UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

"TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS, 2018-I"

PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor (es):
Ruiz Jaramillo Susy Katherine

Asesor:
Ms. Esp. C.D. Vásquez Plasencia César Abraham

Línea de Investigación:

Epidemiología, salud-prevención, promoción y diagnóstico estomatológico.

Pimentel - Perú
2019

“TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS, 2018-I”

Aprobación del informe de investigación

Ms. Esp. CD. Vásquez Plasencia César A.

Asesor Metodólogo

Dra. CD. La Serna Solari Paola Beatriz

Presidente del jurado de tesis

Mg.CD. Oblitas Alvarado Luzmila

Secretario del jurado de tesis

Mg.CD. Lavado La Torre Milagros

Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

Dedicada a ti mi Dios por guiarme y darme la fortaleza necesaria para seguir adelante, por permitirme disfrutar de esta bonita experiencia, de compartir mi desarrollo personal y profesional junto a mis padres, ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Por rodearme de un entorno de compañeros en la universidad de los cuales muchos de ellos pasaron a formar parte importante en mi vida. Y no dejar pasar esta oportunidad para agradecer a los excelentes docentes que aportaron en ampliar mis conocimientos y cultivaron en mí, la pasión por mi carrera.

Me siento feliz porque sé que estoy en el camino correcto, ya que he aprendido a querer aún más esta carrera la cual me apasiona y ruego a Dios me permita ser la mejor.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la vida y la salud para concluir con mi tesis, a mí querida familia por el apoyo emocional y económico.

Doy gracias a mis profesores quienes durante estos cinco años se esmeraron por dar lo mejor para mi formación profesional, por los conocimientos teóricos y las experiencias vividas.

Además, agradezco a: Ms. Esp.CD. Vásquez Plasencia César A; Ms. Esp.CD Rojas Padilla Sandra Vannesa, por toda su paciencia, tiempo, conocimientos y amistad que sirvieron de gran ayuda para realizar esta investigación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a la que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS, 2018-I.

TYPE OF FAMILY AND ITS RELATIONSHIP WITH THE BEHAVIOR OF THE CHILD IN THE ODONTOPEDIATRIC CONSULTATION, IN THE DENTISTRY CLINIC USS, 2018-I.

Ruíz Jaramillo Susy Katherine

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS. La muestra estuvo conformada por 145 niños de 5 a 9 años. Para determinar el tipo de familia se entrevistó al padre, madre o apoderado. Se evaluó la conducta del niño mediante la escala de Frankl. Los datos fueron registrados en dos fichas de recolección de datos. Para el análisis de los datos se utilizó tablas de doble entrada con sus porcentajes respectivos; para determinar la relación se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado. El error estadístico fue del 0%. Al relacionar la conducta del niño con el tipo de familia se encontró un valor de p=0,000. El 68.3% de los niños atendidos en la consulta odontopediátrica de la Clínica Estomatológica USS pertenecieron a familias nucleares. El 20.7% de estos presentaron conducta levemente Positiva y el 46.2% presentaron conducta Definitivamente positiva. Los niños con familia Monoparental presentaron generalmente una conducta levemente negativa (12.4%). Los niños de familia extensa (9%) presentaron conducta levemente negativa y positiva por igual. Los niños con familia reconstituida (4.8%) generalmente presentaron conducta definitivamente negativa. Se concluyó que existe relación entre la conducta del niño y el tipo de familia a la que pertenece, así mismo no existe relación entre la conducta y sexo del niño; pero existe relación entre la conducta y edad.

Palabras Claves: Relaciones familiares, Conducta infantil, Odontología Pediátrica

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between the type of family and the child's behavior in the pediatric dentistry appointment at Dentistry Clinic USS. The sample size was 145 children aged 5-9. The parents and legal tutors were interviewed to determine the type of family and the children's behavior was assessed through Frank's Scale. the information was gathered from two different forms. The data was analyzed by using double entry tables. The Chi-squared was used to determine the relationship. The statistical error was 0%. When stablishing the relationship between the type of family and the child's behavior, the figure was p= 0,000. 68% of the children who attended the pediatric dentistry appointment at Dentistry Clinic USS were from nuclear families, 20.7% had a week positive behavior and 46.2% had a strong positive behavior. The children with only one parent (12.4%) and children from extend families (9%) had a negative and positive behavior at the same extent. Children with a reconstituted family (4.8%) demonstrated a negative behavior. As a conclusion, there is a relationship between the child's behavior and the type of family they come from. It is also demonstrated that there is no relationship between the child's behavior and gender but there is a relationship between the child's age and behavior.

Keywords: family relationships, child behavior, pediatric dentistry.

INDICE

DEDICATORIA 1
AGRADECIMIENTO 2
RESUMEN 3
ABSTRACT 4
I. INTRODUCCIÓN 6
1.1. Realidad problemática 6
1.2 Trabajos previos 7
1.3. Teorías relacionadas al tema 10
1.3.8. Manejo del comportamiento 13
Principales teorías del desarrollo del niño 13
Funciones de la familia 20
1.4. Formulación Del Problema 24
1.5. Justificación e Importancia del estudio 24
1.6 Hipótesis 25
1.7. Objetivos 25
1.7.1. Objetivo General: 25
1.7.2. Objetivos Específicos: 25
II: MATERIAL Y MÉTODO 26
2.1 Tipo y diseño de la investigación 26
2.2. Población y muestra 26
2.3. Variables. 28
2.3.2 Operacionalización 29
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad 30
2.4. 1. Métodos. 30
2.4.2. Técnicas de recolección de datos. 30
2.4.3. Instrumentos de recolección de datos 30
2.4.4 Procedimiento para la recolección de datos 31
2.5. Procedimientos de análisis de datos. 31
2.6. Aspectos éticos. 31
2.7. Criterios de Rigor Científico. 32
III. RESULTADOS 32
3.1 Resultados en tablas y gráficos. 32
3.2. Discusión de resultados 39
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 41
ANEXOS 50

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La conducta del niño en el consultorio odontológico es un factor fundamental para el éxito del tratamiento. Entre los factores que afectan la conducta del niño se encuentra el contexto familiar, ya que la familia tiene un papel preponderante en el desarrollo biológico, educativo y psicosocial.[1]

Dentro de este contexto debemos considerar al tipo de familia, principalmente si el niño pertenece a una familia nuclear o monoparental, ya que, según algunas investigaciones, esto puede influir en su comportamiento. Esta relación entre tipo de familia y comportamiento del niño en la consulta odontológica es un tema del cual existen pocas investigaciones. Juárez L. et al[3] refieren que los pacientes pediátricos de las familias disfuncionales presentan mayor ansiedad que los niños provenientes de las familias funcionales.

En odontopediatría, particularmente, la conducta del niño debe ser manejada para lograr los objetivos terapéuticos trazados; la primera cita, determina el camino terapéutico que el profesional odontopediatra seguirá. Para obtener la cooperación de un niño, el operador debe establecer una adecuada empatía y emplear una escala de la conducta para así poder tener conocimiento y permitir realizar un tratamiento efectivo y eficiente, e instalar en el niño una actitud positiva hacia la odontología.[2]

Hernández A.[4] (2012 - México) y Ramos K. et al[5] (2016-Colombia) concuerdan en que los pacientes que eran parte de una familia monoparental tenían una conducta más desfavorable que los que originaron de una familia nuclear, se puede comprobar que la mayoría de estos estudios obtienen como resultado que las familias monoparentales tienen una tarea más ardua por delante que las familias nucleares, lo que muchas veces desencadena en problemas en el ámbito social de los hijos, agresividad y malos resultados académicos, también se encontró que la conducta está vinculada con la edad del paciente. A mayor edad del paciente indicaba una conducta favorable, mientras que a una edad más joven la conducta del paciente era desfavorable.[4]

En nuestra realidad nacional y regional, no existen estudios que relacionen al tipo de familia con la conducta del niño en la consulta odontopediátrica.

1.2 Trabajos previos

Juárez L. et al [3](2014- España); evaluó los principales factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en los niños de cuatro a seis años de edad que asisten a la Clínica Reforma (FES Zaragoza, UNAM) para su primera consulta con el odontopediatra. Se realizó un estudio a 100 niños de cuatro a seis años de edad. Se aplicó un cuestionario a sus padres con el fin de determinar los principales factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad que pudieran presentar los pacientes. Para evaluar el grado de ansiedad en los niños antes de la consulta se utilizó una escala visual análoga de rostros. El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 17.0. El 44% de los pacientes evaluados presentó ansiedad. En la distribución por sexo, el 50% de los sujetos de sexo femenino mostró ansiedad, a diferencia de los de sexo masculino, donde sólo el 38.5% la manifestó. El 87.5% de los hijos de aquellos padres que sintieron confianza al dejarlos pasar solos con el odontopediatra no presentó ansiedad. Por otro lado, la escolaridad fue determinante, ya que el 86.4% de los niños de nivel preescolar presentó ansiedad. Asimismo, el 72.7% de los menores que no entendieron las explicaciones de sus padres de por qué asistían a la consulta también mostró ansiedad ($p = 0.032$), así como los que reaccionaron negativamente al separarse de sus padres (70.5%). Finalmente, 70.5% de los menores que reportaron temor a las inyecciones presentaron ansiedad. Se concluyó que la prevalencia de ansiedad en la población de estudio fue de un 44%; los factores de riesgo asociados fueron: padres ansiosos, grado escolar del paciente, reacción negativa al separarse de los padres; temor hacia el personal de salud, a las inyecciones, al llegar a su cita y al reconocer la clínica.

Hernández A.[4] (2012 - México); evaluó la relación sobre La conducta del niño como se indica por su estructura familiar en medio de la visita dental principal en la Facultad de Odontología de la U.A.N.L, se evaluó a los pacientes diversos factores entre los que se consideraron la edad, la orientación sexual, la conducta y la circunstancia familiar. Los factores fueron pensados mirando las 2 reuniones. Las

percepciones fueron hechas por un individuo similar, utilizando la escala de Frankl para la conducta. Supusieron que existe una enorme conexión entre la estructura familiar donde los pacientes evaluados en el Postgrado de Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. Lo que, es más, su conducta en medio de su primera visita dental como lo indica la escala de Frankl. Los pacientes que eran parte de una familia monoparental tenían una conducta negativa, mientras que los individuos que originaron de una familia nuclear generaron una conducta positiva. Se descubrió además que la conducta está relacionada con la edad del paciente. Cuanto más establecido el paciente demostró una mejor conducta, mientras que a una edad más joven la conducta del paciente era negativa. No hay conexión entre la orientación sexual y la conducta del paciente.

Ramos K. et al[5] (2016-Colombia); Evaluaron la conducta en niños durante la consulta odontológica en un centro Docente- Asistencial de Cartagena. El objetivo del presente trabajo fue describir la conducta y los problemas de comportamiento en niños durante la consulta odontológica en un centro docente-asistencial en la ciudad de Cartagena (Colombia). El estudio se realizó en 205 niños entre 5 y 8 años, atendidos en la consulta odontológica se evaluaron mediante la escala de Frankl, escala para comportamiento preescolar y jardín infantil (PKBS) y cuestionario para factores socio-demográficos y familiares. Se concluyó según la escala de Frankl, conducta positiva con mayor frecuencia el 68.3% de los niños evaluados convive con ambos padres. En un 54.6% la madre es la única proveedora del hogar. Con respecto al tipo de estructura familiar, el mayor porcentaje (42%), estuvo conformado por Familia nuclear (conformada por padre, madre y el niño o sus hermanos). Hubo una baja recurrencia de los niños con problemas de comportamiento (13,6%) según la escala de Frankl y puntuaciones bajas como indica la escala PKBS), quizás debido a algunos factores que se mantuvieron alejados de ellos, entre los cuales tipo de familia nuclear y monoparental.

García M.[6] (2010- México); evaluó la conducta de los niños en la odontología pediátrica y su condición familiar. El objetivo era comprobar la conducta del niño en su primer arreglo de atención dental viviendo en una situación de rotura, si ésta era la

situación. Este examen fue realizado en niños que asistieron a la conferencia dental sorprendentemente en la Universidad Autónoma de Nuevo León. En consecuencia, las familias inútiles (23,5%) crearon mayores inquietudes en el niño, además crecieron más activos para manejar sus problemas, la conducta del niño de las familias utilitarias (76,5%) no cambió por completo en las Variables: presión hacia el interior, Sentimientos, desaliento, estrés, miedos, descanso, agravación, agonía, modificación y tensión sólida.

Hernández L.[7] (2011- Ecuador); evaluó los factores que influyen la conducta del niño en la consulta en la Universidad de Guayaquil- facultad de odontología, el objetivo fue ayudar al manejo y entendimiento de la conducta infantil influenciada por diversos factores determinantes en la consulta. Se concluyó que el niño durante su primera visita odontológica proviniendo de familias funcionales no tuvo cambio significativo, en el ámbito familiar el paciente es influenciado en su entorno tanto en sus temores, creencias y en su carácter. La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de este.

Rosales M.[8] (2018- Ecuador); evaluó el manejo de la conducta del paciente pediátrico en interacción con el ambiente familiar en la Universidad de Guayaquil-Facultad de odontología, el objetivo fue determinar un manejo asertivo del paciente pediátrico en interacción con el ambiente familiar, en los estudiantes del décimo semestre de la carrera de odontología. Para la investigación se consideraron 30 alumnos del último semestre de la carrera de odontología, de los cuales fueron 16 mujeres y 14 hombres. Se concluyó que el comportamiento de los niños está relacionado con la edad del paciente, el manejo de conducta en los niños menores de 5 años implica mayor destreza al igual que los niños de 8 años en adelante por sus características de edad presentaron un comportamiento positivo, la técnica que mejor resultado dio fue la de decir, mostrar y hacer, debido a que se adapta a cualquier edad, los factores que influyen en la conducta del niño fue el tipo de familia e interacción , siendo la familia más empática la de organización nuclear y la más compleja la ampliada pues sus características no permiten a la autonomía de los

niños y la interiorización de normas necesarias para un adecuado comportamiento social.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Conducta

Definición:

Según Lagache[13], la conducta es la disposición de enormes reacciones por las que un individuo incorpora las tensiones que socavan la solidaridad y el ajuste de la criatura. Es además la disposición de las operaciones físicas, motoras, verbales y mentales, a través de las cuales una forma de vida disminuye las tensiones que la inspiran y entiende sus resultados potenciales.

1.3.2. La conducta en Odontología

Es importante iniciar siempre con los procedimientos más sencillos, especialmente cuando se trata de pacientes que van por primera vez al odontólogo. Algunos casos requieren tratamiento inmediato para evitar complicaciones mayores o solucionar el dolor que en muchos casos es el motivo de consulta.[8,9]

1.3.3. Conducta del paciente niño

En odontopediatría, particularmente, la conducta del niño debe ser manejada para lograr los objetivos terapéuticos trazados; la primera cita, determina el camino terapéutico que el profesional odontopediatra seguirá. Otro aspecto que influye es la consciencia por parte del niño de su problema dental antes de ser evaluado por primera vez, que sería el resultado de miedos por parte de los padres e implicaría una conducta negativa.[10]

1.3.4. Participantes

En la consulta odontológica, el odontopediatra debe estar apto para la atención del paciente a tratar y los padres. Es importante ejecutar una historia clínica completa, que nos permita saber aspectos sociales, clínicos y estomatológicos; para lograr

brindar una atención bucal de excelencia. El determinar una relación de confianza con el paciente pediátrico, es un requisito esencial para el odontopediatra. El desarrollo de una buena relación se basa estableciendo una buena comunicación, algunas recomendaciones son: Aprender a escuchar al paciente, elogiar al paciente.[4]

Es fundamental tener conocimiento de las etapas de desarrollo del infante y la conducta que los padres tienen con sus hijos. El comportamiento cambia según la edad que tenga el niño. Según Magnusson[15] en su libro, refiere el ciclo de desarrollo de los preescolares señalados por años.

Tres años:

Interés sobre lo que pasa en la sociedad. Mayor expresión. Deseo de imitación.

Cuatro años:

Mayor energía física e intelectual. Investigador, le encanta dialogar, desea experimentar nuevas cosas. Seguridad en sí mismo.

Cinco años:

Seguridad emocional. Concepto práctico real en secuencias lógicas. Pretensión de ser aceptado; sensible a las alabanzas y recriminaciones.

Seis años:

Cambia entre el cariño y el rechazo. Autoafirmación, propensión a la hipocondría. Escasa inclinación por el orden y la limpieza.

Siete años:

Los niños sienten más confianza de ellos mismos. Han desarrollado mucho en su capacidad de conversar, en la expresión, en el control de su cuerpo, de sus sentimientos y de su comportamiento. Además, en el distinguir frecuentar con diversos tipos de personas y en el discernimiento del mundo exterior.[16]

Ocho años:

Se inclina a saber más por las cosas que pasan en su entorno. Tienen mayor probabilidad de seguir instrucciones que ellos ayudan a establecer.

Nueve años:

Empieza comienza lo que se llama "etapa de introyección", intenta captar todo lo que le rodea para asimilarlo de acuerdo a sí mismo. Es en este momento cuando el niño desarrolla la empatía hacia los demás, tiene en cuenta a los demás mucho más. Intelectualmente, el niño es capaz de reflexionar con cierta profundidad, además de realizar análisis y síntesis. Comienza a elaborar una opinión sobre las cosas. En definitiva, ya no es tan infantil y su pensamiento se conforma con cierta madurez.[17]

1.3.5. Diagnóstico de la conducta

Consideraciones generales

Según Cárdenas[8] la conducta del paciente según su clasificación, así como la evaluación de su crecimiento sentimental, nivel de dialogo y su medio social y familiar, son importantes para determinar el método de manejo de conducta a emplear en el paciente. Sin embargo, dada su naturaleza cualitativa, es imposible hacer un diagnóstico conciso como el que se le realiza a otros individuos.[18]

1.3.6. Antecedentes- historia

Al empezar a elaborar el diagnóstico de conducta, se debe tener en cuenta tanto los antecedentes estomatológicos del paciente como precedentes vividos los cuales generan diferentes tipos de conducta. En la anamnesis se debe indagar sobre el tipo de procedimientos que se le realizaron, su actitud, el manejo que recibió por parte del odontólogo, así como otros antecedentes médicos que pudieran afectar la conducta. Es importante establecer el desarrollo emocional del niño.[14]

1.3.7. Evaluación del paciente

Primera cita:

El diagnóstico es, en esencia, un proceso de observación constante de la actitud y comportamiento del paciente, el momento inicial, antes de entrar a establecer una comunicación, es una excelente oportunidad para observar al niño, con el fin de evaluar su actitud y temperamento.[15]

1.3.8. Manejo del comportamiento

La conducta variable del infante exige preparación y conocer sobre el origen emocional y psicológico del paciente pediátrico. Por consiguiente, es elemental saber los fundamentos básicos del crecimiento emocional del paciente y de las características de cada etapa del desarrollo, a partir del origen hasta la adultez. Esto permitirá al médico establecer el tipo de conducta a esperar y si las características del paciente corresponden a su edad.[17]

1.3.9 Teorías del Desarrollo del Niño.

Existen diferentes teorías sobre el desarrollo emocional y psicológico del niño, cada una de ellas aporta elementos en la formación de la personalidad del individuo. Lo más importante para nosotros como odontólogos es tener el conocimiento básico de estar teorías para determinar los aspectos de mayor influencia en el carácter del paciente infantil, y así conocer mejor al niño y realizar el abordaje más adecuado.[17,18]

Principales teorías del desarrollo del niño

Son[17]:

1. Psicoanalítica: El autor de esta teoría fue Sigmund Freud, y dice que el comportamiento es dominado por fuerzas basadas en la sexualidad.

2. Psicosocial: Creada por Ericsson[18] en esta teoría el crecimiento emocional influye tanto en la comunidad como en lo cultural en todo momento de existencia humana.

3. Conductismo: Propuesta por Skinner Paulov[19], en esta la conducta del infante es cambiante debido al medio social que lo rodea.

4. Aprendizaje Social: Propuesta por Bandura[19], el niño empieza a crecer en un ambiente social semejándose a algún individuo.

5. Cognoscitiva: El autor de esta teoría es Piager[18] el propone que el desarrollo emocional y psicológico del niño se apoya en el perfeccionamiento de sus habilidades cognoscitivas a través de la adaptación e iniciativa propia.

6. Humanística: Propuesta por Magnusson[15], aquí el niño logra alcanzar seguridad e amor, estima, y autorrealización.

Etapas del desarrollo emocional

Estas son [17:]

1. Lactancia: Va desde que nace hasta los 3 años de edad, posee habilidades motoras como caminar.

2. Infancia Temprana: Va desde los 3 a los 6 años, se desarrolla verbalmente, necesita menos cuidados de los padres, interactúan con niños de la misma edad; la diversión y la creatividad son importantes.

3. Infancia Intermedia: Va de 6 a 12 años, estudiante, influencia cultural con el medio cultural y gran desarrollo de capacidades cognoscitivas.

4. Adolescencia: Aprende a identificarse según el género que pertenece y se relaciona con la comunidad.

Diagnóstico y Clasificación de la conducta

La primera visita permite percibir la conducta del niño y su respuesta al incentivo, se determina actitud y carácter. Los temperamentos que podemos encontrar son: timidez, miedo, violencia, impulsividad, actitud amigable, e desinterés.[17]

Clasificación del Comportamiento

El objetivo primordial del odontopediatra al observar al infante en la primera consulta es determinar el grado de intercambio verbal y cooperación potenciales del infante. Existen algunos métodos o escalas de evaluación como Escala de Frankl, Escala de la Universidad de Carolina del Norte, y la Escala de la Universidad de Ohio; sin embargo, el tipo de comportamiento debe ser documentado.[19]

1.3.10. Factores que afectan su comportamiento del paciente durante la consulta

Algunas variables en el ambiente tienen relación directa con la conducta que el niño manifiesta ante el dentista, como son:[18]

• Carencia de capacidad profesional del experto, lo cual impide un trato no adecuado al paciente mediante la primera cita odontológica y por lo tanto inducir a un comportamiento desfavorable.

• Estar acompañado de alguna persona desconocida (odontólogo) vistiendo uniforme “médico”, lo que se refiere a “manejo terapéutico” y a “tortura”.

• Escasez de serenidad y transigencia necesarias, por parte del doctor.

• La falta del familiar en el momento de realizarle algún tratamiento.

• El enfrentarse a olores no siempre agradables

• El sufrir de algún trastorno fisiológico del niño.

1.3.11. La actitud de los padres afecta en diversas formas

Las cuales son:[19]

a. Actitud de sobre afecto: Se observa en los padres que han criado a sus hijos en una edad adulta, o es el único, o adoptado, o el menor de la familia. En el consultorio demuestra falta de valentía frente a algún tratamiento dental recurriendo a su madre, o adulto que lo acompaña.

b. Actitud de sobreprotección: Se estima mayor cantidad en madres, que protegen todo el tiempo a su niño, sin relacionarlo con niños de su entorno. El niño genera comportamiento dominante ante cualquier situación.

c. Actitud de sobre indulgencia: Es el resultado de los padres que no cohíben de nada a sus hijos, principalmente aquellos que en la infancia no han gozado de comodidades debido a situaciones económicas bajas. El producto es un niño imperativo, severo los cuales son difíciles de tratar.

d. Actitud de sobre ansiedad: se percibe en familias donde han ocurrido diferentes situaciones como el fallecimiento de algún familiar o si el niño sufre maltratos psicológicos. El niño es dependiente de los padres al decidir en cualquier situación tímido y falta de valentía, muy notorio en la consulta odontopediátrica, además muestra desinterés en los tratamientos dentales y busca la forma de salir del consultorio.

e. Exceso de autoridad: Se vuelve dominante y en reiteradas veces actúa con maldad. Esto perjudica el desarrollo emocional del niño, lo cual se ve perfectamente en el consultorio.

f. Falta de afecto: Los padres disponen de poco tiempo para con sus hijos y no le brindan el cuidado, afecto, desinterés debido a disconformidad con la madre, cuando

la procreación no ha sido planeada. El niño que vive en esta situación suele ser cohibido, no toma decisiones propias, se acobarda, trata de llamar la atención optando por portarse mal u realizando malos hábitos. El afecto que demuestre el odontólogo al infante contribuirá en la relación de estos.

g. Rechazo: Situaciones similares a lo anterior, más recelo de los padres, mala situación económica, inmadurez, etc. Los padres actúan alejados del hijo. El resultado es un niño desobediente, dominante, falaz y puede llegar a robar. El profesional que logre observar esta situación logra llevarse bien con el niño e incluso obtener cariño por parte de él, en el fondo solo necesita a alguien quien lo escuche y lo entienda, aquel que le brinde amistad y afecto.

1.3.12. Factores que benefician el comportamiento del niño durante la consulta dental

Son:[22]

•Instaurar un buen dialogo con el niño y sus padres.

•El excelente desarrollo profesional del Odontopediatra, con el propósito de realiza un buen diagnóstico y poder así determinar y llevar a cabo un excelente manejo de conducta y tratamientos exitosos.

•El ambientar la sala de espera y el operatorio dental con juguetes, libros, revistas, etc., para disminuir la ansiedad del paciente.

•Brindar confianza tanto a los padres como a los niños.

•Mostrar afecto al paciente, preguntarle cómo le fue su día, entablar conversación.

•Estrecharle la mano, decirle que estuvo muy bien, brindarle la seguridad necesaria y hacerlos sentir bien.

•Entretenerlos con juegos, televisión.

Tomando en cuenta los factores positivos y negativos que alteran la conducta del niño durante la consulta dental el odontopediatra podrá realizar tratamientos con éxito.

1.3.13. Clasificación del paciente niño según su conducta

La mayoría de los niños pueden llegar a superar el miedo y ansiedad durante la consulta dental, mostrando un comportamiento positivo que permite la realización del tratamiento sin dificultades. El odontólogo debe tener la capacidad para categorizar la conducta del infante en la experiencia dental y determinarlo en base a esta.[10,13]

Hay algunas escalas que después de algún tiempo se han ajustado para la disposición de la conducta del joven que es el más conocido

Según Wright (1975):

- Paciente cooperador.
- Paciente potencialmente cooperador.
- Paciente sin habilidad para cooperar.

Según Lamsphire:

- Paciente cooperador.
- Paciente tenso cooperador.
- Paciente aprehensivo exteriorizado.
- Paciente miedoso.
- Paciente terco o desafiante.
- Paciente hipermotivo.
- Paciente excepcional.

Según Frankl (en Pinkham, 1991); esta clasificación es una de las más usadas en odontología pediátrica[11]:

- Paciente con definitivamente positiva: buena relación y acuerdo con el especialista dental, indica entusiasmo por los sistemas dentales, risas y aprecia.
- Paciente con conducta levemente positiva: Aceptar el tratamiento, en algunos casos es cauteloso, demuestra estar dispuesto a dar su consentimiento al dentista, con poca frecuencia con las reservas, sin embargo, el paciente toma después de los signos de la coordinación del especialista dental.
- Paciente con conducta levemente negativa: Apenas reconoce el tratamiento, no coordina, tiene alguna confirmación de las disposiciones negativas, pero no articuladas (superficiales, lejanas).

- Paciente con conducta definitivamente negativa: rechaza el tratamiento, grita inequívocamente, es espantoso o tiene cualquier otra prueba de negativismo escandaloso.

Según Castillo utilizada en la Facultad de Estomatología de la UPCH.[12]

- Paciente abierto: Cooperante tolerante que puede tratarse en condiciones habituales. Sea como sea, hay una variedad de la conducta subyacente, que puede confundir al dentista. Su conducta cuando llegan inicialmente no es útil; Son "cooperadores potenciales" que, con gran administración, son sin esfuerzo alterados y resultó ser los niños responsivos.

- Paciente no sensible: Paciente rebelde, hiperactividad, miedo e inquietud, que deben ser abandonados por condiciones y métodos.

- Paciente con Deficiencia Física: Cualquier paciente con impedancia física, sordera, discapacidad visual, ineptitud.

- Paciente físicamente y racionalmente impedido: Un paciente cuyo avance mental, por ejemplo, mental y perspicacia, se reduce hasta el punto de impedimento mental extremo.

- Tolerante infantil: Pacientes muy jóvenes, cuyo desarrollo mental no les permite trabajar juntos.

1.3.14. Familia

Definición

Los estudios han descubierto problemas al intentar caracterizar a la familia, por lo que hay criterios distintivos para adquirir una idea exacta. Se caracteriza como una familia a cada uno de aquellos individuos que tienen lazos consanguíneos, independientemente de si viven en una casa similar, es un núcleo hecho de individuos unidos por conexión o conexiones de afecto.[22]

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[4]

•Biológica: Se da la generación humana.

•Educativa: Educar e inculcar valores y conductas.

•Económica: Se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

•Afectiva: Se desarrollan emociones, sentimientos, diálogo y confianza entre sus integrantes.

•Protectora: Se brinda confianza y atención a los niños y a los demás integrantes de la familia.[13]

1.3.15. Tipos de familia

Desde el punto de vista de su composición[24]:

Familias nucleares

Este tipo de familia está formada por dos padres y jóvenes que viven en una casa. La familia atómica se ve como el social perfecto y ha tenido incluso una tendencia a considerar por la sociedad en conjunto e incluso por diferentes maestros como inevitablemente neuróticos cualquier tipo de estructura familiar que no es exactamente la misma.[8]

Familias Monoparentales

En vista de lo complejo del fenómeno de la monoparentalidad, existen muchas definiciones acerca de ella. Las distintas definiciones de familia monoparental tienen en común el considerar.[13]

1. La proximidad de un padre único en la unidad familiar, independientemente de si viven solos o con sus padres.

2. La proximidad de al menos un joven en el hogar.

3. La confianza financiera de los jóvenes.

4. El considerar que los fenómenos anteriores se originan por diferentes causas.

Iglesias de Ussel[26] establece una tipología de las familias monoparentales de acuerdo a las causas que le dan origen:

A) Paternidad monoparental conectada al nacimiento, aquí tenemos núcleos monoparentales obtenidos de padres solteros.

B) Monoparentalidad relacionada con la relación matrimonial, Incluye ráfagas de la relación matrimonial.

C) Monoparentalidad vinculada al marco legítimo, que incorpora la maternidad y la paternidad por las formas de selección.

D) Monoparentalidad vinculada a las circunstancias sociales, no presencia de uno de los compañeros de vida por trabajo, privación de libertad y migración

Familia Extensa:

Según Lagache[13] la familia extensa, es un recurso que va a potenciar su desarrollo psicológico de muchas formas. Desde el punto de vista afectivo, van a encontrar más modelos a imitar, más compañeros de juegos, a la vez que se van adaptando desde la infancia a distintas costumbres y formas de ser. Todo ello va a favorecer que sean más sociables fomentando la cooperación, siempre y cuando no se convierta en la única red social en la que, tanto la pareja como los hijos e hijas, participen.

Familias Reconstituidas

Estas familias se caracterizan por el hecho de que al menos uno de los miembros de la pareja proviene de una unión anterior[13-14].

Según Papernow[13] estas familias atraviesan tres estadios los cuales son:

- Estadio temprano: Tiene un primer periodo de fantasía, en la que la pareja sostiene expectativas irreales acerca de su desenvolvimiento, en el segundo periodo se le conoce como inmersión aquí sufren los problemas, rechazos. Durante este periodo los integrantes de la pareja toman de los problemas que llevan a cabo.
- Estadio Intermedio: Predomina la movilización y acción.
- Estadio Final: Se logran acuerdos, la familia reconstituida consigue sentirse realmente unida.

1.3.17. El comportamiento del niño según el tipo de familia a la que pertenece

Es difícil conocer la conducta infantil "normal". Existen diversos tipos de conducta en los niños. Según Hernández A.[4], según la cual “la conducta es lo que el organismo hace o dice tanto interna como externamente”, no minimizaba la conducta referente a la agilidad actividad motora, además de la emocional. El comportamiento se define como la manera de relacionarse de los seres humanos, las actitudes, aspectos emocionales, valores personales y culturales. Cada niño es único en su especie. Los niños desarrollan capacidades físicas, psicológicas y sentimentales. La conducta en cualquiera de las etapas cíclicas depende de la interacción de estas tres áreas de desarrollo. Si una de estas etapas se acelera o se retarda, el patrón de conducta se ve afectado.

1.3.18. Comportamiento del niño perteneciente a una familia nuclear

Está demostrado que la conducta del niño perteneciente a una familia atómica, son más cariñosos, sentimentales está dentro de los parámetros normales referente al comportamiento. En la consulta odontológica es más factible al tratar con estos pacientes ya que respetan reglas. La conducta normal en los niños depende de los años que tengan, personalidad y desarrollo emocional.[30]

1.3.19. Comportamiento del niño perteneciente a una familia monoparental

Los niños que pertenecen a este tipo de familia viven situaciones como divorcios, ellos muestran diversas resistencias. Demuestran estados anímicos de estrés, ansiedad. Un divorcio produce en el niño sentimiento de culpa en los padres

afectando la psicología de los niños, dando como resultados niños intentando llamar la atención de sus padres.

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

1.4. Formulación Del Problema

¿Cuál es la relación entre tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I?

1.5. Justificación e Importancia del estudio

La odontología pediátrica aborda el diagnóstico y tratamiento odontológico en niños y niñas. Una de las dificultades en la práctica es el manejo del comportamiento del niño, usualmente en tratamientos que requieren disposición y actitud asertiva por parte del menor.

La familia como institución social está protegida por la constitución de la mayoría de gobiernos del mundo. Su influencia resulta determinante en la formación del nuevo individuo. En la misma, el niño recibe seguridad emocional, económica, educación; es el primer ambiente donde expresa sus emociones y aprende conductas por imitación de los adultos que le rodean.

En nuestra realidad, nacional y regional, no existen estudios que relacionen el tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica. Dado que en la Clínica estomatológica Señor de Sipán acude un gran número de pacientes niños

acompañados de sus apoderados resultó viable ejecutar el proyecto, por ello el propósito del estudio fue relacionar el tipo de familia con la conducta del niño en la consulta odontopediátrica. Los resultados de este estudio permitirán anticipar y controlar de manera temprana la conducta del paciente odontopediátrico.

1.6 Hipótesis.

Existe relación entre el tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la clínica Estomatológica de la USS, 2018-I.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General:

Determinar la relación entre el tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica, en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I.

1.7.2. Objetivos Específicos:

- ✓ Determinar el tipo de familia del niño que acude a consulta en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I.

- ✓ Determinar la conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I, según sexo.

- ✓ Determinar la conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I, según edad.

II: MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de la investigación

2.1.1 Tipo de investigación

Estudio cuantitativo

2.1.2 Diseño de la investigación

- Según la intervención del investigador es observacional.
- Según la medición de la variable de estudio es Prospectivo.
- Según el número de mediciones de la variable de estudio es Transversal
- Según el número de variables de interés es Analítico.

2.2. Población y muestra

Población

La población estimada de estudio, estuvo constituida por 145 pacientes pediátricos (según datos del periodo, 2018-I) que fueron atendidos por los estudiantes, en la Clínica Estomatológica USS.

Muestra

Se utilizó como muestra la fórmula para estimar proporciones con una probabilidad de éxito para muestra máxima según Cochrarn en su libro técnicas de muestreo donde (p = q =0.5).

Fórmula

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} * p * q * N}{e^2 * (N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} * p * q}$$

Siendo:

Z: valor normal con un 95% de confiabilidad = 1.96

p: probabilidad de éxito = 0.5

q: probabilidad de fracaso = 0.5

e: error permitido en la investigación = 0.05

N: población = 145

Se consideró como muestra al total de los pacientes atendidos siendo 145 pacientes pediátricos (según datos del periodo 2018-I) que fueron atendidos por los estudiantes, en la Clínica Estomatológica USS.

2.3. Variables.

- Conducta del niño a la consulta odontopediátrica

- Tipo de familia

2.3.1 Criterios de selección:

Criterios de inclusión

-Niños de ambos sexos.

-Niños entre 5-9 años

-Niños que acuden a la Clínica USS.

-Niños cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado (Anexo1)

-Niños ASA I

Criterios de exclusión

-Niños que acudan sin sus padres el día de la recolección de datos.

-Niños que padezcan de alguna enfermedad mental que altere la percepción del niño hacia la atención odontopediátrica.

-Padres que, en el momento de la recolección de datos, se nieguen a participar del estudio

2.3.2 Operacionalización

Variable De estudio	Definición Conceptual	Def. Operacional	Indicador	Valor final	Tipo de variable	Escala
Conducta ante la consulta odontopediátrica	Manera en la cual los niños se relacionan con su ambiente, Es el modo de acción que desarrolla frente a estímulos que recibe e interactúa con su entorno. Son conductas que forman parte del desarrollo infantil por diversas causas.	Se clasificara según escala de Frankl	Ficha de recolección de datos	Definitivamente negativo Levemente negativo Levemente positivo Definitivamente positivo	Categórica	Ordinal
Variable Asociada	Definición Conceptual	Def. Operacional	Indicador	Valor final	Tipo de variable	Escala
Tipo de Familia	Es el conjunto de relaciones que se establecen entre los miembros de la familia que comparten el	Se clasificará según Luis de la Revilla	Ficha de recolección de datos	• Familia Monoparental • Familia Extensa • Familia	Categórica	Nominal

	mismo espacio			• Nuclear • Familia Reconstituida		
Covariables	Definición Conceptual	Def. Operacional	Indicador	Valor final	Tipo de variable	Escala
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Años cumplidos	Edad: hasta 6 y de 7 a más años	numérica	Razón
Sexo	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.	Identificación del sexo por familiar a cargo	Caracteres Físicos	Masculino Femenino	Categórica	Nominal

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4. 1. Métodos.

Hipotético - Deductivo que es representativo de las investigaciones cuantitativas. El método consiste en un procedimiento que parte de unas aseveraciones en calidad de hipótesis y busca refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben confrontarse con los hechos.

2.4.2. Técnicas de recolección de datos.

Para medir la variable tipo de familia se utilizó la técnica en encuesta.

Para medir la variable conducta se utilizó la técnica de observación clínica.

2.4.3. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron dos fichas de recolección de datos

1. Ficha de recolección de datos del paciente (Anexo 2), con esta ficha se registraron los datos referidos a edad del paciente y tipo de familia según la clasificación de Luis de la Revilla[13.]

2. Ficha de recolección para el registro del tipo de conducta del paciente según clasificación de escala de comportamiento de Frankel (Anexo 3).

2.4.4 Procedimiento para la recolección de datos

- ✓ Se solicitó permiso al director de clínica para la ejecución de la investigación. (Anexo 4).
- ✓ Se solicitó autorización a los docentes de los cursos de odontopediatría, clínica del niño e internado clínica pediátrica para evaluar a los pacientes.
- ✓ Se les pidió a los padres que asisten a clínica participar en la investigación. (Anexo 1). A través de la firma del consentimiento informado, se le consultó a qué tipo de familia pertenece el niño y se registrará la información en la ficha de recolección de datos. (Anexo 2).
- ✓ Se evaluó la conducta del niño en la consulta odontopediátrica según la escala de Frankl y se registrará. (Anexo 3). Se procesó los datos estadísticamente para establecer si hay relación entre las variables.

2.5. Procedimientos de análisis de datos.

Los datos serán almacenados y procesados para ser analizados de acuerdo a los objetivos con un computador con el sistema INTEL CORE I5 con el programa SPSS versión 20, se utilizará un análisis descriptivo, donde se hallarán promedios mínimos, máximos y la desviación estándar. Al tratarse de las variables categóricas se calcularán frecuencias y porcentajes mediante estadística descriptiva, teniendo en cuenta un nivel de significancia de 0.05 ($p < 0,05$). Se correlacionarán las variables mediante La Prueba de Chi Cuadrado.

2.6. Aspectos éticos.

Para la ejecución de la investigación se contó con la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán de Chiclayo, en concordancia con las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki 64ª Asamblea de la AMM, realizada en la ciudad de Fortaleza, en la región nordeste de Brasil (World Medical Association, 2013). La investigación se realizó respetando los diversos principios jurídicos y éticos, como los derechos de autor, la confidencialidad de la información y el respeto a los derechos de paciente, así como la posibilidad de abandonar su participación en la investigación. El consentimiento informado fue

firmado por los padres de los participantes (Anexo 01). La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, regula la investigación en humanos y el material biológico de ellos. Protege la salud, intimidad, dignidad de la persona, proteger el medio ambiente y respeta a todos los seres vivos. Aplicó las cuatro bases éticas: Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Así mismo aplicó los principios contemplados en la Declaración de Helsinki 2013, en la Declaración de DDHH de Unesco 2005, y la Ley de protección de datos personales ley Nº29733.

2.7. Criterios de Rigor Científico.

Se regirá a los siguientes principios:

- Validez, Generalizabilidad, Fiabilidad Replicabilidad.

III. RESULTADOS

3.1 Resultados en tablas y gráficos.

Tabla 1

Relación entre el tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica, en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I.

Conducta del niño en la consulta		Tipo de familia				
		Familia Monoparental	Familia Extensa	Familia Nuclear	Familia Reconstituida	Total
Definitivamente Negativo	n	6	0	0	6	12
	%	4,1%	0,0%	0,0%	4,1%	8,3%
Levemente Negativo	n	18	6	2	1	27
	%	12,4%	4,1%	1,4%	0,7%	18,6%
Levemente Positivo	n	1	6	30	0	37
	%	0,7%	4,1%	20,7%	0,0%	25,5%
Definitivamente Positivo	n	1	1	67	0	69
	%	0,7%	0,7%	46,2%	0,0%	47,6%
Total	n	26	13	99	7	145
	%	17,9%	9,0%	68,3%	4,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	158,812	9	,000
Razón de verosimilitud	141,270	9	,000
Asociación lineal por lineal	32,970	1	,000
N de casos válidos	145		

En la tabla 1; se observa que el 68.3% de los niños atendidos en la consulta odontopediátrica de la Clínica Estomatológica USS pertenecieron a familias nucleares. El 17.9% pertenecieron a familias monoparentales. El 46.2% de los niños con conducta definitivamente positiva se presentaron en la familia nuclear también el 20.7% con conducta levemente positiva. Mientras que el 12.4% de aquellos con conducta levemente negativo y 4.1% con conducta definitivamente negativo pertenecieron al tipo de familia monoparental.

Al relacionar el tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica, en la Clínica Estomatológica USS se encontró que el valor de la prueba chi cuadrado fue altamente significativo ($p < 0.01$).

Tabla 2

Tipo de familia del niño, que acude a consulta en la Clínica Estomatológica USS.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Familia Monoparental	26	17.9%
Familia Extensa	13	9.0%
Familia Nuclear	99	68.3%
Familia Reconstituida	7	4.8%
Total	145	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2; se observa que, el tipo de familia nuclear (68.3%) es la que más predomina en los niños, que acude a consulta en la Clínica Estomatológica USS,

seguido de la familia monoparental con el 17.9%, la familia extensa con el 9% y por último la familia reconstituida con el 4.8%.

Tabla 3

Conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I, según sexo.

Conducta del niño en la consulta		Sexo		
		Femenino	Masculino	Total
Definitivamente Negativo	Recuento	5	7	12
	% del total	3,4%	4,8%	8,3%
Levemente Negativo	Recuento	15	12	27
	% del total	10,3%	8,3%	18,6%
Levemente Positivo	Recuento	23	14	37
	% del total	15,9%	9,7%	25,5%
Definitivamente Positivo	Recuento	34	35	69
	% del total	23,4%	24,1%	47,6%
Total	Recuento	77	68	145
	% del total	53,1%	46,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,321	3	,509
Razón de verosimilitud	2,336	3	,506
Asociación lineal por lineal	,009	1	,925
N de casos válidos	145		

En la tabla 3; se observa que el 15.9% de las niñas que pasan por la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS tienen conductas levemente positivas a diferencia no significativa de los niños con 9.7% también con conductas levemente positivas.

Por otro lado, se observa que, no existe relación entre la Conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, según sexo, debido a que el valor de la chi cuadrado no es significativo ($p > 0.05$).

Tabla 4

Conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I, según edad.

Conducta del niño en la consulta		edad		
		hasta 6 años	de 7 a más años	Total
Definitivamente Negativo	Recuento	6	6	12
	% del total	4,1%	4,1%	8,3%
Levemente Negativo	Recuento	10	17	27
	% del total	6,9%	11,7%	18,6%
Levemente Positivo	Recuento	12	25	37
	% del total	8,3%	17,2%	25,5%
Definitivamente Positivo	Recuento	44	25	69
	% del total	30,3%	17,2%	47,6%
Total	Recuento	72	73	145

	% del total	49,7%	50,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

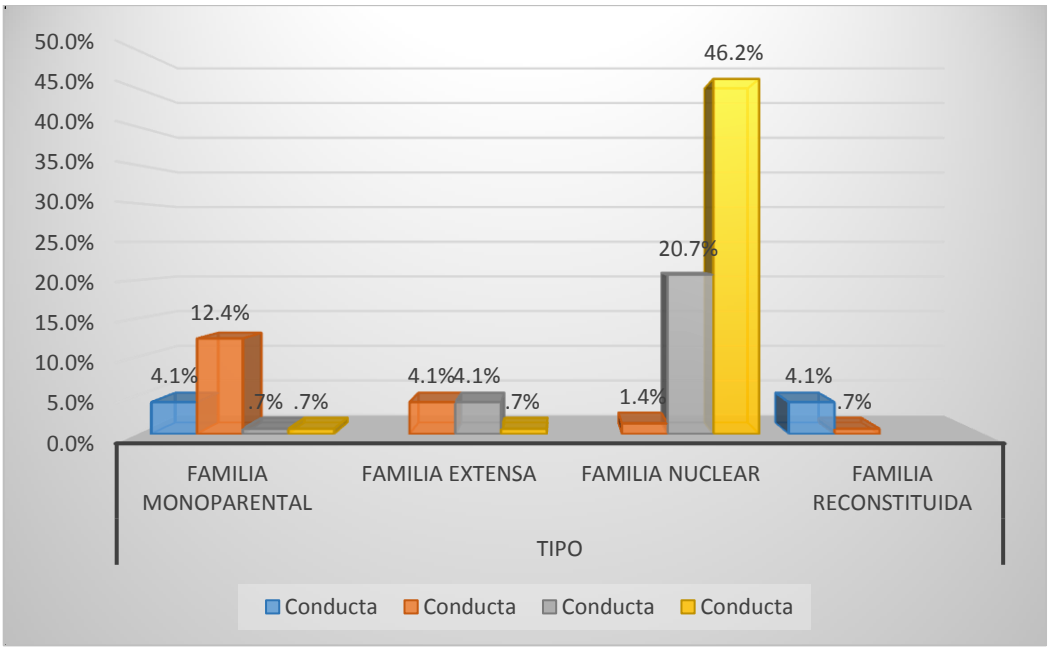
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,608	3	,009
Razón de verosimilitud	11,795	3	,008
Asociación lineal por lineal	4,781	1	,029
N de casos válidos	145		

En la tabla 4; se observa que, los niños que pasan por la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS de hasta 6 años tienen conductas definitivamente positivas más señaladas (30.3%) que los niños con edades de 7 a más años (17.2%).

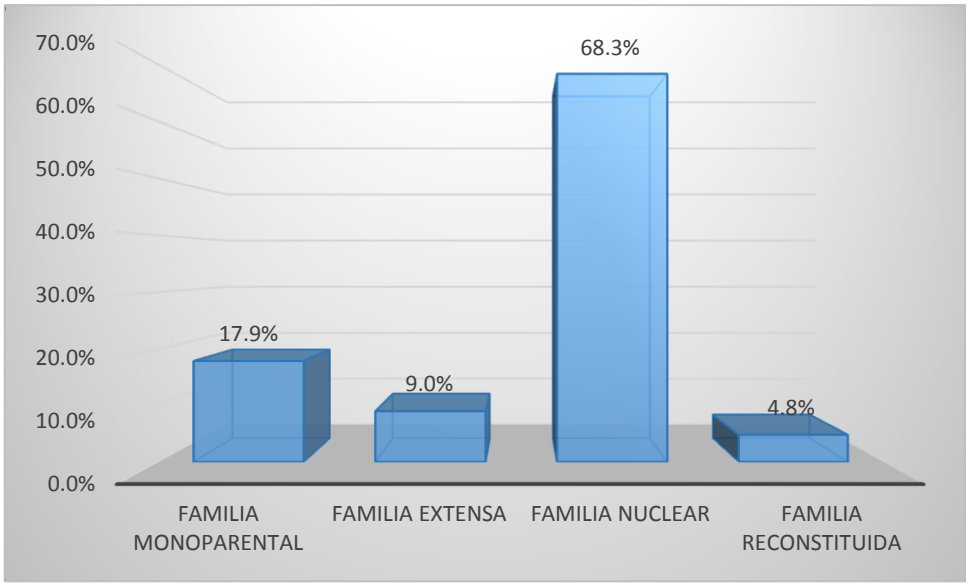
Por otro lado, se observa que, existe relación entre la Conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, según edad debido a que el valor de la prueba chi cuadrado es altamente significativo ($p < 0.01$).

3.1.1 FIGURAS O GRÁFICOS ESTADÍSTICOS



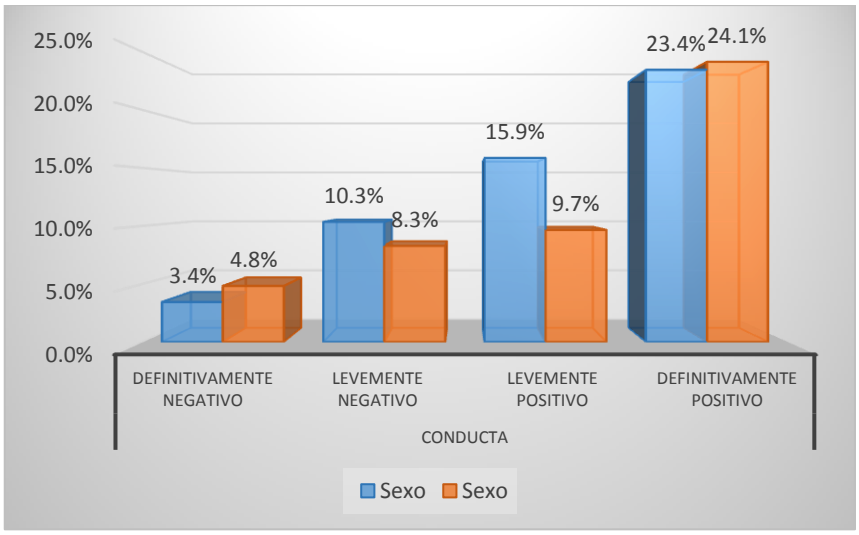
Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica, en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I.



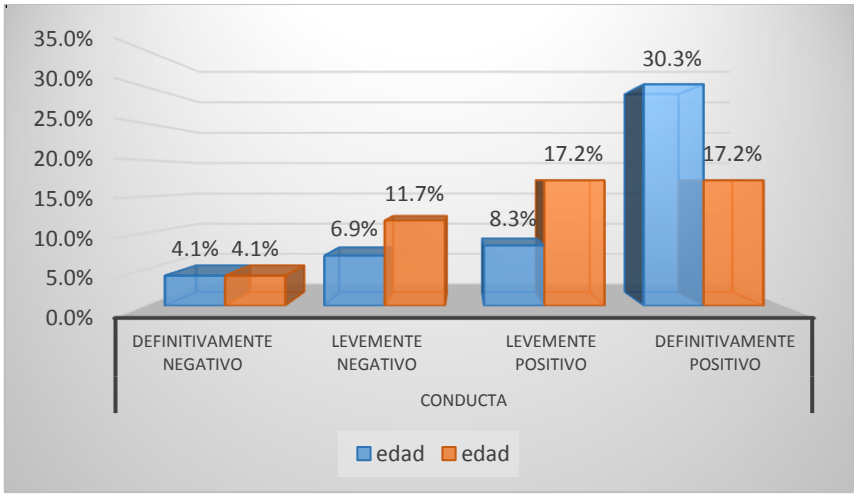
Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Tipo de familia del niño, que acude a consulta en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I.



Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I, según sexo.



Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Conducta del niño en la consulta odontopediátrica en la Clínica Estomatológica USS, 2018-I, según edad.

3.2. Discusión de resultados

La familia juega un papel importante en el desarrollo psicosocial de los niños, influyendo en su comportamiento en todos los aspectos de la vida, incluyendo su comportamiento en el consultorio odontológico.

El presente estudio encontró que existe relación entre el tipo de familia y la conducta del niño en la consulta odontopediátrica. La familia más prevalente fue la nuclear; la misma presentó los niños con mejor conducta. Por tanto, se podría concluir que la familia tradicional desarrolla parámetros de conducta más favorables en los niños para la atención odontológica y probablemente para otros aspectos de la vida. Estudios como el de Hernández A. [4] (2012 - México); también encuentra una conducta más favorable en familias nucleares o atómicas; mientras en otras estructuras de familia como la monoparental, la conducta más prevalente fue desfavorable.

Estudios como el de Ramos K. et al[5] (2016-Colombia); observaron conducta positiva en niños que conviven con ambos padres, y con respecto a estructura familiar también encuentra un mayor porcentaje conformado por familia nuclear, hubo una baja frecuencia de los niños con problemas de comportamiento debido a factores como el tipo de familia nuclear y monoparental. En el estudio de García M[6]. (2010-México), las familias disfuncionales crearon mayores niveles de ansiedad en el niño, pero también desarrollan mayor número de recursos para enfrentar sus problemas.[4]

En el estudio de Rosales M[8] (2018-Ecuador), los factores que influyen en la conducta del niño fue el tipo de familia e interacción, siendo la familia más empática la de organización nuclear y la más compleja la ampliada pues sus características no permiten a la autonomía de los niños y la interiorización de normas necesarias para un adecuado comportamiento social.

En esta investigación los niños con familia Monoparental presentaron una conducta levemente negativa. LACROIX [9] afirma que la ausencia de una figura paterna durante su desarrollo genera problemas emocionales. Se ha reportado que los niños que han vivido el divorcio de sus padres, presentan angustias y decaimiento, que aquellos que no lo han vivido; y que existen diversos casos de ansiedad, síntomas neuróticos, problemas de formación de hábitos y un deterioro en el desempeño

escolar[11]. Posiblemente, este ambiente puede desarrollarse en una familia Monoparental.

Se encontró que el niño proveniente de una familia extensa presentó conducta levemente negativa y positiva por igual. Según Lagache[13] la familia extensa es un recurso que va a potenciar su desarrollo psicológico de muchas formas. Desde el punto de vista afectivo, van a encontrar más modelos a imitar, más compañeros de juegos, a la vez que se van adaptando desde la infancia a distintas costumbres y formas de ser. Todo ello va a favorecer que sean más sociables fomentando la cooperación, siempre y cuando no se convierta en la única red social en la que, tanto la pareja como los hijos e hijas, participen. Tal vez el número reducido de individuos estudiados en esta investigación no refleja una conducta así de favorable con en el caso de la familia nuclear. Se recomienda por tanto realizar un nuevo estudio con una mayor población de niños provenientes de familias extensas.

Según Hetherington[14] cuando el progenitor obtiene la custodia legal contrae unas segundas nupcias y forma así una familia reconstituida como sucede hoy en la mayoría de los casos, algunos niños aceptan gustosos la llegada de un padrastro o una madrastra. En cambio, para otros las segundas nupcias plantean otro difícil ajuste. Tal vez se sientan desanimados porque ya no podrán reconciliar con sus padres.

El comportamiento de los niños podría verse también influenciado por la edad, sexo, personalidad, desarrollo físico y emocional. Este estudio no encontró relación entre el tipo de conducta y el sexo del niño; sin embargo, mostró relación con la edad. El estudio de Hernández A.[4] (2012 - México); concuerda que no hay relación entre el tipo de conducta y el género del niño ya que ambos tuvieron conducta levemente positiva y definitivamente positiva en la consulta odontopediátrica. Se descubrió además que la conducta está relacionada con la edad; mientras más edad tiene el niño su conducta mejora, mientras que en la investigación la relación fue inversa; se encontró que a menos edad mejor. Posiblemente el número de individuos evaluados para cada estudio sea la causa de su diferencia. Por tanto, es recomendable realizar nuevos estudios sobre el tema evaluando una mayor población.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Existe relación entre la conducta del niño con el tipo de familia al que pertenece. Los niños con familia Monoparental presentaron generalmente una conducta levemente negativa (12.4%). Los niños de familia extensa presentaron conducta levemente negativa y positiva por igual. Los niños con familia nuclear generalmente presentaron conducta definitivamente positiva. Los niños con familia reconstituida generalmente presentaron conducta definitivamente negativa.

2. Los niños que acuden a la consulta en la Clínica USS pertenecen generalmente a la familia nuclear. (68.3%)

3. Los niños que acuden a la consulta en la Clínica USS generalmente presentan conducta definitivamente positiva, sin diferencia de sexo (femenino 23%, masculino 24%). No hay relación entre el tipo de conducta y el sexo del niño.

4. La mayoría de niños presentaron conducta levemente positiva y definitivamente positiva. Esta última fue más frecuente en los niños menores de 6 años en comparación con los que tenían 7 a más años.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda incluir dentro de la historia clínica del niño, el tipo de familia según Luis de la Revilla[13;] ya que es un dato que nos permitirá conocer más sobre el comportamiento del paciente.

2. Con los resultados obtenidos podemos establecer algunas estrategias para lograr un mejor comportamiento del paciente niño durante la atención odontológica como: ser empáticos con nuestros pacientes, utilizar la comunicación no verbal (contacto visual, abrazos), técnicas comunicativas como decir, mostrar y hacer para explicarle al paciente lo que vamos a hacer sin generar un temor a lo desconocido, técnicas de modificación de conducta como el refuerzo positivo para premiar actitudes o comportamientos positivos en nuestros niños a través de un abrazo o de algún pequeño premio que le fomente una conducta positiva frente a la consulta odontológica, fomentar la motivación y el confort a través de la ambientación adecuada de nuestra área de trabajo, etc.

3. Se recomienda realizar más investigaciones sobre el tema ya que la información es limitada.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Llodra J. Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar. [Tesis post grado]. España: Universidad de Granada, 2012. Disponible en: https://hera.ugr.es/tesisugr/18695267.pdf

2. Guarderas V. Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediátrica. [Tesis pre grado]. Ecuador: Universidad de las Américas 2016. Disponible en: http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/4799/1/UDLA-EC-TOD-2016-10.pdf

3. Juárez L, Retana R, Delgado A. Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. Revista de mínima intervención en odontología. 2014; 71 (1): 9-15. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od141d.pdf

4. Hernández A. Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del paciente en la consulta odontopediátrica. [Tesis post grado]. México. Universidad autónoma de Nuevo León, 2014. Disponible en: http://eprints.uanl.mx/2949/1/1080256501.pdf

5. Ramos K, Alfaro Z, Tirado A. Habilidades sociales y conducta en niños durante la consulta odontológica. Colombia. Centro Docente Asistencial. Rev. Cubana Estomatológica 2010; 39(3):21-30. Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=16174&id_seccion=770&id_ejemplar=1676&id_revista=63

6. García M, Conducta de los niños en la odontología pediátrica y su condición familiar. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2010. ;9:18-22. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/art-4/

7. Hernández L, Hernández L, Factores que influyen la conducta del niño en la consulta odontológica. [Tesis post grado]. Ecuador. Universidad de Guayaquil.2011. Disponible en: http://manejodelaconductadelpacienteinfantil.factores-que-influyen-el-conducta-del.html

8. Cárdenas R, Sánchez A, Cols J, Effectiveness of a distraction Thecnique in Managing Young Dental Patients, American Academy of Pediatric Dentistry 2009;1:11-17

9. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua Española, 23ª ed., Edición del Tricentenario. Madrid: España, 2014. [en línea]. Disponible en:

http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=HLafKWLkRD XX2hFUevue

10. Pérez N, González C, Guedes A. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. Revista Cubana Estomatológica. Dic 2002; 39(3):21-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072002000300003

11. Lacroix, Family treatment of childhood anxiety control trial. Journal of counsulting and Clinical Psycologhy, 1996; 28:333-342.

12. Boj J, Catalá M, García, Mendoza A, Planells. P. La Evolución del niño al adulto joven- Odontopediatría. 10-12.

13. Lagache, Tipo de familia. [Monografía en Internet]. Club Ensayos, 2015. [accesado 6 de agosto 2015]. Disponible en:

https://www.daypo.com/psicologia-familia-43.html

14. Bordoni, Escobar y Castillo. Odontología pediátrica- Salud bucal del niño y adolescente en el mundo actual.8
15. Magnusson, F. Estomatología Pediátrica. 13.

16. Darío C. Fundamentos en Odontología, Odontología Pediátrica.9.

17. Odontopediatría . 2010. Disponible en: https://odontop.wordpress.com/2014/09/07/manejo-del-comportamiento-del-paciente-pediatrico-el-desafio-de-atender-ninos/
18. Soto S, Acerca de la Familia Actual. La Habana. Ed Academy 2012

19. Golberg, A. Lesbian and gay parents and their children. Research on the Family Life Cycle. Washington: American Psychological Assocition.

20. González, M.-M. (2000). Monoparentalidad y exclusión social en España. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla.

21. Arranz, E. y Oliva, A. (2010), Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares. Madrid: Pirámide. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=422632

22. Bauserman, R. (2002). Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: A meta-analytic review. Journal of Family Psychology, 16, (1), 91-102

23. Cantón, J.; Arboleda, M.R. y Justicia, M.D. (2002). Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos. Madrid: Pirámide.

24. Fernández, J.A. y Tobío, C. (1999). Las familias monoparentales en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

25. Flaquer, L., Almeda, E. y Navarro-Varas, S. (2006). Monoparentalidad e infancia. Barcelona: Fundación La Caixa.

26. Iglesias de Ussel, L, González, M.-M (2004). Crecer en familias homoparentales. Una realidad polémica. Infancia y Aprendizaje, 27, (3), 361-373.

27. Papernow R. Las familias reconstituidas en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: http://www.redsistemica.com.ar/reconstituidas.htm

28. Watson J, Bay I. Problems in family. Int Dent J. 1975; 25:229-35

29. Grinwald, S. (1995): Communication-Family characteristics: a comparison between stepfamilies (formed after death or divorce) and biological families. En C.A.Everett, ed., Understanding stepfamilies, Haworth Press., N. York, 1997, pp. 183-196.

30. Navarrete R, Representación de la Familia Nuclear y la familia extensa, Bogotá, 2010. Disponible en: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/5884/tesis582.pdf?sequence=1

31. Saavedra, J. (2013). Familia: tipos y modos. Curicó.

ANEXO 01

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS

Investigadora: Ruiz Jaramillo Susy Katherine

Título: TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS.

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado:

TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS.

Procedimientos:

Se les pedirá a los padres de familia que asisten a la clínica Estomatológica de la USS participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado, serán informados acerca del propósito del estudio con previa autorización. Se le consultará a qué tipo de familia pertenece el niño y se registrará la información en la ficha de recolección de datos. Se evaluará la conducta del niño en la consulta odontopediátrica según la escala de Frankl y se registrará.

Riesgos:

Este estudio de evaluación no conlleva a ningún riesgo.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que (usted brinde/de su hijo) es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto los investigador(es) tendrán acceso a la información. Él/La

participante no recibirá remuneración. En caso tenga preguntas sobre el estudio puede llamar al 968842444.

_____
Padre o apoderado

Nombre……

Dni……

ANEXO 2

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN

TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS.

- ✓ Fecha: _ /_ /_
- ✓ H.C N°: _____
- ✓ Nombre del paciente: _____
- ✓ Género: F M
- ✓ ¿Con quién vive el niño?; clasificación de Tipo de familia según Luis De La Revilla.[13] Se encuentra en:

  - Familia Monoparental ◯
  - Familia Extensa ◯
  - Familia Nuclear ◯
  - Familia Reconstituida ◯

ANEXO 3

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN

TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS.

- ✓ Fecha: _ /_ /_
- ✓ H.C. N°: _____
- ✓ Nombre del paciente: _____
- ✓ Género: F M
- ✓ Edad: ___ años

- Comportamiento según escala de Frankl.[11]

	Descripción	
Definitivamente Negativo	Rechaza el tratamiento Llanto intenso Movimientos fuertes de las extremidades No es posible la comunicación verbal Comportamiento agresivo	
Levemente Negativo	Rechaza el tratamiento Movimientos leves de las extremidades Comportamiento tímido-bloquea la comunicación Acepta y acata algunas órdenes Llanto monotónico	
Levemente Positivo	Acepta tratamiento de manera cautelosa Llanto esporádico Es reservado Se puede establecer comunicación verbal Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo	
Definitivamente Positivo	Cooperación Buena comunicación Motivación e interés por el tratamiento Relajación y control de las extremidades	

ANEXO 04

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Autorización para desarrollar el trabajo de investigación en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán.

Chiclayo, abril 2018

Dr. ROBERTO OJEDA GÓMEZ

Director de Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán

De mi consideración de estudiante:

Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarlo, y a la vez pedir su autorización para desarrollar la tesis titulada, "TIPO DE FAMILIA Y SU RELACION CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA, EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA USS, 2018".

Los padres de los niños firmarán una autorización para que sean incluidos en dicho estudio.

Esperando contar con su colaboración y agradecida atención.

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA
CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA
25 ABR 2018
RECIBIDO
HORA: 5:00 p.m.

Atentamente

Ruiz Jaramillo Susy Katherine

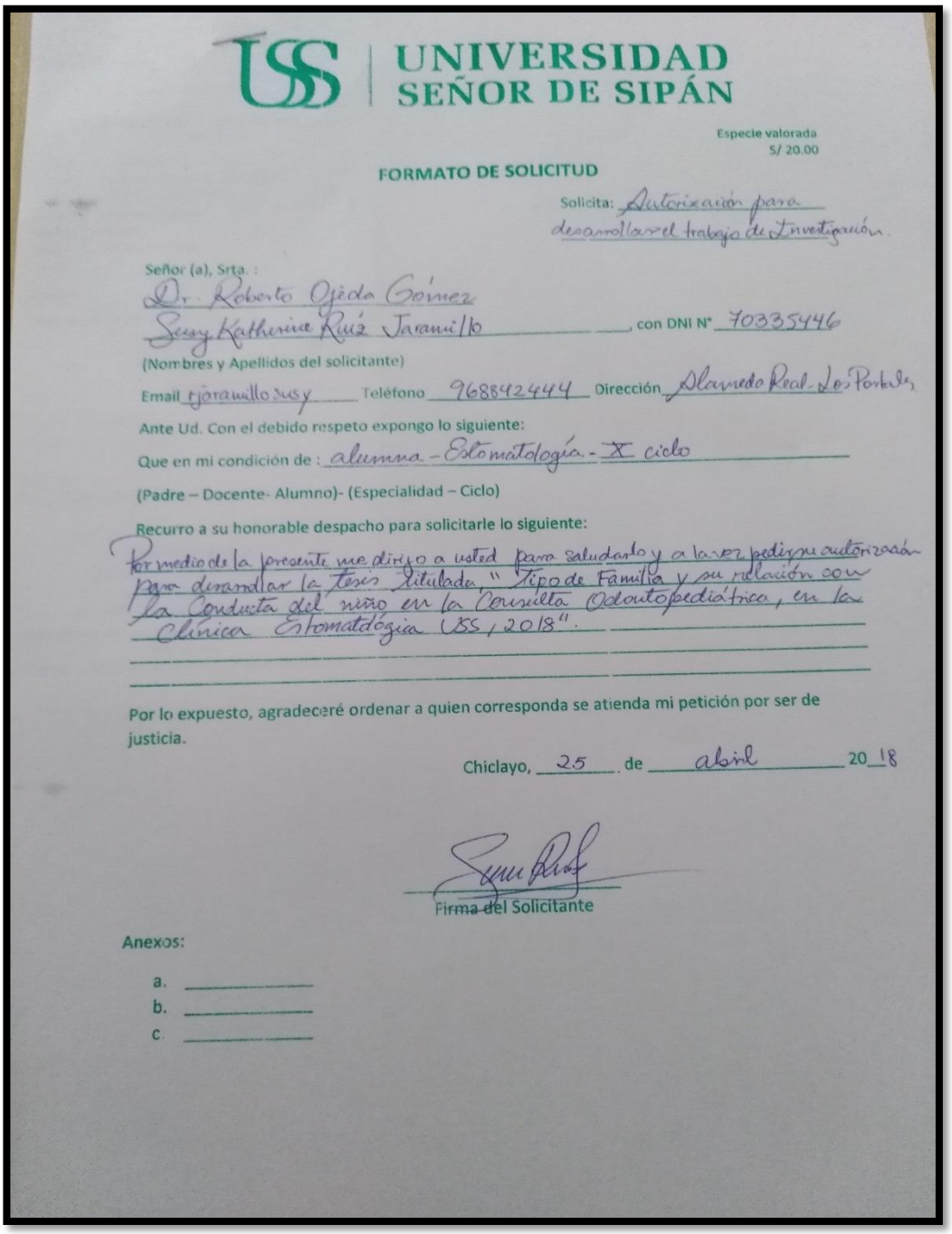
Estudiante de la Facultad de Estomatología

Código 2121819230

CD. Mg. Esp. Vásquez Plasencia C.

PROYECTO APROBADO

ANEXO 05



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

Especie valorada
S/ 20.00

FORMATO DE SOLICITUD

Solicita: Autorización para desarrollar el trabajo de Investigación.

Señor (a), Srta. :
Dr. Roberto Ojeda Gómez

Susy Katherine Ruiz Jaramillo, con DNI N° 70335446
(Nombres y Apellidos del solicitante)

Email rjaramillosusy Teléfono 968842444 Dirección Alameda Real - Los Portales,

Ante Ud. Con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de : alumna - Estomatología - X ciclo

(Padre – Docente- Alumno)- (Especialidad – Ciclo)

Recurro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarlo y a la vez pedirle me autorizara para desarrollar la tesis titulada, "Tipo de Familia y su relación con la Conducta del niño en la Consulta Odontopediátrica, en la Clínica Estomatología USS, 2018".

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponda se atienda mi petición por ser de justicia.

Chiclayo, 25 de abril 2018

Firma del Solicitante

Anexos:

a.
b.
c.

ANEXO 06

Autorización de los padres para realizar la investigación con sus hijos.

Observando la conducta del niño ante la consulta odontopediátrica

Evaluación de la conducta del paciente según Frankl

Aplicando el método de Frankl