

**HABILIDADES SOCIALES, CONDUCTA Y PROBLEMAS DE CONDUCTA
EN NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**

**KETTY RAMOS MARTÍNEZ
LIZELIA MARGARITA ALFARO ZOLÁ
INÉS MARÍA CASTRO MARTÍNEZ
ALEJANDRA ISABEL MERCADO PACHECO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
PUBLICACIONES CIENTÍFICAS
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.
2013**

**HABILIDADES SOCIALES, CONDUCTA Y PROBLEMAS DE CONDUCTA
EN NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**

INVESTIGADORES PRINCIPALES

KETTY RAMOS MARTÍNEZ

Odontóloga. Universidad de Cartagena.
Especialista en Odontopediatría y Ortopedia Maxilar. Universidad de
Cartagena.
M.Sc. Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia

LIZELIA MARGARITA ALFARO ZOLÁ

Odontóloga. Universidad de Cartagena.
Especialista en Odontopediatría y Ortopedia Maxilar. Universidad de
Cartagena.

CO-INVESTIGADORES ESTUDIANTES

INÉS MARÍA CASTRO MARTÍNEZ

ALEJANDRA ISABEL MERCADO PACHECO

Estudiantes X Semestre de Odontología.

ASESOR METODOLÓGICO

MIGUEL ANGEL SIMANCAS PALLARES

Odontólogo. Universidad de Cartagena.
M.Sc. Epidemiología Clínica. Universidad Nacional de Colombia

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
PUBLICACIONES CIENTÍFICAS
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C.**

2013

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	14
3. OBJETIVOS.....	17
4. MARCO TEÓRICO.....	18
5. METODOLOGÍA.....	34
6. RESULTADOS	40
7. DISCUSIÓN.....	52
8. CONCLUSIÓN.....	59
9. RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. TABLA DE ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS.....	40
Tabla 2. ANÁLISIS GLOBAL DE LA ESCALA DE FRANKL.....	43
Tabla 3. ANÁLISIS GLOBAL DE LA ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES.....	43
Tabla 4. ANÁLISIS GLOBAL DE LA ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA.....	44
Tabla 8. ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN EL SEXO.....	46
Tabla 9. ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN	48
Tabla 10. ESCALA DE FRANKL SEGÚN EL SEXO Y CLÍNICA DE ATENCIÓN.....	49
Tabla 12. ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA SEGÚN EL SEXO.....	50
Tabla 13. ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA SEGÚN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN.....	51

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO E INFORMADO PARA LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE EDAD SELECCIONADOS COMO SUJETOS DE ESTUDIO.....	65
2. FORMATO PARA LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDI.....	66
3. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	67
4. ESCALA DE FRANKL.....	68
5. ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES.....	69
6. ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA.....	70
7. Tabla 5. ESCALA DE FRANKL SEGÚN LA EDAD Y SEXO.....	71
8. Tabla 6. ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES SEGÚN LA EDAD Y SEXO.....	72
10.Tabla 7. ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA SEGÚN LA EDAD Y SEXO.....	73
11.Tabla 11. ESCALA DE FRANKL SEGÚN EL SEXO Y CLÍNICA DE ATENCIÓN.....	74

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el cuidado y la educación de los niños, su conducta, sus problemas y el desarrollo de su personalidad son asuntos de gran importancia en la vida familiar. Cambiar el comportamiento problemático de los niños y niñas es un reto importante para los adultos. Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea.

OBJETIVO: describir las habilidades sociales, conducta y problemas de conducta en niños de 5 a 8 años durante la consulta Odontológica.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de corte transversal donde se seleccionó a través de un censo, una muestra de 205 niños de las clínicas de Odontopediatría de pre y postgrado de la Universidad de Cartagena. A los padres de los niños se les aplicó un cuestionario socio demográfico, en el cual se obtuvo información sobre el estrato socioeconómico, nivel educativo de los padres, número de miembros del hogar, estado civil del principal sostén del hogar, ocupación, jornada laboral de los padres, tipo de familia. Por otro lado, a los niños se les aplicó la escala de Frankl en el cual se evaluó la conducta que presentaban los niños durante la consulta odontológica. Concomitantemente a este, se le aplicaba el instrumento a los padres o tutores legales la escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil (*Preschool and Kindergarten Behavior Scales - PKBS*) el cuál evalúa habilidades sociales y problemas de conducta. Se realizó un análisis estadístico univariado a través de la descripción de medias y desviación estándar. Análisis bivariado a través de pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. El análisis se realizó en el paquete STATA™ v.11.1 para Windows.

RESULTADOS: los niños y niñas presentan buenas habilidades sociales y no presentaron problemas de conducta, además que la conducta observada en los sujetos de estudio fue positiva durante el tratamiento odontológico, no se evidenciaron cambios de conducta habilidades sociales y problemas de conducta con respecto a la edad, sexo y clínica de atención. **CONCLUSIÓN:** los resultados indican que aunque los niños objetos de estudio presentaron un buen comportamiento, buenas habilidades sociales y no presentaron problemas de conducta, el comportamiento de ellos puede estar influenciados por otros factores como pueden ser el ambiente familiar, nivel socioeconómico, edad y escolaridad de los padres.

Palabras clave: Conducta, comportamiento, niños (Fuente: DeCS – Bireme).

INTRODUCCIÓN

A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprehensivos.

Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea.

El objetivo de este trabajo fue describir y relacionar a través de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, las habilidades sociales, conducta y problemas de conducta que determinan el comportamiento en los niños durante el tratamiento odontológico; y analizar si las variables sociodemográficas ejercen influencia sobre éste.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado y la educación de los niños, su conducta, sus problemas y el desarrollo de su personalidad son asuntos de gran importancia en la vida familiar. Cambiar el comportamiento problemático de los niños y niñas es un reto importante para los adultos. El niño desde el nacimiento comienza a aprender todas las habilidades que le son necesarias para vivir. Los padres, los hermanos, los familiares, los amigos, los profesores, las personas extrañas, la calle, los medios de comunicación, etc., influyen en ese aprendizaje.

También se producen aprendizajes erróneos de las conductas que no son deseables como las rabietas, las peleas, la desobediencia, los problemas con las comidas, los miedos, la falta de atención, la ansiedad, la timidez. La mayoría de lo que un niño hace, siente y piensa son conductas aprendidas.

Tendemos a realizar aquello que resulta agradable y gratificante y se tiende a apartarse de aquello que produce malestar. Si un niño pega a otro niño y recibe una felicitación de un compañero experimentará una emoción agradable. Esta relación hace que el niño aprenda a pegar para recibir la aprobación de los demás. El proceso de aprendizaje del comportamiento es mucho más complejo pero con este ejemplo se quiere resaltar cómo la conducta está en función de las consecuencias que obtiene el niño.

La conducta infantil se aprende y puede cambiarse si les entrenamos para ello, administrando reforzadores sociales (Sonrisa, elogio, motivación, etc.) y convirtiéndonos en modelos a imitar.¹

A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos.

Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea.

Para el manejo de estas conductas impredecibles que pueden adoptar los niños encontramos, métodos afectivos en el manejo de la comunicación, el cual aparece en la guía de la Academia Americana de Odontopediatría,

¹ FERNANDEZ, AM. Formación a familias. En La conducta de los niños y sus problemas. Abril, 2005. Vol. 9, N^o. 4, p 50-65.

también se reseñan otros métodos, como el manejo de la conducta con imágenes visuales, modelamientos, entre otras.

No obstante, cabe señalar, que no existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación triangular odontólogo-niño-padre. Sin embargo, tiene especial influencia en esta relación: la experiencia, el conocimiento bio-psicosocial del paciente, así como también, el grado de sensibilización y humanización del profesional de la Odontología.²

También es importante decir que la conducta del niño está supremamente ligados con factores que modifican o cambian la conducta del niño, ya que esta se aprende de acuerdo al medio donde se desarrolla el niño, se propone una mirada multidimensional de la conducta que incluye factores familiares, escolares, personales, socioeconómicos, entre otros.

En el caso del factor familiar que interesa a esta investigación, se encuentra que la familia tiene una particular relevancia en la prevención y generación de la conducta agresiva en los hijos.³ Así, las relaciones padres-hijos pueden favorecer las interacciones familiares, fortalecer los vínculos y crear un clima familiar que contribuya al desarrollo humano, pero también pueden presentarse relaciones padres-hijos que son estresantes y en las cuales los

² MEDINA, J. Adaptación del niño a la consulta odontológica. En: Revista Odontológica Mexicana. Marzo, 1998. Vol. 36, No. 2, p 1-7.

³ CABRERA, VE, GONZÁLEZ, MR, GUEVARA, IP. Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. En: Universitas Psychologica. Diciembre, 2012. Vol.11, N°. 1, p 241-254.

padres perciben que tener hijos y la relación con ellos es una carga. Esta forma de relaciones puede generar trato rudo de los padres hacia los hijos y sentimientos de malestar de los hijos hacia los padres, ocasionando en ellos conductas desadaptativas como la agresión; por el contrario, padres que utilizan prácticas paternas como el monitoreo o la supervisión favorecen el desarrollo de comportamientos sociales adaptativos, convirtiéndose en factores protectores frente a la generación de conductas agresivas. Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva.⁴

Los factores de riesgo se han clasificado en cuatro grandes grupos: (a) las características de los niños, (b) las características de los padres, (c) los factores contextuales y (d) las relaciones padre-hijo.

En relación con las características de los niños, se ha encontrado en diferentes estudios que los niños que presentan falta de autocontrol, baja tolerancia a la frustración, sobreactividad y dificultades atencionales son más susceptibles de mostrar problemas de conducta que los niños que no presentan estas características. Igualmente, son vulnerables a la conducta agresiva aquellos niños que presentan baja consideración y respeto hacia los demás.

En cuanto a las características de los padres, se destaca la forma en que estos perciben el comportamiento de sus hijos. Cuando las percepciones de

⁴ Ibid.

la conducta de los hijos no son favorables, los niños pueden presentar problemas de ajuste social. Estas percepciones a su vez influyen en la interacción que los padres pueden tener con sus hijos. Del mismo modo, el temperamento negativo, la hostilidad, el estrés, la poca cercanía con los hijos y la inmadurez, se relacionan con la conducta agresiva de los niños. Este estudio se centró en los factores de riesgo de los padres relativos al estrés parental y el trato rudo hacia los hijos.

Los factores contextuales también se asocian con la conducta agresiva de los niños. Por ejemplo, el aislamiento social de los padres, o la falta de recursos de los niveles socioeconómicos más bajos, pueden ejercer presión sobre todos sus miembros y generar conducta agresiva. Igualmente, se destaca la influencia de los medios de comunicación como la televisión y los videojuegos.⁵

El último factor de riesgo tiene que ver con las relaciones padre-hijo como interacción entre las características del niño, las características del padre y los factores contextuales. Cuando se presentan altos niveles de estrés parental, sumado a las dificultades que puede presentar el hijo y a la interacción disfuncional entre padre e hijo, se da un aumento de comportamientos autoritarios y consecuentemente un impacto negativo y directo del estrés sobre el hijo, trayendo como consecuencia el incremento de problemas de ajuste comportamental en los hijos.

⁵ Ibid.

Por otra parte, los factores protectores son identificados como variables que disminuyen la probabilidad de la presencia de la conducta agresiva externalizante. Kumpfer y Alvarado⁶ clasifican de la siguiente manera los factores protectores que previenen la conducta agresiva: (a) relaciones de apoyo padre e hijo, (b) métodos positivos de disciplina, (c) monitoreo y supervisión, (d) familias dedicadas a sus hijos y (e) padres que buscan información y apoyo.

Algunos autores indican que la supervisión de los padres, su apego a los hijos y la congruencia en la disciplina son los factores protectores más efectivos frente a la delincuencia en los jóvenes. Junto con estos factores sobresalen otros mecanismos protectores como gozar de una buena situación económica, tener metas elevadas, adaptarse a los roles familiares, participar en la comunidad y en la unidad familiar.

Teniendo en cuenta lo anterior se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es la conducta, habilidades sociales y problemas de conducta en niños de 5 a 8 años durante la consulta odontológica

⁶ AYALA, H, PEDROZA, F, MORALES, S, et al. Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. En: Salud Mental. Febrero, 2002. Vol. 25 N°. 3, p 27-40.

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a los diferentes estudios que se han realizado acerca de la conducta en los niños muchos investigadores describen la conducta de acuerdo a unas características específicas que estos consideren relevantes para ellos, como por ejemplo los problemas antisociales, los trastornos, una mala conducta entre otros, estos elementos pueden ser consecuencias del contexto social en el que se desarrollan, si están expuestos a problemas familiares, si la figura de autoridad refleja lo contrario y no lo que se esperaría, esto posiblemente cree una conducta del tipo asocial en los niños principalmente tímidos e inhibidos haciendo que estos se aíslen del grupo.

También es importante saber que hay tres tipos de conductas: la agresiva, pasiva y asertiva. La persona agresiva trata de satisfacer sus necesidades, le gusta el sentimiento de poder aun sabiendo en el fondo que se está aprovechando de los demás, repite constantemente que tiene la razón, suele ser enérgico, en la conducta pasiva encontramos que la persona es muy pasiva y los demás suele aprovecharse de él fácilmente, se enfada consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él, es tímido y reservado; y en la conducta asertiva la persona se preocupa por sus derechos y por los demás, cumple siempre sus promesas, respeta a los demás, es entusiasta y se siente bien consigo misma. Es importante saber todo esto para que el odontólogo conozca estos factores e identifique estos tipos de conducta de los niños para que el tratamiento a aplicar tenga éxito,

los aspectos más relevantes que modifican la conducta son los principios de crecimiento físico, los principios de maduración y los principios de aprendizaje, pero hay que tener claro las características generales de los niños de acuerdo a la etapa en la que se encuentren es decir: los niños que tiene un año de edad aumentan sus capacidades motoras y balbucean las palabras, no siguen indicaciones por lo que sería clave que el odontólogo realizara el tratamiento de la manera más ágil posible. Los niños de un año y medio son impacientes, tienen la mente abierta, tampoco cumplen órdenes y por el contrario forman berrinches constantemente, sería propicio que el odontólogo no enfatizara en realizar tratamientos largos si no cortos y simples. Los niños de dos años tienen un mayor desarrollo motor, ya se comunican, se les dificulta crear lazos interpersonales con otras personas y tienen mucho apego a sus padres, es recomendable hablarles claro y aplicar técnicas cortas y sencillas. Los niños de dos años y medio son rígidos, exigentes, dominantes, es dificultoso la comunicación, por lo que se debe evitar que este en son de berrinches se lastime, es propicio comunicarse con el por medio de sus sentidos. Los niños de tres años logran comunicarse en un 70%, son capaces de razonar, comprenden, se relacionan y atienden órdenes, con estos niños se tiene que tener paciencia, aplicar técnicas cortas, sencillas y alabar positivamente su conducta. Los niños de cuatro años son capaces de perder el control sino se les cumple cualquier petición, le gusta preguntar y contestar, a ellos hay que tratarlos con firmeza y se les ayuda a razonar. Los niños de cinco años ya se desenvuelven muy bien

comunicándose con otros, suelen estar más preparados para asistir a una consulta odontológica, estar muy apegados a la mamá y les gusta complacerla, es por esto que es bueno que se les alague, se les hable con firmeza y se les genere mucha confianza. Sin embargo los niños en general poseen iguales características con respecto a la individualidad, miedo al abandono, desespero, y miedo a lo desconocido, concibiendo al miedo “como una reacción frente a la amenaza real o imaginaria y en el plano psicológico a la respuesta física del dolor” a estos factores se suman los que determinan la conducta de los niños en la consulta odontológica, el primero de ellos es la actitud de la familia ya sea positiva o negativamente, puesto pueden transmitirle miedo e inseguridad al niño, las experiencias anteriores también puede afectar a que el niño tenga una percepción errada o pensamientos psicológicos negativos, el estar separado de sus padres también es un papel que juega un papel importante, también puede influir que se encuentren los padres dentro del consultorio pues sienten cierta presión y el que los niños tengan dificultades en su coeficiente intelectual también influye negativamente, muchas veces no es recomendable que los padres estén en la consulta porque resulta tener una relación más fácil con el cómo contacto directo, los padres pueden hablar demasiado y transmitirle miedo o distraer al niño, por esto es bueno que se hable con los padres si es la primera vez sobre la trasmisión de inseguridad, sobre la historia clínica del niño y explicar sencillamente lo que va a realizarse.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las habilidades sociales, conducta y problemas de conducta en niños de 5 a 8 años durante la consulta Odontológica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características socio demográficas de los sujetos de estudio.
2. Describir las diferentes conductas asumidas por los sujetos de estudio durante la atención odontológica.
3. Describir los problemas de conducta frecuentemente encontrados durante la consulta Odontológica.
4. Describir las habilidades sociales de los niños objeto de estudio.
5. Relacionar las características socio demográficas con la conducta, habilidades sociales y problemas de conducta en los pacientes objeto de estudio.

4. MARCO TEÓRICO

Las formas de interacción en el ámbito odontológico, que puede ayudar a fomentar las conductas positivas y acatamiento en pacientes niños y adolescentes. Estas directrices se basan en los resultados y principios de investigación de la denominada odontología conductual, así como los aspectos relacionados con la conducta y el desarrollo de la psicología pediátrica.

“El niño es un sistema en crecimiento y cambios constantes, el éxito para manejar la conducta de un niño radicara en la destreza del profesional en conocerlos y la pericia de poder manipularlos adecuadamente”.⁷

La perspectiva es que los dentistas, como integrantes del equipo de asistencia sanitaria de niños y adolescentes, han de ser conscientes del alcance de los métodos que utilizan basándose en principios psicológicos relacionados con el crecimiento y el desarrollo. Los niños no son adultos pequeños. Los dentistas deben estar familiarizados con la base de conocimiento referida a la medicina de niños y adolescentes, así como los factores sociales y culturales que afectan a la salud y el comportamiento de las personas jóvenes.

Es esencial que las consultas dentales durante la infancia y la adolescencia sean positivas, ya que estas primeras experiencias tienen un afecto decisivo

⁷ GARZÓN, M. Manejo De Conducta En Odontopediatria En: GARZÓN, et al. Conceptos básicos en odontología pediátrica. Caracas: Editorial Disinlimed, 1995, p 35-40.

sobre la actitud al respecto en la edad adulta. Es importante la relación entre dentistas y paciente, sea este lactante, niño o adolescente. Las interacciones entre dentistas y padres o cuidadores, también son importantes, ya que ellos son los que ejercen una mayor influencia sobre los pequeños fuera de la clínica dental.

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

Distintas teorías han explicado el proceso desde distintos puntos de vista, tales como la sexualidad, el razonamiento o el medio ambiente.⁸

Clasificación y descripción de las principales teorías del desarrollo del niño

Clasificación del comportamiento infantil en la consulta odontológica

Clasificación de Frankl: positivo o cooperador, parcialmente positivo o cooperador, parcialmente negativo o poco cooperador, negativo o no cooperador.

⁸ CARDENAS, D. Manejo de conducta. En: CÁRDENAS, et al. Odontología Pediátrica: Editorial Panamericana, 2012, p 20-25.

Clasificación de Lamsphire: cooperador, tenso cooperador, aprehensivo exteriorizado, miedoso, terco o desafiante, hiperemotivo. Clasificación de Wright: colaborador, incapaz de colaborar, colaborador potencial, con conducta incontrolada, conducta desafiante, resistencia pasiva, tímido.

Cuestiones relacionadas con el desarrollo

Evidentemente, el trabajo con los niños es diferente del realizado con los adultos. Por otro lado los niños no son todos iguales, y se encuentran en proceso de desarrollo del lenguaje, el intelecto, las capacidades motoras y la personalidad percibiendo continuamente nuevas experiencias vitales. Las edades de desarrollo de las capacidades específicas son variables. Para suministrar un servicio dental de calidad a los niños, es necesario conocer algunos principios del desarrollo infantil. El odontólogo que vaya a trabajar con un niño o adolescente ha de saber cuál es su nivel de desarrollo específico.⁹

Objetivos del manejo del comportamiento

Siempre se deben tener en cuenta los objetivos de tratamiento del paciente y la factibilidad de lograrlos con técnicas no farmacológicas. De lo contrario, deben considerarse otras alternativas, tales como la sedación o anestesia general. Los principales objetivos del manejo del comportamiento son:

⁹ CAMERON, A. Manual de conducta en Odontopediatría. En: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Enero, 2010.Vol. 5, p 10-15.

Calidad de tratamiento: brindar al paciente un tratamiento de excelente calidad, lo que supone una selección adecuada de las técnicas apropiadas, con el fin de realizar procedimientos acorde con los criterios clínicos aceptados.

Seguridad: proteger la integridad y seguridad físicas del paciente. Debe evitarse el compromiso de la vía aérea. Por bronco aspiración o deglución de materiales u otros objetos. Tampoco deben lacerarse los tejidos blandos con instrumentos rotatorios o punzantes o lastimar físicamente al paciente. Sin embargo, es importante aclararles a los padres que, a pesar de que se toman todas las precauciones necesarias pueden presentarse accidentes.

Comunicación: se debe establecer algún tipo de comunicación, tanto con el paciente como con sus padres. Aún con pacientes de temprana edad puede lograrse una comunicación no verbal. Se busca una interrelación positiva y se trata de evitar la confrontación, a pesar de que exista un rechazo hacia el tratamiento.

Confianza y motivación: otro objetivo es que tanto el paciente como sus padres, desarrollen una actitud positiva y se motiven para regresar a los controles preventivos futuros. Un buen manejo y una buena motivación pueden servir como una ayuda eficaz de prevención.

Factores controlables: los factores controlables hacen referencia a una serie de situaciones que se presentan en la consulta y que complementan el manejo del comportamiento.

Control de canales de comunicación: una comunicación fluida basada en la verdad, tanto como con el paciente y con sus padres, permite crear un vínculo personal y crear confianza.¹⁰

El comportamiento poco cooperativo del niño en la consulta odontológica en general, se debe a varios factores; ambiente odontológico, relación con el personal auxiliar, las actitudes de los padres y además el tipo de conducta que presenta cada niño en particular.

Para el profesional de la odontología debe ser de vital importancia la primera visita odontológica del paciente. Debe tratar de que el niño tenga una experiencia satisfactoria y estimulante, a fin de que esta no se convierta mas tarde en miedo, que pueda dar origen a fobias y verdaderos traumas a futuro. Por eso es importante la adaptación del niño en la consulta odontológica.

Adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la Odontología.¹¹

¹⁰ CARDENAS, op cit. p 18.

¹¹ Ibid, p 19.

Conducta adaptativas: significa adaptación a diferentes situaciones que requieren pensamiento, imaginación y aprendizaje.¹²

Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica: ambiente odontológico, odontólogo, personal Auxiliar, padres, niños, primera visita odontológica.

Ambiente odontológico: el primer objetivo que debe alcanzar el especialista, será infundir confianza en el niño, hacer agradable ese primer contacto.

Es necesario establecer un área adecuada, recreativa, separada del consultorio, en la cual se puedan integrar los niños. Esto alentará al niño a separarse de sus padres cuando él se incorpore a la sala clínica. Además, permitirá disminuir la ansiedad en la espera de la consulta.¹³

Odontólogo: el odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Debe sentar el ejemplo para todo el personal, además es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser, establecer comunicación. Ya que esto permitirá no solamente a que el

¹² MC DONAL, RE, AVERY DR. Odontología Pediátrica y el Adolescente. En: Revista Médica Panamericana. Febrero, 1990. Vol. 5, N°. 2, p 36-39.

¹³ BRAHAM, R, MORRIS, M. Odontología Pediátrica En: Editorial médica Panamericana, Octubre, 1899. Vol. 5, N°. 2, p 79-85.

odontólogo conozca mejor a su paciente sino que también pueda lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento.¹⁴

El lenguaje a usar por el Odontólogo dependerá de la edad del niño, además el utilizar una voz suave y clara serán de mucha ayuda para lograr un acercamiento exitoso y llevar al paciente a una buena adaptación.

En síntesis, se requiere en el tratamiento con el niño crear una atmósfera de confianza en un ambiente placentero.

Personal auxiliar: la manera como se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionada con el comportamiento del odontólogo. Todos deben conocer sus deberes, tener claro lo que está sucediendo en el consultorio y conocer los objetivos perseguidos, desde el momento en que el niño entra a la sala operatoria. Esto exige un personal capacitado y bien adiestrado, además de tener una apariencia agradable.

Padres: la conducta de los padres moldea la conducta del niño. Estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste, en nuevas situaciones.

Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes

¹⁴ MC DONAL, op cit., p 23.

con conductas negativas.¹⁵ Así observaremos padres manipuladores, hostiles, sobre indulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño.

Niños: para lograr el tratamiento dental del niño en la consulta odontológica, debe comprenderse su conducta, por ello, es importante conocer las etapas de crecimiento de éstos y la actitud que los padres tienen con sus hijos.

La conducta va a variar de acuerdo a la edad que tenga el niño. Una buena guía es la señalada por Magnusson¹⁶ en su libro de texto, en donde refieren el perfil de maduración de los años preescolares señalados por años.

Dos años: dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas. Cambios rápidos de humor. Cansancio fácil.

Tres años: curiosidad sobre el mundo de alrededor. Mayor contacto verbal. Deseo de imitación.

Cuatro años: gran actividad física y mental. Inquisitivo, gran hablador, desea probar nuevas experiencias. Confianza en sí mismo.

Cinco años: estabilidad emocional. Pensamiento realista en secuencias lógicas. Deseo de ser aceptado; sensible a las alabanzas y recriminaciones.

¹⁵ BRAHAM, op cit., p 20.

¹⁶ MAGNUSSON, B, KOCH, G, POULSEN, S. Odontopediatría Enfoque sistemática. En: Salvar Editores. Febrero, 1995. Vol.7 N°.3, p 356-357.

Seis años: alternancia entre el afecto y el rechazo. Autoafirmación. Tendencia a la hipocondría. Poco interés por el orden y la limpieza.¹⁷

Primera visita odontológica: la primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella.

Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc.¹⁸

Todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental.

Diferentes tipos de comportamientos del niño y técnicas básicas para su manejo

Conducta descontrolada: si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pedirá al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea éste quien cumpla esta función de sentar al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito, será grato para todos; pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que hacerse cargo el odontólogo y establecer los lineamientos del comportamiento correcto.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ BRAHAM, op cit., p.21

Conducta desafiante: inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil llegarle al niño, pero éste está muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperativos.

Conducta tímida: a estos pacientes habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica.

Conducta cooperativa tensa: los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Los signos de aprensión manifestados por estos niños son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón, también pueden ser indicios de incomodidad. Es necesario en todo momento asegurarse de los niveles de comodidad, para estar seguro que no habrá una actitud negativa por parte del paciente.

Conducta llorosa: este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar; puede también, elevar los niveles de ansiedad de los presentes en el acto. La disciplina, autoridad y decisión del

profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva.

Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos.

Técnicas de adaptación decir, mostrar, hacer: la técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido.

Pinkhan señala en su libro de texto que antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección del anestésico local y otros procedimientos complicados, por ejemplo, extirpación pulpar). Otros autores sin embargo, sugieren que se debe seguir esta técnica al momento de colocar el anestésico local.

Debe explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá.

El éxito de esta técnica dependerá, que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo.

Control mediante la voz: este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: "Aquí mando yo".¹⁹

Esta técnica es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas, gana la atención del paciente y su docilidad, sin efectos negativos perceptibles.²⁰

Desensibilización: esta técnica se usa para aminorar los temores y la tensión del paciente. Se logra enseñando al paciente la relajación, se van introduciendo progresivamente estímulos tendientes a relajarlos, a medida que el paciente se "desensibiliza" frente a procedimientos que le producen ansiedad.

Es poco práctica en Odontología, porque requiere de varias sesiones, se aplica a pacientes con fobias extremas.

Modelamiento: se realiza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que éste entre al consultorio dental.

Un niño es capaz de aprender patrones de conducta, mediante observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y

¹⁹ PINKHAN, JR. Odontología Pediátrica. En: PINKHAN, et al. Momentos en pediatría. Editorial Nueva Editorial Interamericana, 2005., p35-40.

²⁰ FEIGAL, R. Manejo de la conducta del niño a través de métodos no farmacológicos En: Journal of Pediatric Dentistry Practice. Septiembre, 1998. Vol.1, N°.4, p 67-77.

observe, estos procedimientos les reduce la ansiedad acerca de lo desconocido.²¹

Para que esto sea eficaz se deben seguir ciertas condiciones: Que el observador esté en estado de alerta, el modelo debe tener status, debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sean apreciadas por el observador.

Reforzamiento positivo: se sabe que el ser humano se orienta hacia el principio de la aprobación, por ende, gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables. Estos reforzadores pueden ser; Materiales y tangibles; regalos pequeños, calcomanías, reforzadores sociales; pueden ser verbales como; elogios o felicitaciones y no verbales como abrazos y sonrisas, refuerzos de actividad, participación en una actividad agradable y jugar.

Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo.

Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Alabe mejor el comportamiento que al individuo. Ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno; dígale que hoy se portó muy bien en la silla dental.

²¹ EITEL, K. Your very best marketing tool. En: An outstanding nex patient experience. Enero, 2000. Vol. 10, N°1, p 125-130.

Condicionamiento: cuando los niños lleguen al consultorio dental para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa, se pueden establecer pautas de comportamiento adecuado mediante el empleo del refuerzo positivo.

Se utilizará la técnica decir, mostrar, hacer, el tratamiento debe hacerse con honestidad, similar a las expectativas creadas.²²

En un estudio realizado en el municipio de Maracaibo, estado Zulia se realizó una prueba en 90 niños de ambos géneros de edades de 3-8 años que asistieron a la consulta odontológica del Hogar Clínica San Rafael (Grupo A), Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (Grupo B) y Clínica Privada del Centro de Rehabilitación Bucal (Grupo C), dentro de estos grupos los niños fueron seleccionados y con la previa autorización de sus padres se realizaría la investigación, los diferentes centros asistenciales permitieron controlar las características ambientales y poder extraer con precisión la parte social de la población. La recopilación de la información tanto por medio de observación como la respuesta a una entrevista estaba basada en los niños seleccionados, los padres y los ambientes odontológicos, dicha entrevista era contestada por el padre o persona encargada, y se observaron los comportamientos de los niños y sus características de acuerdo al consultorio o ambiente en el que se llevaba a

²² Ibid.

cabo la consulta. Especialistas en Odontopediatría y psicología evaluaron los indicadores y las categorías que integraron las escalas para cada una de las características de las variables tales como: agresividad, comportamiento colaborador y miedo en la sala de espera y área clínica, junto a esto se entreno a los observadores y entrevistadores durante un periodo de 7 días, luego se realizo una prueba piloto en un grupo con características similares a la población objetivo inicial, con 21 niños y sus padres que asistieron a la consulta odontopediátrica de la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. Las escalas de observación se determinaron mediante el coeficiente de reproductividad y confiabilidad, por otro lado se valido la entrevista mediante el método de mitades partidas y validez de criterio. Los resultados de la prueba piloto permitieron que se elaboraran la entrevista definitiva y para las escalas se asignaran códigos a cada uno de los subindicadores de acuerdo al poder del comportamiento observado, definir los puntos mínimos y máximos y dividirla en 3 segmentos: alto, medio y bajo, y también se definieron 6 escalas para observar colaboración (2), agresividad (2) y miedo (2) tanto para la sala de espera y ambiente clínico. Estos datos se agruparon en más de 2 variables y se utilizo el test Chi cuadrado para ver la relación entre las variables: edad, sexo, ambiente odontológico, experiencia odontológica previa, nivel educativo, inserción social de los padres o representantes y comportamiento del niño en el consultorio odontológico. El comportamiento en relación al tratamiento odontológico presentó diferencias acordes con la edad de los

niños; observación similar presenta Cárdenas y Cárdenas (1979) en su estudio Crecimiento y Desarrollo Emocional del Niño en el Proceso de Atención. Se identificó que los niños de 3 y 4 años están mejor preparados para ser presentados al odontólogo, sin embargo son estos niños los que más sienten miedo en la sala clínica, por lo que el especialista deberá tener precaución de obtener de los padres información que requiera un acercamiento exitoso y obtener cooperación del paciente.

Identificaron que los niños de clase baja tienen grandes temores al odontólogo. Se reconoció comportamiento colaborador en la consulta odontológica en los niños que procedían de grupos con elevado nivel socio-económico 26 y La Corte (1978), encontró que el nivel educativo de los padres influye en cómo se comporta el niño en su visita al consultorio odontológico. Los resultados de ésta investigación coincidieron con los hallazgos de estos investigadores, por cuanto a medida que el nivel educativo de los padres o representantes disminuyó, se incrementaron los comportamientos inadecuados y los niños que integraron los grupos sociales obreros y subempleados fueron menos colaboradores y más temerosos al tratamiento.

En síntesis, en los sujetos observados el miedo y no la agresión es la expresión que asume el temor al acto odontológico. Miedo que está condicionado por elementos innatos, las características físico-ambientales de los consultorios y variables del entorno social.

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional descriptivo de corte transversal.

POBLACIÓN

Se escogió la población de la ciudad de Cartagena, Bolívar, niños de 5 a 8 años de edad, atendidos en las clínicas de pre y postgrado de Odontopediatría de la facultad de Odontología de la universidad de Cartagena.

MUESTRA

La selección de la muestra fueron todos los niños entre 5 y 8 años que eran atendidos por los estudiantes de pregrado de VIII y IX semestre de la facultad de odontología y niños atendidos en las clínicas de Odontopediatría atendidos por los estudiantes de Postgrado de odontopediatría y ortopedia maxilar de la Universidad de Cartagena.

MUESTREO

Se realizó un censo de todos los pacientes de las clínicas de integral del niño de VIII y IX semestre de pregrado y clínicas de odontopediatría del postgrado de odontopediatría y ortopedia maxilar de la Universidad de Cartagena con edad entre 5 a 8 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños que residían en la ciudad de Cartagena o municipios aledaños y niños atendidos en la facultad de odontología de la clínica integral del niño I y II y Clínicas de Odontopediatría del postgrado de Odontopediatría y ortopedia maxilar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños medicamente comprometidos y con alteraciones sistémicas como déficit cognitivo, dificultad de aprendizaje, dificultades motoras, Síndrome de Down y niños de muy difícil manejo.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS

A los padres de los niños se les aplicó un cuestionario socio demográfico, en el cual se obtuvo información sobre el estrato socioeconómico, nivel educativo de los padres, número de miembros del hogar, estado civil del principal sostén del hogar, ocupación, jornada laboral de los padres, tipo de familia. Por otro lado, a los niños se les aplicó la escala de Frankl en el cual se evaluó la conducta que presentaban los niños durante la consulta odontológica. Concomitantemente a este, se le aplicaba el instrumento a los padres o tutores legales la escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil (*Preschool and Kindergarten Behavior Scales - PKBS*) el cuál evalúa habilidades sociales y problemas de conducta en niños de 3 a 7 años, pero

se decidió aplicar en niños de 5 a 8 años. Esta escala, está compuesta por la escala de habilidades sociales y la escala de Problemas de conductas. La conducta del niño se evaluó a través de una escala tipo Likert (nunca =1, algunas veces = 2, frecuentemente = 3).

El padre señalaba cual era la respuesta que mejor describía los comportamientos habituales de su hijo. Sólo debía escoger una de las opciones indicadas.

En caso de no poder asistir se concertaba una visita al hogar para la realización del cuestionario Socio demográfico, las escalas de habilidades sociales y problemas de conductas. Terminada la tabulación de los datos, se procedió a realizar una tabla matriz con los datos obtenidos y se estimó la confiabilidad de la Escala a través de Alpha de Cronbach la cual resultó aceptable ($\alpha=0.74$), posteriormente se llevaron a cabo los análisis estadísticos.

INSTRUMENTOS

Cuestionario Sociodemográfico: a través de un cuestionario estructurado aplicado a los padres, se obtuvo información sobre el nivel socioeconómico, ocupación, cantidad de miembros del hogar, nivel de escolaridad de los padres.

Escala de Frankl: la escala de comportamiento fue descrita originalmente por Frankl y Wright. Es un instrumento que se aplica en diferentes estudios sobre manejo de comportamiento. Con este instrumento se mide la conducta del niño en las diferentes etapas del tratamiento, el cual la clasifica en positivo,

levemente positivo, levemente negativo, negativo. Esta escala es ampliamente utilizada en Latinoamérica en países como Colombia para el análisis de comportamiento en consultas odontológica.

Escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil. Se utilizó la segunda edición de la versión en español de esta escala. El cual evalúa habilidades sociales y problemas de conducta en niños de 3 a 6 años, a través del informe de padres o maestros. La escala de Habilidades Sociales la comprenden 10 ítems y la escala de Problemas de Conducta tiene 13 ítems. La puntuación mínima para la escala de Habilidades Sociales era 10 lo que indica que el niño presenta problemas adaptativos y la máxima era 30, una mayor puntuación mostraba que el niño tenía buenas habilidades sociales. Para la escala de Problemas de Conducta, la puntuación mínima era 13, y la máxima era 39, una mayor puntuación mostraba que el niño presentaba problemas de conducta.

Para este estudio se realizó una combinación de la escala de Frankl midiendo la conducta durante el tratamiento odontológico y para esto se realizó una prueba piloto con el fin de analizar posibles diferencias entre los resultados esperados con respecto a la encuesta original y la modificada. La prueba piloto tuvo una duración de 2 semanas donde se confirmó la homogeneidad en los resultados obtenidos y los esperados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La resolución 8430 de 1993, contempla en el artículo sexto que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Teniendo en cuenta esto el estudio anterior se realizó con previa autorización de los padres o tutores legales de los niños, soportado con la firma del consentimiento informado, además se les explicaba en qué consistía la investigación y se les aclaraba la ausencia de riesgos de esta y el aporte al conocimiento como investigación odontológica. Todo el proceso investigativo fue dirigido y supervisado por los tutores de la presente investigación y todos los argumentos incluidos en la literatura y soporte del artículo tiene todas las citas y autores correspondientes.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Las encuestas fueron aplicadas a los padres y niños, una vez aplicada las encuestas e instrumentos a toda la muestra se procedió a tabular las encuestas y determinar la conducta del niño según la escala de Frankl, determinar el comportamiento del niño de acuerdo la escala de habilidades

sociales problemas de conducta. Luego se procedió a la tabulación de los datos organizando tablas de relación entre edad, sexo y clínica de atención y las diferentes variables de los instrumentos en Excel donde se organizó una tabla matriz, Terminada la tabulación de los datos, se llevaron a cabo los análisis estadísticos, para verificar la significancia de la investigación y la realización de las variables a investigar como conducta, habilidades sociales y problemas de conducta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la realización del análisis estadístico, primero se verificó la normalidad de la distribución de los datos a través de la prueba Shapiro-Wilk. Posteriormente, se procedió a reportar media y desviación estándar de las variables objeto de estudio en el análisis univariado. Posteriormente, en el análisis bivariado se realizaron pruebas Kruskal-Wallis y Mann-Whitney para la comparación de promedios de acuerdo a las condiciones sociodemográficas de interés. El análisis estadístico se realizó en el programa STATA™ para Windows.

6. RESULTADOS

Análisis univariado.

La muestra finalmente, estuvo constituida por 205 individuos. De estos, el 59,51% fueron de sexo masculino. Además pertenecían al estrato 1 y 2 el 45%. El 68% de los individuos convive con ambos padres. En un porcentaje del 55% el padre trabaja solamente. Con respecto al tipo de estructura familiar el mayor porcentaje estuvo conformado por Familia Nuclear (42%). El 70% de los individuos fue de las clínicas de pregrado (Tabla 1).

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Sexo	Nº	(%)
Femenino	83	40%
Masculino	122	59%
Estrato Socioeconómico		
1	86	45%
2	93	45%
3	26	13%
Convivencia		
Convive con la madre	48	23%
Convive con el padre	5	2%
Convive con ambos	140	68%

Continuación Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada.

No convive con ninguno	12	6%
Estudios Realizados		
Analfabeta	5	2%
Primaria	35	17%
Secundaria	118	58%
Técnico	39	19%
Pregrado	8	4%
Nº de personas de convivencia		
1-3	35	17%
4 -6	125	61%
≥ 6	45	22%
Trabajo		
Trabaja la madre	112	55%
Trabaja el padre	19	9%
Trabajan ambos padres	62	30%
Ninguno trabaja	12	6%
Jornada de trabajo de la madre		
Mañana	30	15%
Tarde	25	12%
Noche	8	4%
Todo el día	27	13%

Continuación Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada.

No trabajan	115	56%
Jornada de trabajo del padre		
Mañana	17	8%
Tarde	31	15%
Noche	22	11%
Todo el día	107	52%
No trabajan	28	14%
Tipo de Familia		
Nuclear	86	42%
Nuclear con parientes próximos	17	8%
Monoparental	30	15%
Familia Extensa	33	16%
Otra estructura familiar	15	7%
Familia binuclear	6	3%
Clínica		
Pregrado	143	70%
Postgrado	62	30%

DE = Desviación estándar

Al realizar el análisis global de la escala de Frankl, se encontró que ítem Conducta positiva presentó el mayor porcentaje que fue de 50 (IC 95%: 42 – 56) (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis Global de la escala de Frankl.

ESCALA GLOBAL DE FRANKL			
Variables	n	%	IC 95%
Negativo	6	3%	6-52
Levemente negativo	22	11%	64-15
Levemente positivo	75	36%	29-43
Positivo	102	50%	42-56

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Con respecto a la Escala de Habilidades sociales el ítem Se une al juego con otros niños presentó un promedio de 1.91 (DE=0.29) (Tabla 3) y en la escala de Problemas de conducta la variable Responde al cariño de otros presentó un promedio de 1.82 (DE=0.43) (Tabla 4).

Tabla 3. Análisis Global de la escala de Habilidades Sociales

ANÁLISIS GLOBAL DE LA ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (n=205)		
VARIABLE	Promedio	DE
Sonríe y responde a otras personas	1,81	0,41
Saluda y se despide de las personas	1,79	0,44

**Continuación Tabla 3. Análisis Global de la escala de
Habilidades Sociales de la muestra estudiada.**

Hace pequeños favores	1,83	0,43
Muestra conductas de cortesía	1,76	0,43
Se une al juego con otros niños	1,91	0,29
Ayuda a un amigo en dificultades	1,67	0,51
Comparte con otros niños	1,82	0,44
Se une al diálogo con otros niños	1,80	0,46
Es amable con los adultos	1,73	0,49
Puede mantener una conversación	1,72	0,51

DE = Desviación estándar

Tabla 4. Análisis de la escala de Problemas de Conducta

ANÁLISIS DE PROBLEMAS DE CONDUCTA (n=205)

VARIABLE	Promedio	DE
Responde al cariño de otros	1,82	0,43
Se apega a los padres o cuidadores	1,73	0,55
Tiene arranque de pataletas	1,32	0,73
Es agresivo/a físicamente	0,85	0,80
Grita cuando está enojado/a	1,16	0,81
Desobedece las reglas	1,00	0,74
Tiene dificultad para hacer amigos	0,48	0,74

**Continuación Tabla 4. Análisis de la escala de Problemas
de conducta en la muestra estudiada.**

Es miedoso o asustadizo/a	0,97	0,78
No se puede quedar quieto/a	1,42	0,72
Es difícil de consolar	0,93	0,82
Intimida a otros niños	0,38	0,70
Parece triste o deprimido/a	0,42	0,66
Es demasiado sensible a las críticas	1,22	0,80

DE = Desviación estándar

Análisis Bivariado

Al analizar la escala de Habilidades sociales, teniendo en cuenta la edad y sexo, se obtuvo que la variable “Se une al juego con otros niños” tuvo el mayor promedio en los niños de 5 años (DE=0.28), niñas de 5 años (DE=0.29), niñas de 6 años (DE=0.29), niñas de 7 años (DE=0.29), niñas de 8 años (DE=0.30) y niños de 8 años (DE=0.29). En los niños de 6 años el mayor promedio lo obtuvo la variable “Sonríe y responde al cariño de otros” (DE=0.40), y en los niños de 7 años la variable “Comparte con otros niños” presento un promedio de 1.84 (DE=0.40). (Tabla 5).

Al realizar los análisis de la escala de problemas de conducta con respecto al sexo y edad el mayor promedio se presento en la variable Responde al cariño de otros. (Tabla 6).

Al analizar las diferencias de promedios por grupo etario para cada una de las variables relacionadas con la Escala de Habilidades Sociales, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems relacionados con Ayuda a un amigo en dificultades ($p=0.03$), comparte con otros niños ($p=0.00$) y es amable con los adultos ($p=0.05$). (Tabla 7).

Al realizar análisis de acuerdo a sexo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) en ninguno de los ítems. (Tabla 8).

Tabla 8. Análisis de la escala de Habilidades Sociales teniendo en cuenta el sexo.

HABILIDADES SOCIALES					
VARIABLE	Sexo Femenino		Sexo Masculino		p valor
	(n=83)		(n=122)		
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Sonríe y responde a otras personas	1,81	0,40	1,82	0,43	0,63
Saluda y se despide de las personas	1,81	0,43	1,78	0,45	0,66
Hace pequeños favores	1,81	0,45	1,84	0,41	0,56
Muestra conductas de cortesía	1,75	0,44	1,77	0,42	0,70
Se une al juego con otros niños	1,90	0,30	1,90	0,29	0,88
Ayuda a un amigo en dificultades	1,69	0,49	1,66	0,52	0,83
Comparte con otros niños	1,79	0,46	1,84	0,43	0,44
Se une al diálogo con otros niños	1,76	0,46	1,83	0,46	0,12

Continuación Tabla 8. Análisis de la escala de Habilidades Sociales teniendo en cuenta el sexo.

Es amable con los adultos	1.70	0.51	1.74	0.47	0.51
Puede mantener una conversación	1.67	0.50	1.75	0.52	0.11

DE= Desviación Estándar

Por otro lado y de acuerdo a la clínica de atención para cada una de las variables relacionadas con la Escala de Habilidades Sociales, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ítem relacionado con “Sonríe y Responde a otras Personas” ($p=0.05$). (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis de la escala de Habilidades Sociales teniendo en cuenta la clínica de atención.

HABILIDADES SOCIALES					
VARIABLE	Clínica Pregrado (n=143)		Clínica Postgrado (n=62)		p valor
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Sonríe y responde a otras personas	1,78	0,43	1,89	0,37	0,05*
Saluda y se despide de las personas	1,78	0,44	1,80	0,43	0,68
Hace pequeños favores	1,81	0,44	1,85	0,40	0,56
Muestra conductas de cortesía	1,77	0,42	1,72	0,45	0,44
Se une al juego con otros niños	1,92	0,29	1,90	0,30	0,89
Ayuda a un amigo en dificultades	1,66	0,52	1,69	0,50	0,72

Tabla 9. Análisis de la escala de Habilidades Sociales teniendo en cuenta la clínica de atención.

Comparte con otros niños	1,86	0,37	1,72	0,58	0,13
Se une al diálogo con otros niños	1,85	0,38	1,69	0,59	0,07
Es amable con los adultos	1,75	0,45	1,66	0,57	0,35
Puede mantener una conversación	1,72	0,48	1,72	0,58	0,52

DE: Desviación Estándar -- * Diferencias estadísticamente significativas

Al analizar la escala de Frankl según el sexo ($p= 0.267$) y la clínica de atención ($p = 0.531$) se obtuvo que la conducta que más se presentó en los sujetos de estudio fue una conducta positiva. (Tabla 10)

Tabla 10. Análisis de la escala de Frankl según el sexo y la clínica de atención

ESCALA DE FRANKL									
Durante el tratamiento odontológico	SEXO				CLINICA				
	Femenino		Masculino		Pregrado		Postgrado		
Variables	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Negativo	3	3,6%	3	2,5%	5	3,5%	1	1,61%	
Levemente negativo	13	16%	9	7,3%	14	9,8%	8	13%	
Levemente positivo	28	34%	47	38%	49	34%	26	42%	
Positivo	39	47%	63	52%	75	52%	27	43%	

Al analizar las diferencias de promedios por grupo etario para cada una de las variables relacionadas con la Escala de Problemas de Conducta, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems relacionados con “Grita cuando está enojado” ($p=0.02$), “Desobedece las reglas” ($p=0.02$). (Tabla 11).

Con respecto a las diferencias de promedios de acuerdo al sexo, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems relacionados con Responde al cariño de otros ($p=0.01$), Es agresivo/a físicamente ($p=0.01$). (Tabla 12).

Tabla 12. Tabla de la escala de Problemas de conducta teniendo en cuenta el sexo.

PROBLEMAS DE CONDUCTA					
VARIABLE	Sexo Femenino		Sexo Masculino		p valor
	(n=83)		(n=122)		
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Responde al cariño de otros	1,72	0,55	1,89	0,31	0,01*
Se apega a los padres o cuidadores	1,73	0,52	1,72	0,58	0,88
Tiene arranque de pataletas	1,28	0,70	1,35	0,75	0,35
Es agresivo/a físicamente	0,69	0,81	0,96	0,77	0,01*
Grita cuando está enojado/a	1,0	0,85	1,22	0,79	0,18

Continuación Tabla 12. Tabla de la escala de Problemas de conducta teniendo en cuenta el sexo.

Desobedece las reglas	0,90	0,67	1,05	0,77	0,14
Tiene dificultad para hacer amigos	0,53	0,75	0,44	0,74	0,30
Es miedoso o asustadizo/a	0,96	0,76	0,97	0,80	0,99
No se puede quedar quieto/a	1,43	0,72	1,41	0,72	0,88
Es difícil de consolar	1,0	0,79	0,84	0,84	0,05*
Intimida a otros niños	0,38	0,68	0,38	0,72	0,67
Parece triste o deprimido/a	0,32	0,61	0,48	0,69	0,08
Es demasiado sensible a las críticas	1,25	0,73	1,20	0,84	0,85

DE: Desviación Estándar -- * Diferencias estadísticamente significativas

De acuerdo a la clínica, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems relacionados con es “Miedoso o asustadizo” ($p=0.03$), “Intimida a otros niños” ($p=0.00$), “Parece triste o Deprimido” ($p=0.05$), “Es demasiado sensible a las críticas” ($p=0.01$). (Tabla 13).

Tabla 13. Análisis de la escala de Problemas de Conducta teniendo en cuenta la clínica de atención.

PROBLEMAS DE CONDUCTA					
VARIABLE	Clínica Pregrado		Clínica Postgrado		p valor
	(n=143)		(n=62)		
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Responde al cariño de otros	1,86	0,35	1,74	0,57	0,25
Se apega a los padres o cuidadores	1,73	0,55	1,72	0,58	0,87
Tiene arranque de pataletas	1,32	0,75	1,32	0,69	0,15
Es agresivo/a físicamente	0,80	0,80	0,97	0,79	0,15
Grita cuando está enojado/a	1,11	0,80	1,26	0,83	0,21
Desobedece las reglas	0,99	0,71	1,01	0,80	0,79
Tiene dificultad para hacer amigos	0,45	0,72	0,55	0,80	0,46
Es miedoso o asustadizo/a	0,89	0,76	1,14	0,81	0,03*
No se puede quedar quieto/a	1,42	0,71	1,41	0,76	0,91
Es difícil de consolar	0,90	0,82	0,98	0,84	0,52
Intimida a otros niños	0,26	0,57	0,64	0,89	0,00*
Parece triste o deprimido/a	0,35	0,60	0,58	0,78	0,05*
Es demasiado sensible a las críticas	1,13	0,79	1,41	0,78	0,01*

DE: Desviación Estándar -- * Diferencias estadísticamente significativas

7. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó para conocer sobre el desarrollo social infantil, es por esto que lo ideal sería recoger información de varios informantes como los padres y docentes; porque los primeros aportan información sobre emocionalidad y regulación emocional, mientras que los docentes aportan conocimiento acerca de comportamiento social. El tener un solo informante género constituyo una limitación en el proyecto, por desconocer hasta qué punto el niño está bien evaluado y además que es el padre y maestro quienes determinan la conducta y no el niño en sí; por lo que se puede decir que es algo subjetivo. Otra limitación presente en este estudio es la extensión del instrumento que debían completar los padres ya que generaba fatiga y oposición; por lo que se suprimieron algunos ítems.

Los resultados de este estudio describen que el comportamiento de los niños según la escala de Frank es positiva, demostrando que el acompañamiento del padre en la cita odontológica disminuye el miedo, estrés y ansiedad del niño; otros estudios también lo evidenciaron como el estudio de Abushal, M; Adenubi J en 2008²³ y el de Ferro, M en 2010²⁴.

Este estudio reveló que todos los niños presentan habilidades sociales debido al buen comportamiento presentado en el consultorio odontológico,

²³ ABUSHAL M, ADENUBI J. Attitudes of Saudi parents toward separation from their children during dental treatment. En: The Saudi Dental Journal. Septiembre, 2009. Vol. 21, N° 27, p 15-29.

²⁴ FERRO T, MALDONADO A. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. En: Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Marzo, 2010. Vol. 5, N° 2, p 1-7.

al tipo de núcleo familiar y las pautas de crianza, que fue en un mayor porcentaje nuclear, los niños son de edades superiores de siete a ocho años. Los ítems “Es amable con los adultos” ($p=0.05$), “Ayuda a un amigo en dificultades” ($p=0.03$), “Comparte con otros niños” ($P=0.00$), “Sonríe y responde a otras personas” ($p=0.05$); son significativos para evidenciar las habilidades sociales en los pacientes. Según el estudio de Rodríguez, M en 2010²⁵, lo anterior se corrobora porque revela que las pautas relacionadas con la crianza muestran que cuando el padre y la madre son quienes asumen, estableciendo normas y límites, se evidencian altos estados de compromiso con los otros y buen desarrollo de las habilidades sociales. De manera muy general, es posible argumentar cómo el manejo inadecuado de las pautas de crianza, en relación con la disciplina y la supervisión, no contribuyen a promover el desarrollo saludable en niños.

Según nuestro estudio en los pacientes no se evidencia problemas de conducta, porque el 42% de todos los tipo de familia es nuclear y según el estudio de Rodríguez, M en 2010²⁶ sustenta el hecho de que vivir con la familia nuclear y promover la consistencia en las pautas de crianza son aspectos que reducen la probabilidad de que los niños desarrollen problemas de conducta, dado que esta estabilidad se asocia con la seguridad y los niños no tendrán que buscarla en grupos alternativos ni a través de

²⁵ RODRÍGUEZ MC. Factores personales y familiares asociados a problemas de comportamiento en niños. En: Estudios de psicología. Julio, 2010. Vol. 10, N°3, p 438-439.

²⁶ Ibid.

conductas inadecuada. Los ítems más significativos en cuanto a problemas de conducta son: “Grita cuando está enojado” ($p=0.02$), “Desobedece las reglas” ($p=0.02$), “Es agresivo físicamente” ($p=0.01$), es “Miedoso o asustadizo” ($p=0.03$), “Intimida a otros niños” ($p=0.000$), “Parece triste o Deprimido” ($p=0.05$) y “Es demasiado sensible a las críticas” ($p=0.01$). Esto se debe al estrés parental que padecen algunos padres al momento de imprimir pautas de disciplina a sus hijos, lo cual conlleva al trato rudo como factores asociados a la conducta agresiva, es decir los niños de estrato bajo son tratados con rudeza, por el estrés en padres lo que ocasiona mayores conductas negativas, según revela el estudio de Cabrera, V; González, M en 2010²⁷.

El comportamiento del paciente pediátrico durante la consulta odontológica se encuentra influenciado por numerosos factores, como lo son la edad, sexo, escolaridad de los padres, tipo de núcleo familiar, estrato socioeconómico, habilidades sociales y problemas de conducta. Controlar y manejar la interacción de estos factores es un reto que tiene los odontólogos para garantizar el éxito de la consulta durante el tratamiento.

²⁷ CABRERA GV, GONZÁLEZ BM. Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. En: Universitas Psychologica. Agosto, 2012. Vol. 11, N°1, p 241-254.

Ling, M en 2011²⁸, evidenciaron que la familia juega el papel integral más importante en la psicología del niño y el contexto sociocultural; es por esto que el comportamiento del paciente pediátrico según su estudio puede depender de tres elementos: el modelado (experiencias aprendidas a través de modelos como la madre, hermanos), acondicionamiento (experiencias durante la consulta) e información. Muestran que el tipo de conducta negativa que se observa en los niños de bajos estratos socioeconómicos se encuentra asociada al modelado, mientras que los niños de estrato socioeconómico alto adquieren comportamiento negativo principalmente por el acondicionado. Kade en 2000, también evidencia lo anterior respecto al mal comportamiento de los niños de escasos recursos²⁹. Identificaron que los niños de clase baja tienen grandes temores al odontólogo, reconoció comportamiento positivo en la consulta odontológica en los niños que procedían de grupos con elevado nivel socio-económico. Nuestro estudio no muestra relación con el tipo de comportamiento mostrado en el estudio anterior en cuanto a que 90% de los pacientes pertenecían a estrato económico bajo y se comportan de forma positiva, influenciados por el acondicionado y modelado.

²⁸ LING Y, YIN Y, SEN CH, et al. Child dental fear in low-income and non-low-income families: A school-based survey study. En: Journal of dental sciences. Noviembre, 2013. Vol. 56, N° 2, p 1-7.

²⁹ KADE A, SALAZAR VC, PÉREZ EA. Comportamiento del niño en el consultorio Odontológico. En: Acta odontológica de Venezuela. Febrero, 1999. Vol. 37, N°3, p 172-176.

Mannaa y Carlen en 2012³⁰, revelaron que los pacientes pediátricos con familias numerosas y poco nivel educativo, presentan conducta negativa durante la atención odontológica. Al igual que el estudio Comportamiento del niño en el consultorio odontológico Kade, A en 2000³¹, el cual expone que el nivel educativo de los padres influye en el comportamiento el niño durante su visita al consultorio odontológico; a medida que el nivel educativo de los padres o representantes disminuye se incrementa el comportamiento inadecuado y los niños que integran los grupos sociales obrero y subempleados son menos colaboradores y más temerosos al tratamiento. El estudio demuestra lo contrario a lo encontrado en el presente estudio el cual encontró que los dos factores mencionados anteriormente no son determinantes para que el paciente exprese una conducta negativa por que el 2% es analfabeta, 17% estudió hasta la primaria y 58% secundaria, es decir, la mayoría de los padres presento un bajo nivel educativo y sus hijos un buen comportamiento. En cuanto al número de enterantes de la familia tampoco es relevante en nuestro estudio este factor, por que el 61% convive con 4 a 6 personas y el 22% con más de 6 personas lo que quiere decir que no es significativo que una familia numerosa influya en el mal comportamiento del paciente pediátrico.

³⁰ MANNAA A, CARLÉN A, LINGSTROM P. Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children. En: A cross- sectional study. Julio, 2013. Vol. 5, N°3, p 1-8.

³¹ Ibid.

En cuanto a la variable edad, todos los sujetos de estudio tuvieron un buen comportamiento lo cual se encuentra influenciado por el conocimiento que tenga el profesional de la salud acerca de cada niño, debido a las pautas de conductas específicas teniendo en cuenta que estos pasan por diferentes etapas en su crecimiento y desarrollo, según el estudio de Soto, R; Reyes D, en 2005³². El estudio de Kade, A., et al, 2000³³, demostró que los niños de 3 y 4 años se ha considerado la mejor etapa para presentar el niño al odontólogo porque es en este periodo donde se observan más manifestaciones de miedo en la sala clínica, es decir, que a menor edad mayor fracaso en la consulta; lo anterior se refuta con lo mencionado en las primeras líneas de este párrafo por la importancia que tiene el saber hacer buen manejo del paciente mediante la adecuada técnica de comportamiento. Según el estudio de Shyama, M; Al-Mutawa, S en 2011³⁴ la mayoría de los padres prefieren las técnicas no farmacológicas (Refuerzo positivo, la comunicación efectiva, decir-mostrar-hacer, la distracción, la modelización y no verbales la comunicación) a las técnicas farmacológicas (nitroso óxido de sedación, anestesia general y la sedación consciente), por la intervención que estos pueden realizar y así adquirir un acondicionamiento positivo.

³² SOTO RM, REYES DD. Manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica. En: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Mayo, 2005. Vol. 7, N°5, p 1-3.

³³ KADE , Op cit., p 45.

³⁴ MUHAMMAD S, SHYAMA M, AI-MUTAWA S. Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with school children in Kuwait. En: Medical principles and practice. Enero, 2011. Vol. 20, N°3, p 350:355.

En nuestro estudio no se encontró diferencias significativas por sexo en cuanto a los problemas de conducta, pero algunos estudios como Arnup, K; Broberg, A³⁵ en 2007, demostró que las niñas son más tímidas y los niños son más extrovertidos.

³⁵ ARNRUP K, BROBERG A, BERGGREN U, BODIN L. Temperamental reactivity and negative emotionality in uncooperative children referred to specialized paediatric dentistry compared to children in ordinary dental care. En: International Journal of paediatric dentistry. Enero, 2007. Vol. 17, N°3, p 419-429.

8. CONCLUSIONES

Los resultados indican que aunque los niños objetos de estudio presentaron un buen comportamiento, buenas habilidades sociales y no presentaron problemas de conducta, estos resultados pueden estar influenciados por el acompañamiento de los padres durante la consulta odontológica, buena estructura familiar y experiencias previas positivas en consulta odontológica, pero cabe destacar que en nuestro estudio algunas variables sociodemográficas como el estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad de los padres, la edad, y el sexo no influyeron en la conducta, habilidades sociales y problemas de conducta en los niños objetos de estudio. Por lo que se requiere seguir investigando en este aspecto. Sin embargo la información adquirida sobre la conducta, habilidades sociales y problemas de conducta pueden influir en el comportamiento de los niños durante la atención odontológica.

9. RECOMENDACIONES

El proyecto de investigación se realizó con el objetivo de describir las habilidades sociales, conducta y problemas de conducta de los pacientes pediátricos atendidos en las clínicas de integral por los estudiantes de pregrado de VIII y IX semestre de la facultad de odontología y niños atendidos en las clínicas de Odontopediatría atendidos por los estudiantes de Postgrado de odontopediatría y ortopedia maxilar de la Universidad de Cartagena. Para estudios futuros se considera pertinente tomar una muestra mayor para así obtener datos más significativos en lo concerniente al comportamiento del niño en el consultorio odontológico y además es importante considerar la adaptación de la escala al contexto social donde se va a trabajar; de esta manera pudiendo establecer adecuados puntos de corte para resultados más significativos.

También se sugiere para próximos estudios aplicar a los pacientes pediátricos varios instrumentos de evaluación entre el desarrollo social del niño, desempeño académico, problemas socioemocionales y de comportamiento para así tener un diagnóstico más certero del por qué el comportamiento de determinado paciente pediátrico.

BIBLIOGRAFÍA

ABANTO JA, REZENDE KMP, BONECKER M, et al. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. En: Revista Estomatol Herediana. Junio, 2010. Vol. 20, N°2, p 101-106.

ABUSHAL M, ADENUBI J. Attitudes of Saudi parents toward separation from their children during dental treatment. En: The Saudi Dental Journal. Septiembre, 2009. Vol. 21, N° 27, p 15-29.

ABUSHAL MS, ADENUBI JO. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. En: J. Dent. Child. Enero, 2003. Vol. 70, N°2, p 104–110.

ARATHI R, ASHWANI R, Parental presence in the dental operator – Parent's point of view. En: J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent. Febrero, 1999. Vol. 17, N°5, p 150–155.

AYALA, H, PEDROZA, F, MORALES, S. et al. Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. En: Salud Mental. Abril, 2005. Vol. 25, N°3, p 27-40.

BAKER, B, BLACHER, J, Olsson, M. Preschool children with and without developmental delay: Behaviour problems, parents' optimism and well-being. En: Journal of American Child and Adolescent Psychiatric. Diciembre, 2005. Vol. 44, N°3, p 575-590.

BAKER, JA, GRANT, S, MORLOCK, L. The teacher student relationship as a development context for children with internalizing or externalizing behavior problems. En: School Psychology Quarterly. Febrero, 2008. Vol. 23, N° 1, p 3-15.

BOLIN AK. Children's dental health in Europe: an epidemiological investigation of 5- and 12-year old children from eight EU countries. En: Swed Dent J. Julio 1997. Vol. 21, N°1, p 1–33.

BRAHAM R, MORRIS M. Odontología Pediátrica. En: BRAHAM, et al. Editorial médica Panamericana. Enero, 2000. VOL 34, N° 10, p 45-47.

CABRERA VE, GONZÁLEZ MR, GUEVARA IP. Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. En: Universitas Psychologica. Marzo, 2012. Vol. 11, N°1, p 241-254.

CARDENAS, D. Manejo de conducta. En: CÁRDENAS, et al. Odontología Pediátrica: Editorial Panamericana. Octubre, 2012. p 20-25.

CARRILLO M, CREGO A, ROMERO M, The influence of gender relationship between dental anxiety and oral health-related emotional well-being.En: International journal pediatric dentistry 2013; Vol. 23.P.180-187.

EITEL K. Your Very best marketing tool. En: An autstanding nex patient experience. Febrero, 2000 p 45-48.

FEIGAL R. Manejo de la conducta del niño a través de métodos no farmacológicos. En: Journal of Pediatric Dentistry Practice. Marzo, 1998. Vol. 1, N°4, p 67-77.

FERNÁNDEZ A. Documento de formación a familias. En: La conducta de los niños y sus problemas. Julio, 2011. Vol. 8, N°5, p 35-40.

FERRO T, MALDONADO A. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. En: Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Marzo, 2010. Vol. 5, N° 2, p 1-7.

GOODWIN LD, LEECH, NL. The meaning of validity in the new standards for educational and psychological testing: Implications for measurement courses. En: Measurement and evaluation in Counseling and Development. Octubre, 2003. Vol. 36, N° 2, p 181-191.

GRACIA E, LILA M, MUSITU G. Rechazo parental y ajuste psicológico social de los hijos. En: Salud mental. Abril, 2005. Vol. 28, N°.2, p 73-81.

GUSTAFSSON A, ARNRUP K, BROBERG A, BODIN L, BERGGREN U. Child dental fear as measured with the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: the impact of referral status and type of informant (child versus parent).En: Community Dent Oral Epidemiol 2010; Vol 38, p. 256–266.

IPIÑA MJ, REYNA C. Propiedades psicométricas de la Escala MESSY (versión auntoinforme) en niños argentinos. En: Revista de psicología. Julio, 2011. Vol. 29, N°2, p 245-264.

JARAMILLO JM, TAVERA AL, VELANDIA OA. Percepciones de los docentes sobre el comportamiento de niños con altos niveles de inclusión y exclusión social dentro de su grupo escolar. En: Revista diversitas-perspectiva en psicología. Junio, 2008. Vol. 4, N°.2, p 319-330.

KADE A, SALAZAR VC, PÉREZ EA. Comportamiento del niño en el consultorio Odontológico. En: Acta odontológica de Venezuela. Febrero, 1999. Vol. 37, N°3, p 172-176.

KELLEY ML, HEFFER RW, GRESHAM FM, et al. Development of a modified treatment evaluation inventory. En: Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. Enero, 2001. Vol. 11, N°5, p 235–247.

KOCH C, GORAN M, THOMAS, et al. En: Odontopediatría -enfoque clínico. Editorial médica panamericana. 1994. P 45-48.

LALWANI AK, SHAVITT S, JOHNSON T. What is the relation between cultural orientation and socially desirable responding. En: Journal of Personality and Social Psychology. Diciembre, 2006. Vol. 90, N°2, p 165–178.

LAU AS. Making the case for selective and directed cultural adaptations of evidence-based treatments: Examples from parent training. Clinical Psychology. En: Science and Practice. Octubre, 2006. Vol. 13, N°23, p 295–310.

LING Y, YIN Y, SEN CH, et al. Child dental fear in low-income and non-low-income families: A school-based survey study. En: Journal of dental sciences. Noviembre, 2013. Vol. 56, N° 2, p 1-7.

MAGANTO C, GARAIGORDOBIL M. Estudio psicométrico del Screening de Problemas de Conducta Infantil SPCI. En: Psicothema. Julio, 2009. Vol. 22, N°.22, p 316-322.

MAGNUSSON B, KOCH G, POULSEN S. En: MAGNUSSON, et al. Odontopediatría Enfoque sistemática. Ed. Salvar Editores. S.A. Barcelona. 1995., p 46-78.

MANNA A, CARLÉN A, LINGSTROM P. Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children. En: A cross-sectional study. Julio, 2013. Vol. 5, N°3, p 1-8.

MC DONAL, RALPH E, AVERY DR. Odontología Pediátrica y del Adolescente. En: Revista médica Panamericana. Septiembre, 1990. Vol.10, N°5, p 19-30.

MEDINA J. Adaptación del niño a la consulta odontológica. En: Ediciones Home. Noviembre, 1998. Vol. 36, N°.2, p70-76.

MENG X, HEFT M, BRADLEY M, LANG P. Effect of fear on dental utilization Behaviors and oral health outcome. En: Community Dent Oral Epidemiol 2007; Vol. 35, p.292–301.

PÉREZ NN, GONZÁLEZ MC, GUEDES PA, et al. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. En: Rev. Cubana Estomatol. Junio, 2002. Vol. 39, N°3, p 302-327.

POULTON C, MURRAY W, DAVIES S, KRUGER E, BROWN H, SILVA F, Good teeth, bad teeth and fear of the dentistry 1997. En: Behav. Res. Ther. Vol. 35. No. 4, p. 327-334.

RODRÍGUEZ MC. Factores personales y familiares asociados a problemas de comportamiento en niños. En: Estudios de psicología. Julio, 2010. Vol. 10, N°3, p 438-439.

SÁNCHEZ AF, TOLEDADO M, OSORIO R. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. En: Au.Odontoestomatol. Octubre, 2004. Vol. 20, N°.4, p199-206.

SMITH J. Blending effective behavior management and literacy strategies for preschoolers exhibiting negative behavior. En: Early childhood educ J. Julio, 2009. Vol. 37, p 147-151.

TRIANES MV, BLANCA MJ, MUÑOZ A, et al. Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: profesores, iguales y autoinformes. En: Anales de psicología. Diciembre, 2002. Vol. 18, N°.2, p 197-214.

VERMAIRE H, JONGH A, ARTMAN H. Dental anxiety and quality of life: The effect of dental treatment 2008.En: Community Dent Oral Epidemiol. Vol 36, p. 409–416.

ANEXOS

FORMATO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO E INFORMADO PARA LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE EDAD SELECCIONADOS COMO SUJETOS DE ESTUDIO.

Yo _____, con Cédula de Ciudadanía No. _____ actuando como representante legal del menor _____ Para los efectos legales que corresponden, declaro que he recibido información amplia y suficiente información sobre el estudio, titulado “**factores asociados en la conducta de niños de 5 a 8 años durante la consulta odontológica en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena**”. Se me ha explicado que al niño que represento será observado durante todo el transcurso de la consulta odontológica y se evaluará el resultado obtenido. En este sentido, me comprometo a diligenciar un cuestionario que contiene información sobre la conducta del niño y factores asociados a la misma en la consulta odontológica. Por otro lado, se me ha informado sobre los beneficios que obtendrá el menor en estas actividades y los riesgos a los que se expone con cada una de las actividades que se desarrollarán. Además, estoy de acuerdo con la utilidad de los resultados de esta investigación, reflejada en el conocimiento que tendrá el profesional de la odontología para aproximarse hacia la estrategia más adecuada en el manejo del comportamiento de niños de cinco a ocho años en la consulta odontológica. Igualmente soy consciente que los costos adicionales que demanda la investigación corren a cargo del investigador y se me ha informado sobre el carácter de los datos obtenidos, los cuales serán socializados en comunidades académicas y solo serán presentados en forma global con intenciones de ser aplicados a la población de este estudio. En este sentido, conozco los compromisos que adquiero con este proyecto y que en todo momento seré libre de continuar ó de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo, al investigador (es). Inés Castro Martínez y Alejandra Mercado Pacheco. Asumimos el papel de testigo presencial del presente consentimiento informado en la ciudad de Cartagena de Indias, el día _____ mes _____ del año _____.

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Firma y cédula del representante legal del niño Firma y cédula del Investigador principal

ANEXO 2.

FORMATO PARA LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Nombre del niño_____ Edad_____

Fecha de Nacimiento.:_____ Institución_____ Ciudad_____

El niño actualmente padece alguna enfermedad sistémica: Si () No ()
Cuál_____

El niño actualmente padece algún tipo de alteración motriz: Si () No ()
Cuál_____

El niño actualmente vive en la ciudad de Cartagena: Si () No ()

El niño actualmente es atendido en las clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena: Si () No: ()

Si el niño es seleccionado está Ud dispuesto a aceptar su consentimiento por escrito
Si () No ()

El niño tiene una edad que oscila entre 5 y 8 años: si () no ().

ACEPTADO **SI** **NO**

NOMBRE EXAMINADOR

FIRMA DEL PADRE O RESPONSABLE

ANEXO 3.

FACTORES ASOCIADOS EN LA CONDUCTA DE NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS (CUERPO E INSTRUCTIVO)

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nombre del niño: _____ Sexo: F M Edad: ____ Teléfono: _____
Fecha: __/__/__ Dirección: _____ Estrato: _____

El niño vive con la madre: Si No El niño vive con el padre: Si No Ambos

Si no convive con el padre o la madre especifique el parentesco: _____

Nombre de la madre/padre/cuidador: _____

Estudios Realizados: Analfabeta Primaria Secundaria pregrado
Postgrados

Número de personas que viven en la casa: 1-3: 4-6 más de 6

Trabaja el padre: Si No Trabaja la madre: Si No Ambos

Cuántas horas al día trabaja:

Madre: Mañana Tarde Noche Todo el día

Padre: Mañana Tarde Noche Todo el día

ANEXO 4.

INSTRUMENTO PARA DETERMINAR TIPOS DE CONDUCTA EN NIÑOS

ESCALA DE FRANKL

Objetivo: Determinar el tipo de conducta que se pueden presentar en los objetos de estudio.

Variabes:

Definitivamente negativo _____ Levemente Negativo _____

Levemente Positivo _____ Positivo _____

EXAMINADOR: _____

Marque con una X si presenta algunas de estas conductas:

	Conducta en el momento de entrar a consulta	Conducta a la hora de sentarse en el sillón odontológico	Conducta durante el tratamiento odontológico	Conducta al finalizar tratamiento
Negativo: Rechaza el tratamiento, llanto intenso, movimientos fuertes de las extremidades, no es posible comunicación verbal y presenta un comportamiento agresivo				
Levemente negativo: Movimientos leves de las extremidades, comportamiento tímido, bloquea la comunicación, acepta y acata algunas órdenes, llanto monotómico, acepta tratamiento de manera cautelosa				
Levemente positivo: Llanto esporádico, es reservado, se puede establecer comunicación verbal				
Positivo: Es cooperador, buena comunicación, muestra motivación e interés por el tratamiento, hay relajación y control de las extremidades				

ANEXO 5.

ESCALA DE COMPORTAMIENTO PREESCOLAR Y JARDÍN INFANTIL.

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES PARA PADRES DE FAMILIA

De las siguientes afirmaciones señale cuál es la respuesta que mejor describe los comportamientos habituales de su niño. Elija solo una de las opciones indicadas.

Tenga en cuenta que para responder, debe considerar los comportamientos efectivos del niño, es decir, su COMPORTAMIENTO OBSERVABLE durante los últimos tres meses. Evite las posibles interpretaciones o inferencias.

	ITEMS	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	PUNTAJE
1.	Sonríe y responde a otras personas cuando es oportuno				
2.	Saluda y se despide de las personas de un lugar conocido				
3.	Hace "pequeños favores" a otros niños, ejemplo "presta los juguetes"				
4.	Muestra conductas de cortesía utiliza frases como "por favor", "gracias", "perdón"				
5.	Se une al juego de otros niños				
6.	Ayuda a un amigo cuando está en dificultades				
7.	Comparte con otros niños en actividades y juegos				
8.	Se une al dialogo con otros niños				
9.	Es amable con los adultos conocidos				
10.	Puede mantener una conversación sencilla con un adulto				
Total					

ANEXO 6.

ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

De las siguientes afirmaciones señale cuál es la respuesta que mejor describe los comportamientos habituales de su niño. Elija solo una de las opciones indicadas.

Tenga en cuenta que para responder, debe considerar los comportamientos efectivos del niño, es decir, su COMPORTAMIENTO OBSERVABLE durante los últimos tres meses. Evite las posibles interpretaciones o inferencias.

	ÍTEMS	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	PUNTAJE
1.	Responde al cariño de otros (por ej. Un abrazo)				
2.	Se apega a los padres o cuidadores				
3.	Tiene arranques de pataletas o berrinches				
4.	Es agresivo/a físicamente (pega, pateo, empuja)				
5.	Grita cuando está enojado/a				
6.	Desobedece las reglas				
7.	Tiene dificultades para hacer amigos				
8.	Es miedoso/a o asustadizo/a				
9.	Es muy activo/a, no puede quedarse quieto/a				
10.	Es difícil de consolar cuando está molesto/a				
11.	Intimida a otros niños				
12.	Parece triste o deprimido/a				
13.	Es demasiado sensible a las críticas o castigos				
Total					

Tabla 5. Tabla que muestra la escala de Habilidades Sociales por edad y sexo.

ESCALA DE COMPORTAMIENTO PREESCOLAR Y JARDÍN INFANTIL																
Variable	Niñas de 5 años (n=7)		Niños de 5 años (n=21)		Niñas de 6 años (n=20)		Niños de 6 años (n=27)		Niñas de 7 años (n=30)		Niños de 7 años (n=43)		Niñas de 8 años (n=26)		Niños de 8 años (n=31)	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Sonríe y responde a otras personas	1,84	0,38	1,83	0,41	1,83	0,39	1,82	0,40	1,83	0,39	1,83	0,39	1,84	0,38	1,83	0,39
Saluda y se despide de las personas	1,79	0,42	1,81	0,40	1,82	0,41	0,44	0,42	1,80	0,43	1,80	0,43	1,80	0,42	1,80	0,43
Hace pequeños favores	1,83	0,43	1,82	0,44	1,82	0,43	0,43	0,45	1,83	0,42	1,83	0,43	1,82	0,44	1,83	0,43
Muestra conductas de cortesía	1,75	0,44	1,76	0,43	1,77	0,42	0,43	0,42	1,76	0,43	1,76	0,43	1,76	0,43	1,76	0,43
Se une al juego con otros niños	1,92	0,28	1,91	0,29	1,91	0,29	0,29	0,28	1,91	0,29	1,91	0,29	1,90	0,30	1,91	0,29
Ayuda a un amigo en dificultades	1,66	0,51	1,67	0,49	1,68	0,50	0,51	0,51	1,69	0,50	1,69	0,50	1,67	0,50	1,69	0,49
Comparte con otros niños	1,82	0,44	1,82	0,44	1,84	0,41	0,44	0,39	1,84	0,40	1,84	0,40	1,83	0,41	1,84	0,40
Se une al diálogo con otros niños	1,80	0,46	1,81	0,46	1,84	0,40	0,46	0,36	1,81	0,45	1,83	0,42	1,82	0,42	1,81	0,45
Es amable con los adultos	1,71	0,50	1,73	0,48	1,76	0,44	0,49	0,44	1,73	0,48	1,75	0,46	1,74	0,46	1,74	0,46
Puede mantener una conversación	1,72	0,51	1,72	0,51	1,75	0,46	0,51	0,47	1,73	0,50	1,75	0,47	1,75	0,46	1,74	0,49

DE = Desviación Estándar

Tabla 6. Escala de Problemas de Conducta teniendo en cuenta la Edad y el Sexo.

ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA																
Variable	Niñas de 5 años (n=7)		Niños de 5 años (n=21)		Niñas de 6 años (n=20)		Niños de 6 años (n=27)		Niñas de 7 años (n=30)		Niños de 7 años (n=43)		Niñas de 8 años (n=25)		Niños de 8 años (n=31)	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Responde al cariño de otros	1,83	0,43	1,83	0,41	1,86	0,36	1,88	0,33	1,84	0,40	1,86	0,36	1,85	0,37	1,85	0,39
Se apega a los padres o cuidadores	1,73	0,56	1,73	0,55	1,75	0,53	1,75	0,53	1,73	0,56	1,74	0,54	1,74	0,54	1,73	0,56
Tiene arranque de pataletas	1,27	0,74	1,27	0,74	1,31	0,74	1,29	0,76	1,32	0,73	1,31	0,74	1,28	0,74	1,31	0,74
Es agresivo/a físicamente	0,84	0,79	0,83	0,79	0,81	0,80	0,81	0,80	0,85	0,80	0,85	0,80	0,84	0,80	0,85	0,80
Grita cuando está enojado/a	1,11	0,81	1,11	0,81	1,12	0,81	1,10	0,81	1,16	0,81	1,15	0,82	1,10	0,82	1,15	0,81
Desobedece las reglas	0,98	0,75	0,99	0,75	0,96	0,73	0,96	0,72	0,99	0,74	0,99	0,75	1,00	0,75	0,99	0,75
Tiene dificultad para hacer amigos	0,51	0,76	0,50	0,76	0,41	0,70	0,40	0,69	0,47	0,74	0,46	0,74	0,48	0,74	0,46	0,75
Es miedoso o asustadizo/a	0,98	0,79	0,96	0,79	0,92	0,77	0,87	0,76	0,96	0,78	0,93	0,78	0,94	0,78	0,95	0,78
No se puede quedar quieto/a	1,40	0,72	1,39	0,73	1,42	0,72	1,41	0,73	1,43	0,72	1,44	0,72	1,41	0,72	1,42	0,73
Es difícil de consolar	0,92	0,81	0,90	0,81	0,88	0,82	1,88	0,83	0,91	0,82	0,89	0,81	0,88	0,80	0,90	0,82
Intimida a otros niños	0,39	0,71	0,38	0,70	0,30	0,62	0,26	0,58	0,37	0,70	0,35	0,68	0,35	0,67	0,37	0,70
Parece triste o deprimido/a	0,42	0,67	0,41	0,66	0,36	0,61	0,32	0,57	0,42	0,67	0,41	0,65	0,39	0,64	0,42	0,66
Es demasiado sensible a las críticas	1,21	0,80	1,21	0,80	1,22	0,79	1,19	0,80	1,23	0,80	1,23	0,80	1,20	0,80	1,23	0,80

DE = Desviación Estándar

Tabla 7. Tabla de la Escala Habilidades Sociales teniendo en cuenta el grupo etario.

HABILIDADES SOCIALES									
VARIABLE	5 AÑOS		6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS		p valor
	(n =28)		(n = 47)		(n= 73)		(n= 57)		
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	
Sonríe y responde a otras personas	1,71	0,60	1,82	0,38	1,82	0,38	1,84	0,37	0,89
Saluda y se despide de las personas	1,82	0,47	1,79	0,41	1,74	0,50	1,84	0,37	0,62
Hace pequeños favores	1,75	0,52	1,79	0,46	1,88	0,37	1,84	0,41	0,47
Muestra conductas de cortesía	1,71	0,46	1,75	0,43	1,75	0,43	1,88	0,33	0,06
Se une al juego con otros niños	1,93	0,26	1,96	0,20	1,88	0,33	1,89	0,31	0,48
Ayuda a un amigo en dificultades	1,46	0,69	1,57	0,50	1,74	0,47	1,77	0,42	0,03*
Comparte con otros niños	1,5	0,74	1,91	0,28	1,84	0,40	1,85	0,35	0,00*
Se une al diálogo con otros niños	1,68	0,55	1,87	0,34	1,80	0,46	1,79	0,49	0,36
Es amable con los adultos	1,82	0,47	1,70	0,46	1,63	0,54	1,82	0,42	0,05*
Puede mantener una conversación	1,68	0,55	1,74	0,44	1,67	0,55	1,79	0,49	0,51

DE: Desviación Estándar -- * Diferencias estadísticamente significativas

Tabla 11. Tabla que muestra la escala de Problemas de Conducta teniendo en cuenta la edad.

PROBLEMAS DE CONDUCTA									
VARIABLE	5 AÑOS (n=28)		6 AÑOS (n=47)		7 AÑOS (n=73)		8 años (n=57)		p valor
	Promedio	DE	promedio	DE	promedio	DE	promedio	DE	
Responde al cariño de otros	1,86	0,45	1,81	0,40	1,80	0,46	1,84	0,41	0,81
Se apega a los padres o Cuidadores	1,89	0,31	1,83	0,38	1,63	0,66	1,78	0,60	0,17
Tiene arranque de pataletas	1,43	0,69	1,36	0,75	1,36	0,75	1,28	0,75	0,67
Es agresivo/a físicamente	1,07	0,86	0,74	0,79	0,89	0,79	0,77	0,78	0,31
Grita cuando está enojado/a	1,57	0,69	1,02	0,84	1,18	0,79	1,03	0,82	0,02*
Desobedece las reglas	1,36	0,78	1	0,66	0,99	0,73	0,82	0,73	0,02*
Tiene dificultad para hacer amigos	0,5	0,74	0,40	0,71	0,59	0,81	0,38	0,67	0,44
Es miedoso o asustadizo/a	1,14	0,85	0,87	0,68	1,04	0,79	0,86	0,81	0,29
No se puede quedar quieto/a	1,57	0,63	1,47	0,65	1,37	0,77	1,39	0,75	0,69
Es difícil de consolar	1,07	0,81	0,96	0,80	0,89	0,84	0,88	0,82	0,72
Intimida a otros niños	0,61	0,87	0,30	0,59	0,41	0,70	0,30	0,68	0,24
Parece triste o deprimido/a	0,46	0,69	0,31	0,55	0,46	0,71	0,42	0,68	0,77
Es demasiado sensible a las críticas	1,28	0,85	1,21	0,66	1,25	0,66	1,17	0,85	0,88

DE: Desviación Estándar -- * Diferencias estadísticamente significativas