismo y con el Odontólogo.

Temor: Los niños parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad. Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, adquirido por imitación de aquellos que temen. Existe también un tercer temor, que es resultado de ciertas experiencias desagradables.

Los miedos generales, el miedo dental materno, y la edad son factores etiológicos importantes en el desarrollo del miedo dental en niños. (Klingberg, 1995)

“El manejo psicológico va a depender de la edad del niño” (Barberia, 1999)

El desorden de la conducta y los comportamientos emocionales como la hiperactividad no se han relacionado con lesión dental. (Odoi, 2002)

B) FÍSICO: Consiste en tener:

a. Área de trabajo adecuada

- b. Asistente capacitado
- c. Tratamientos y materiales para niños. (Barberia, 1999)

La distracción con música no es un medio eficaz para reducir ansiedad, dolor o comportamiento no cooperativo durante procedimientos dentales restaurativos pediátricos. Sin embargo, los pacientes gozan al escuchar música durante sus visitas. (Aitken, 2002)

- C) FITOTERAPEÚTICO: Utilización de medicamentos herbolarios. Estos ayudan a relajar a los niños. Hay diferentes tipos de té.
- D) MEDICAMENTOSO: Es una sedación consciente. Se utilizan medicamentos ansiolíticos (para disminuir la ansiedad del niño).
- E) HOSPITALARIO: Por medio de anestesia general. Se utiliza solo si el paciente lo requiere. Hay pérdida de conciencia, y también riesgos físicos.
(Barberia, 1999)

El manejo de conducta más utilizado por el Odontopediatra es: (A + B)

- A) PSICOLÓGICO: 50%
- B) FÍSICO: 50%

MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS.

La modificación de la conducta se basa en una introducción planeada a los procedimientos terapéuticos, para preparar gradualmente al niño a que acepte el tratamiento de un modo relajado y cooperador.

Los pasos que pueden definirse para introducción del tratamiento de restauración a un niño promedio de edad escolar son:

- 1.- Examen y profilaxis.
- 2.- Selladores de fisuras o aplicación local de fluoruro.
- 3.- Restauración oclusal pequeña en un diente primario sin analgesia local.
- 4.- Analgesia por infiltración y restauración.
- 5.- Bloqueo del nervio dentario inferior y restauración.

El número de pasos incluidos en cada sesión o el número de sesiones dedicadas a cada paso, depende en cómo responda el niño.

El método gradual implícito en la modificación de conductas puede atrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene toda la cooperación infantil este retraso queda más que compensado, por lo que el tiempo invertido en un principio puede considerarse como una buena inversión. (Andlaw, 1994)

Se ha encontrado que los pacientes de 3 a 6 años, que experimentan la odontología restaurativa en la primera visita dental, exhibieron un comportamiento más negativo que los que no lo hicieron. (Brill, 2002)

El tratamiento integral dental de un paciente pediátrico, se lleva a cabo aproximadamente en cuatro citas. Esto se debe a que se necesita una cita para rehabilitar cada cuadrante, los cuales son cuatro. (Koch, 1994)

La edad y el desarrollo evolutivo del niño son aspectos que el odontólogo ha de tener siempre presentes. Los niños no son adultos y si atendemos a la edad, existen grandes diferencias entre ellos respecto a su nivel de comprensión acerca de lo que ocurre, el modo como perciben los problemas, su forma de emplear el lenguaje, ó en su capacidad para comunicar a otros sus propias experiencias. (Barberia, 1999)

III. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico, longitudinal, prospectivo, en la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ, en el período comprendido de Enero-Mayo del 2003, tomando como universo todos los expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica mencionada.

Se revisaron 417 expedientes, y los datos fueron capturados manualmente en la hoja de recolección de datos. Se excluyeron aquellos expedientes que no tenían registrado el tipo de conducta según la escala de Frankl de cuatro citas, o algún dato necesario para el estudio como género, edad.

Se analizaron los resultados de la evolución de la conducta de 96 expedientes, pertenecientes a los que presentaron 4 y 5 citas, siendo éstos los más representativos.

Se clasificaron por edades en:

- pre-escolares (0-4.0 años) = 13 pacientes
- escolares (4.1-8.0 años) = 43 pacientes
- adolescentes (8.1-en adelante) = 40 pacientes

Se analizó cada grupo, observando de cada uno de ellos su evolución conductual, siendo ésta en algunos casos sin cambio alguno, evolución positiva y en otros casos una evolución negativa.

Estos datos se presentaron en gráficos de barras.

IV. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio se presentan a continuación, estableciendo los siguientes datos:

- Se determinó que de los pacientes pre-escolares: 2 presentaron una evolución positiva de la conducta durante su tratamiento (de conducta tipo 1 a 3), 2 mantuvieron su conducta positiva (de conducta tipo 3 a 3), 8 mantuvieron su conducta definitivamente positiva (de conducta tipo 4 a 4), y 1 tuvo una evolución negativa (de conducta tipo 4 a 3). (Gráfico 1)

- De los pacientes escolares: 1 presentó evolución positiva (de conducta tipo 1 a 4), 1 presentó evolución positiva (de conducta tipo 2 a 4), y 2 también presentaron evolución positiva (de conducta tipo 3 a 4), 32 mantuvieron una conducta definitivamente positiva (de conducta tipo 4 a 4), y 7 tuvieron una evolución negativa (de conducta tipo 4 a 3).

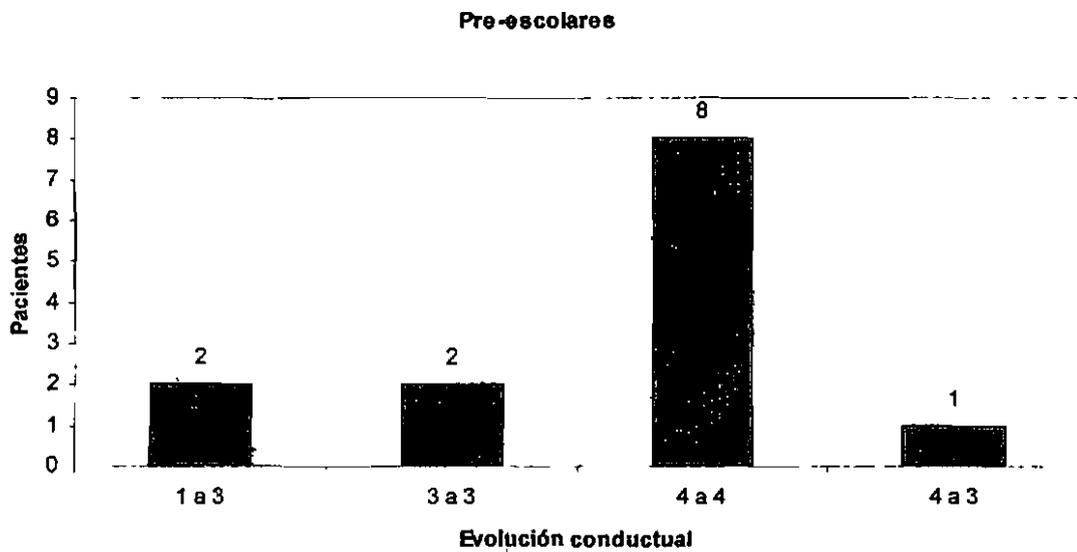
- También se determinó que de los pacientes adolescentes: 3 presentaron una evolución positiva (de conducta tipo 3 a 4), 2 mantuvieron su conducta positiva (de conducta tipo 3 a 3), 32 mantuvieron su conducta definitivamente positiva (de conducta tipo 4 a 4), y 3 presentaron evolución negativa (de conducta tipo 4 a 3).

- De todos los pacientes: 2 presentaron evolución positiva (de conducta tipo 1 a 3), 1 evolución positiva (de conducta tipo 1 a 4), 1 también evolución positiva (de conducta tipo 2 a 4), 4 mantuvieron su conducta positiva (de conducta tipo 3 a 3), 5 presentaron una evolución positiva (de conducta tipo 3 a 4), 72 mantuvieron una evolución definitivamente positiva (de conducta tipo 4 a 4), y 11 de ellos mostraron una evolución negativa (de conducta tipo 4 a 3).

VALORACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ, DURANTE SU TRATAMIENTO SEGÚN LA ESCALA DE FRANKL.

(Enero-Mayo 2003)

GRAFICO 1.- Evolución conductual de los pacientes pre-escolares.



N= 96

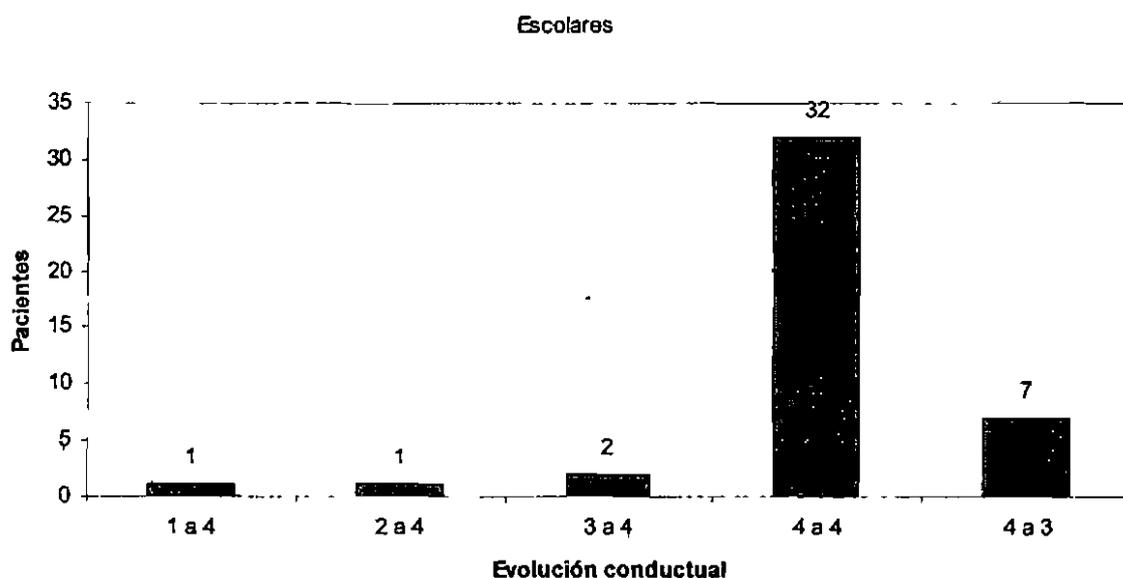
n= 13

FUENTE: Expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ en el periodo Enero-Mayo 2003.

VALORACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ, DURANTE SU TRATAMIENTO SEGÚN LA ESCALA DE FRANKL.

(Enero-Mayo 2003) .

GRAFICO 2.- Evolución conductual de los pacientes escolares.



N= 96

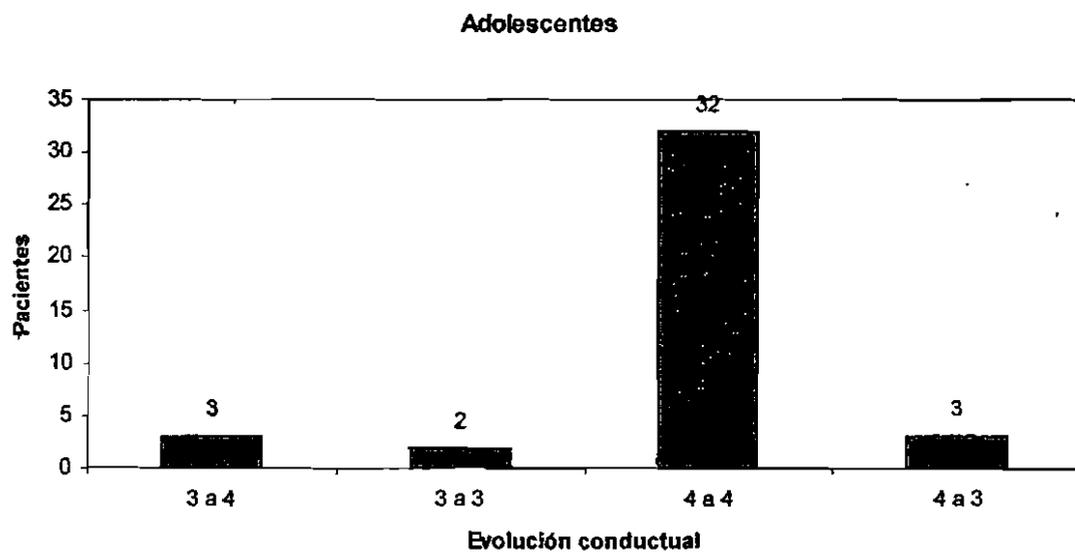
n= 43

FUENTE: Expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ en el periodo Enero-Mayo 2003.

VALORACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ, DURANTE SU TRATAMIENTO SEGÚN LA ESCALA DE FRANKL.

(Enero-Mayo 2003)

GRAFICO 3.- Evolución conductual de los pacientes adolescentes.



N= 96

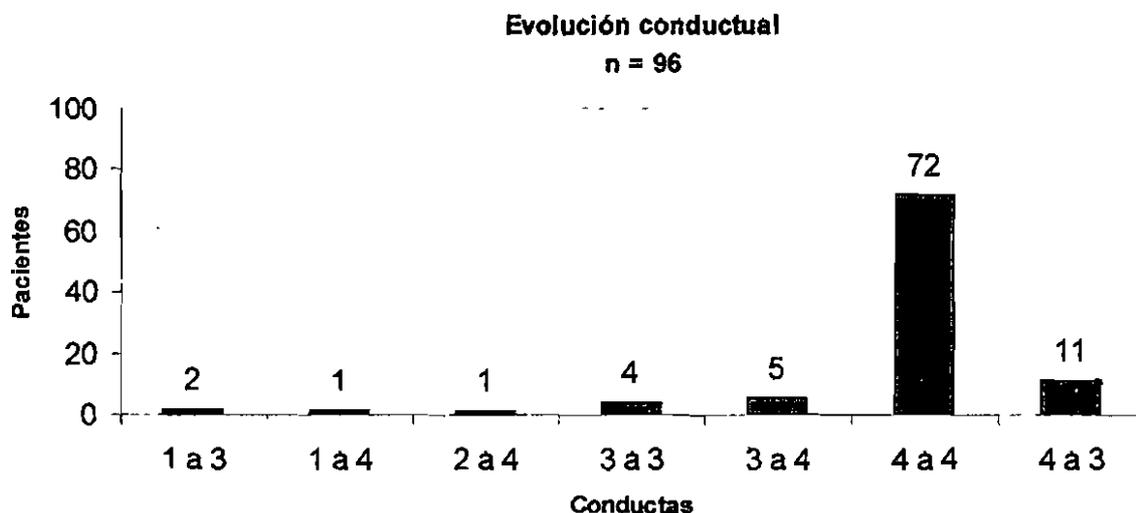
n= 40

FUENTE: Expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatria de la FMUAQ en el periodo Enero-Mayo 2003.

VALORACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS DE LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FMUAQ, DURANTE SU TRATAMIENTO SEGÚN LA ESCALA DE FRANKL.

(Enero-Mayo 2003)

GRAFICO 4.- Evolución conductual de todos los pacientes.



N= 96

FUENTE: Expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatria de la FMUAQ en el periodo Enero-Mayo 2003.

V. DISCUSIÓN

La importancia de este estudio es, que la evolución positiva de la conducta de los niños durante su tratamiento dental es fundamental, ya que nos permite instituir en los niños una actitud positiva hacia la odontología.

En la literatura no se reporta otro estudio donde se analice la evolución conductual de los niños en base a la escala de Frankl, por lo tanto la intención de este estudio es, además de mostrar los resultados obtenidos de la evolución conductual de los niños de la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ, dejar abiertas nuevas líneas de investigación sobre este aspecto tan importante en la práctica Odontopediátrica.

En este estudio se observa que en los tres grupos de edad: pre-escolares, escolares y adolescentes, existen evoluciones conductuales positivas, evoluciones conductuales negativas y también existen casos en los que se mantiene su conducta positiva.

Aunque los casos de evolución negativa son pocos y en su mayoría se presentan en edad escolar, es importante enfatizar que es necesario lograr en la totalidad de los tratamientos una evolución conductual positiva, o bien mantener su conducta positiva.

Este estudio invita al especialista a llevar a cabo un control de conducta adecuado, basado en las técnicas de control mencionadas en la literatura, para lograr evoluciones positivas en todos los tratamientos realizados.

VI. CONCLUSIONES

Con base a la investigación efectuada en los expedientes de los niños atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ, se concluye:

Los pacientes pre-escolares presentan en su mayoría una evolución conductual positiva, o bien mantienen una conducta definitivamente positiva.

Los pacientes escolares, también presentan evolución positiva en su conducta, pero en su mayoría mantuvieron una conducta definitivamente positiva, aunque también presentan mayor número de evoluciones negativas que en las otras edades.

Los pacientes adolescentes, presentan evolución positiva, y mantienen una conducta definitivamente positiva en su mayoría, y sólo algunas evoluciones negativas.

El mayor número de pacientes atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ, pertenecen a la edad escolar.

En general, la mayoría de los pacientes mantuvieron una conducta definitivamente positiva, otros evolucionaron de una conducta negativa a una positiva, y la minoría presentaron una evolución negativa durante su tratamiento dental.

Por lo tanto se determina que el objetivo de lograr o mantener una conducta positiva en los niños atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la FMUAQ, se ha logrado en su mayoría.

Pero también se observa una evolución negativa en algunos niños, lo cual nos indica que aunque son pocos los casos, existen fracasos en el control de la conducta durante su tratamiento.

Por lo anterior, este estudio invita a mejorar el control de conducta de los niños por parte del especialista, para lograr evoluciones positivas en la totalidad de los tratamientos.

VII. LITERATURA CITADA

Aitken JC, Wilson S, Coury D, Moursi AM (2002). The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. *Pediatr Dent* Mar-Apr;24(2):114-8.

Andlaw R.; Rock W. (1994). *Manual de Odontopediatria*. Ed. Interamericana Mc-Graw-Hill. 3a. edición. México, D.F. p.p. 19-31.

Arnrup K, Berggren U, Broberg AG, Lundin SA, Hakeberg M. (2002). Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs. cooperative child dental patients. *Eur J Oral Sci* Apr;110(2):75-82.

Barber, Luke (1990). *Odontología Pediátrica*. Ed. Manual Moderno, 2ª. edición, México, D.F. p.p. 42-60.

Barberia Leache E. (1999). *Lesiones Traumáticas en Odontopediatria*. Ed. Masson. México, D.F. p.p. 35-42.

Barberia Leache E. (2001). *Odontopediatria*. Ed. Masson. México, D.F. p.p. 127-137.

Brill WA. (2002). The effect of restorative treatment on children's behavior at the first recall visit in a private pediatric dental practice. *J Clin Pediatr Dent* Summer;26(4):389-93.

Castillo (1996). *Manual de Odontología Pediátrica*. Actualidades Médico-Odontológicas. Ed. Latinoamericana, C.A. p.p. 21-64.

Colares V, Richman L. (2002) Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. *ASDC J Dent Child* Jan-Apr;69(1):87-91, 13.

Dash JK, Sahoo PK, Baliarsing RR, Dash SN. (2002). A study of behaviour patterns of normal children in a dental situation and its relationship with socioeconomic status, family type and sibling position. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* Mar; 20(1):23-9.

Holst A, Schroder U, Ek L, Hallonsten AL, Crossner CG. (1998). Prediction of behavior management problems in children *Scand J Dent Res* Oct;96(5):457-65.

Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. (1995). Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* Dec;103(6):405-12.

Koch; Modeér; Poulsen; Rasmussen (1994). *Odontopediatria. Enfoque Clínico*. Ed. Médica Panamericana. p.p. 40-47.

Macfarlane TV, Kincey J, Worthington HV. (2002). The association between psychological factors and oro-facial pain: a community-based study. *Eur J Pain* 6(6):427-34.

McDonald; Avery (1993). *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. Ed. Panamericana. 5a. edición. Argentina. p.p. 45-67.

Odoi R, Croucher R, Wong F, Marcenes W. (2002). The relationship between problem behaviour and traumatic dental injury amongst children aged 7-15 years old *Community Dent Oral Epidemiol* Oct;30(5):392-6.

Peretz B, Zadik D. (1999). Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent* May-Jun;21(3):201-4

Pinkham. (1991). *Odontología Pediátrica*. Ed. Interamericana. Mc-Graw-Hill. 2a. edición. México. D.F. p.p. 277-288.

Rantavuori K, Zerman N, Ferro R, Lahti S. (2002). Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta Odontol Scand* Oct;60(5):297-300.

Rousset C, Lambin M, Manas F. (1997). The ethological method as a means for evaluating stress in children two to three years of age during a dental examination. *ASDC J Dent Child* Mar-Apr;64(2):99-106.

VIII. APÉNDICE

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- NOMBRE DEL PACIENTE: _____

- EDAD: _____ SEXO: _____

CONDUCTA INICIAL	Fecha:	Tipo de Conducta, según la escala de Frankl:	
CONDUCTA FINAL	Fecha:	Tipo de Conducta, según la escala de Frankl:	