

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE
GRANADA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA
DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA DEL TERCER
MILENIO**



**UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**



**Conducta de los niños en la
consulta odontopediátrica
y su ambiente familiar**

Doctoranda Martha Elena García Martínez
Universidad Autónoma de Nuevo León

Director de Tesis

Dr. Juan Carlos Llodra Calvo
Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Martha Elena García Martínez
D.L.: GR 2933-2010
ISBN: 978-84-693-2543-8

Juan Carlos Llodra Calvo, Profesor Títular de Universidad del Departamento de Estomatología de Universidad de Granada

INFORMA

Que la Tesis Doctoral titulada “Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar” que se presenta al superior juicio del Tribunal que designe la Universidad de Granada ha sido realizada bajo mi dirección por Dña Martha Elena García Martínez, licenciada en Odontología y reúne a mi criterio méritos suficientes para optar con ella al grado de doctor siempre que así lo considere el citado Tribunal.

Fdo.: Juan Carlos Llodra Calvo

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la generosidad de mi familia , a mis padres , por luchar a mi lado y por hacer posible por lanzarme a la arena de la vida y lograr que lo aprendido no haya quedado en letra muerta, a mis hermanos y sobrinos que me han apoyado y aguantado, gracias a todos por su ayuda y paciencia, por hacerme sentir pasión por la familia, y gracias, muchísimas gracias, por permitirme dedicar tantas horas a mi formación profesional y humana.

A mis amigos y compañeros , en especial a Hilda, Pedro , Lizette y Antonio que con sus palabras de aliento , resolviendo dudas, o aportando el consejo más conveniente supieron con su generosidad , atención continua y animante estar siempre pendientes de mi.

A mis maestros, el Dr. José Benigno Freire y MC. Ma. Magdalena Ambriz, que recibí de cada uno de ellos una formación al conocimiento profundo de la verdad del matrimonio y de la familia.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León a las Autoridades Académicas, que sin su apoyo a lo largo de estos años de formación, no se hubiera logrado llegar a la meta de que el entorno docente se ha ido humanizando de forma progresiva hasta crear un clima extraordinario de excelencia académica.

A la Universidad de Granada, y al claustro de sus Profesores, mi reconocimiento por su generosa dedicación que han sabido compaginar la alta exigencia, propia de este tipo de estudios, con una atención continua y animante. Gracias por su talento, por su atención y por la especial vocación de enseñar, que muchos de ustedes han ejercido con nosotros.

Índice

Introducción.....	2
Justificación, hipótesis y objetivos.....	8
Justificación.....	8
Hipótesis.....	9
Objetivos	9
Sujetos y Método.....	10
Clasificación del estudio.....	10
Selección de pacientes.....	10
Metodología de encuesta.....	10
Encuesta.....	16
Almacenamiento de datos.....	17
Análisis estadístico.....	19
Resultados.....	20
Discusión.....	48
Conclusiones.....	56
Referencias.....	57

Introducción

La respuesta al tratamiento dental del niño afecta al comportamiento emocional, al generar comúnmente estrés que proviene del miedo y la ansiedad que se tiene ante lo desconocido.

Un niño temeroso y no cooperador hace que la calidad del tratamiento dental no sea la adecuada; aunado a que en los últimos años, la sociedad ha exigido una mayor participación de los padres durante el proceso de atención dental, dándole confianza al niño previa aprobación del tratamiento indicado, cuya duración se establece en un determinado número de visitas previamente asignadas.

Sin embargo, la información previa que los padres o cuidadores tengan en el tratamiento dental, y a las técnicas de manejo de conducta de quién atiende el caso, es un aspecto muy importante en la salud bucal del niño ya que en gran parte ellos proyectan sus propias experiencias negativas que aunado a sus propios patrones culturales, repercuten en su comportamiento.

Es una realidad que la familia es la única institución natural, la más importante de las instituciones sociales, existente antes que el propio Estado y por lo mismo la más importante célula de la sociedades, es la fuente de influencias de donde emana la formación de la persona humana que repercuten en la sociedad, teniendo como objetivo principal la educación de la prole. La familia y la educación son fundamentales para tomar conciencia de que no hay en toda la sociedad otra realidad educativa que contenga un poder de efectos tan penetrantes, tan amplios y duraderos, tan connaturales en el educando ya que estructuran su ser íntimo.

La definición de familia existe desde los tiempos de Aristóteles puesto por innumerables piezas, las más pequeñas, constituidas por los núcleos familiares; se refiere al supremo bien de una ciudad, es una unidad absoluta y siendo ésta por naturaleza una pluralidad de lo que resulta que al progresar hacia una extrema unidad se convertirá de unidad en familia y luego de familia

en hombre porque de la familia podemos predicar la unidad más que de la sociedad⁽¹⁾.

La familia en cuanto a su organización y comportamiento funcional se conceptualiza como un sistema que tiene su propio ciclo vital y sus tareas. Como tal existen perturbaciones en áreas y en formas que la vuelven disfuncional: tipos de creencias y mitos familiares, sintomatología individual, estresares del ciclo vital y la incapacidad para cumplir las tareas inherentes a su organización⁽²⁾.

El manejo de conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño⁽³⁾.

El odontólogo no puede controlar el desarrollo normal del individuo y el medio ambiente en el cual se desenvuelve. Estos incluyen la personalidad, el temperamento, la actitud y la relación con los padres, el estado de desarrollo emocional e intelectual, la influencia de hermanos y amigos, los estereotipos sociales que se tengan acerca del tratamiento odontológico y los posibles antecedentes de abuso físico o maltrato. Aún así es importante reconocerlos e identificarlos con el fin de entender mejor al paciente y poder aplicar mejor las técnicas de manejo de conducta⁽⁴⁾.

La cooperación del paciente es fundamental para permitir al odontopediatra efectuar su tratamiento, haciendo que éste sea lo menos desgastante para ambos, ésta condición se puede lograr cuando el paciente confía en el profesionalista, y puede mantenerse si los padres o los cuidadores también tienen esta confianza, ya que las opiniones de los adultos influyen de un modo importante las vidas de los niños⁽⁵⁾.

La familia célula viva de la sociedad en la que participa en el bien común, uniendo al individuo singular a cualquier otro ser humano por encima de toda diferencia de raza, lengua, cultura o religión, siendo así una posibilidad para poder tener como resultado la paz, partiendo de la fraternidad humana, que

surge de la confianza hacia los otros hombres, siendo está basada en los sentimientos inculcados por la familia.

Siendo un sistema vivo no se le puede señalar a una parte del sistema como poseedora de una influencia como causa directa o en parte del sistema. La perspectiva sistémica pone de relieve lo que se denomina causalidad circular, lo que indica que la crianza o el sistema familiar, no son los únicos responsables de los trastornos que fomentan la disfuncionalidad y el sufrimiento de sus miembros. Precisamente por ser un sistema vivo, significa que pueden existir diferentes caminos que llevan a producir perturbaciones indicando dificultades en su desarrollo disociando diversos aspectos de la vida familiar.

En él, se define a la familia como un grupo social dotado por lo menos de tres características:

1. Tiene su origen en el matrimonio civil
2. Consiste esencialmente en el marido, la mujer, sus hijos cuando accidentalmente pueden formar parte del grupo familiar también con otros parientes
3. Se encuentra estructurado por vínculos legales, económicos, religiosos y sobre todo, por una determinada red de derechos y prohibiciones sexuales.

La mayor parte de las investigaciones dedicadas al desarrollo del niño se han centrado en la relación existente entre madre e hijo, olvidando la función del resto de la familia.

Los lactantes forman fuertes vínculos iniciales con ambos progenitores, sobre todo cuando han tenido un contacto regular y constante con ellos desde el nacimiento, cuanto más fuerte sea el apego inicial mayor será el influjo que el

padre ejerza más tarde sobre la socialización posterior; los hermanos también forman vínculos fuertes a largo plazo, que a menudo duran toda la vida, dando protección y ayuda a lo largo de ésta; algunos miembros de otra familia también juegan un papel muy importante en el desarrollo del infante, se incluyen abuelos, tíos, primos.

La familia sigue siendo uno de los factores de socialización más importante para los niños, pues adquieren valores, expectativas y patrones de conducta a partir de sus familias de diversas formas. Por ejemplo, los padres y hermanos sirven de modelos para la conducta correcta e incorrecta y ellos premian o castigan los comportamientos de los niños; además, amplía sus capacidades cognoscitivas permitiéndoles aprender una gama de reglas y conceptos sociales, tanto los aprendidos de forma tanto explícita como implícita. Por último, el aprendizaje social se lleva a cabo dentro del contexto de las relaciones interpersonales las cuales son en ocasiones tranquilas y seguras y en otras provocan ansiedad o incluso pueden dar origen al conflicto⁽⁶⁾.

El tipo de la familia en que nace un niño afecta radicalmente las expectativas de roles, creencias e interrelaciones que tendrá a lo largo de su existencia. Lo cual generará un desarrollo funcional o disfuncional cuando alcance la edad madura

Son 10 las características de las familias funcionales⁽⁷⁾:

1. Sentimiento de unión y de compromiso de los miembros como unidad de relación y cuidado mutuo.
2. Respeto a las diferencias individuales, autonomía y necesidades independientes, fomentando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, desde la más joven a la mayor.
3. En las parejas, una relación caracterizada por respeto mutuo, apoyo y por un reparto equitativo del poder y de las responsabilidades.

4. Autoridad y liderazgo parental y ejecutivo eficaces para conseguir soporte, protección y socialización de los hijos y cuidado de otros miembros vulnerables de la familia.
5. Estabilidad organizativa caracterizada por la claridad, consistencia y patrones de interacción predecibles.
6. Adaptabilidad: flexibilidad para satisfacer las necesidades de cambio internas y externas; para afrontar eficazmente el estrés y los problemas que surjan y para dominar los retos normativos y no normativos y las transiciones a lo largo del ciclo vital.
7. Comunicación abierta caracterizada por claridad de reglas y expectativas, interacción placentera y variedad de expresiones emocionales y respuesta empática.
8. Procesos eficaces de resolución de problemas y conflictos.
9. Un sistema de creencias compartido que permita la confianza mutua, dominio de problemas, sentimiento de unión con las generaciones pasadas y futuras, valores éticos e interés por la comunidad humana en general.
10. Recursos adecuados que garanticen la seguridad económica y el apoyo psicosocial facilitado por una red de personas cercanas y amistades, así como la comunidad y los sistemas sociales mayores.

En síntesis, se puede decir que una familia funcional está basada en la vida de compensación y compenetración de la pareja, ya que si en el matrimonio se vive así, los hijos se educan y al mismo tiempo reciben salud mental.

Las características de una familia disfuncional son ⁽⁸⁾ :

1. No existe respeto entre sus miembros, base fundamental para su funcionalidad.
2. No existen reglas de convivencia que proporcione tranquilidad y estabilización.
3. No se tienen establecidos objetivos educativos.
4. La comunicación es pobre.

5. El diálogo, motor de la vida matrimonial, no se establece con frecuencia.
6. No tienen definido que la autoridad de padre y madre es compartida.
7. Como pareja desconocen su realidad y por lo mismo no establecen patrones de conducta.
8. Desconocen su realidad para producir el cambio de conducta o de carácter
9. Su convivencia es posible que sea un ámbito de desencuentros

Justificación, Hipótesis y Objetivos

Justificación

Se ha estudiado el comportamiento del paciente pediátrico, el manejo de su ansiedad y sus distintas variables que afectan su comportamiento y por ende las actitudes que más tarde reflejará si procede de una familia funcional o disfuncional.

De su comportamiento positivo o no, depende la calidad del tratamiento odontológico que el niño esté permitiendo que se desarrolle, ya que dependiendo de su aceptación al manejo, que le permita al odontopediatra, éste podrá desarrollar su actividad conforme a las facilidades que le proporcione la conducta de aquel.

Se estudiará el comportamiento de pacientes de 1 a 8 años que acuden a su primera consulta odontológica, relacionando dicho comportamiento con el ambiente familiar en el que se desarrolla y del que proviene.

Es importante que el odontopediatra tenga en mente la importancia que tiene el ambiente familiar en el que se desenvuelve el paciente pediátrico y lo relacione con la reacción que produzca al acudir por primera vez a la consulta dental.

La conducta que observamos muchas veces en el paciente pediátrico en su primer visita odontológica, hace que llevemos a cabo un manejo de conducta en forma errónea, debido a que no se han obtenido datos suficientes en la historia clínica que habitualmente es manejada para saber el motivo de su conducta, debe dar un vistazo al ambiente familiar en el que se desarrolla y en el que está creciendo el niño.

Hipótesis

El comportamiento del niño en el sillón dental depende del tipo de convivencia familiar encabezada por la de los padres que hacen funcional o disfuncional a la familia.

Objetivo General

Comprobar el comportamiento del niño en su primer cita de atención odontológica viviendo en un ambiente familiar disfuncional, si este fuera el caso.

Objetivo Especifico

- Interrogar al padre (s) y/ o cuidador sobre la situación familiar en la vive el niño.
- Observar el comportamiento del niño durante su primera visita odontológica.
- Comprobar el comportamiento del niño viviendo en un ambiente familiar disfuncional.

Sujetos y Método

Clasificación del estudio

Estudio transversal, observacional y analítico.

Selección de pacientes

Este estudio se realizó en niños que asistieron por primera vez para recibir atención odontológica al Postgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a consultas privadas de odontopediatras.

Los pacientes debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Niños de género masculino o femenino
- Edad entre 1 y 11 años.
- Pacientes que acudieron por primera vez.

Se excluyeron:

- Pacientes que fueron tratados con anterioridad
- Pacientes con discapacidad física y mental
- Pacientes de urgencias
- Pacientes fuera de los rangos de 1-11 años de edad

Metodología de encuesta

Se realizó un cuestionario para los padres y/o tutores de pacientes que acudieron por primera vez a la consulta.

Se efectuaron observaciones durante la primera revisión por un solo observador midiéndose las siguientes variables:

1. Familia funcional/ disfuncional

2. Ansiedad del niño
3. Edad cronológica años y meses
4. Género

Estas variables se midieron como sigue:

I. FAMILIA

Se consideró una familia funcional cuando el niño vive en un ambiente en el que existiera un padre y una madre que viviera juntos ya fuera su unión legal, sacramental o de hecho; o cuando provenían de un hogar monoparental por viudez.

Se consideró una familia disfuncional cuando el niño vivía en un ambiente en el que existían madres y padres solteros; cuando estuvieran viviendo un divorcio o separación o cuando fuera huérfano (de padre y madre), aunque estuvieran al cuidado de un pariente cercano, abuelos, tíos, etc.

II. CONDUCTA

La conducta del niño se midió en razón de su comportamiento en el sillón dental en la primera visita, realizando observaciones de acuerdo a la escala breve de ansiedad de medición de Tyrer las variables observadas y su código de anotación fueron:

1) Tensión Interna

(Representada por sentimientos de incomodidad mal definidos, inquietud, confusión interna, tensión mental llegando al pánico, terror y angustia. Clasificar según la intensidad, frecuencia, duración y extensión)

0. Apacible. Solamente tensión interna pasajera

2. Sentimientos ocasionales de inquietud e incomodidad mal definidos

4. Sentimientos continuos de tensión interna, o intermitente que el/la paciente puede controlar con cierta dificultad

6. Terror o angustia sin ceder

2) Sentimientos de hostilidad

(Representados por cólera, hostilidad y sentimientos de agresión sin considerar si se actúa sobre ellos o no. Clasificar según intensidad, frecuencia y la cantidad de provocación tolerada)

0. No es fácilmente provocado

2. Fácilmente provocado. Comunica sentimientos de hostilidad que son fácilmente disipados

4. Reacciona a la provocación con cólera y hostilidad excesiva

6. Cólera persistente, rabia u odio intenso que es difícil o imposible de controlar

3) Hipocondría

(Representada por preocupación exagerada o preocupación no real sobre estar enfermo o la enfermedad. Distinguir entre la preocupación sobre cosas de poca importancia y dolores)

0. No preocupación sobre estar enfermo

2. Reacciona a la menor disfunción del cuerpo con presagio. Temor o fobia exagerados a la enfermedad

4. Convencido de que hay alguna enfermedad pero puede ser tranquilizado, solamente por un período breve

6. Convicciones hipocondríacas absurdas e incapacitante

(Se le pudre el cuerpo, las tripas no han funcionado durante meses.)

4) Preocupación por pequeñas cosas

(Representada por aprensión y preocupación excesiva por pequeñas cosas que es difícil de parar y que no guarda proporción con las circunstancias)

0. Ninguna preocupación en concreto
2. Preocupación excesiva que no puede quitarse de encima
4. Aprensivo o preocupado por pequeñas cosas o rutinas cotidianas de poca importancia
6. Preocupación que no cesa o dolorosa. El consuelo es ineficaz

5) Fobias

(Representadas por sentimientos de fobia/temor no razonable en situaciones específicas “como el autobús, el supermercado, la multitud, sentirse encerrado, estar solo” que son evitadas si es posible)

0. Ninguna fobia
2. Sentimientos de malestar vago en situaciones que pueden ser dominadas sin ayuda o tomar precauciones simples como evitar la hora punta cuando es posible
4. Ciertas situaciones provocan malestar marcado y se evitan sin perjudicar el rendimiento social
6. Fobias incapacitantes que restringen gravemente las actividades; por ejemplo, completamente incapaz de salir de casa.

6) Sueño Reducido

(Representado por una experiencia subjetiva de duración o profundidad del sueño reducidos comparado con el propio patrón normal del sujeto cuando está bien)

0. Duerme como siempre
2. Ligera dificultad en coger el sueño o sueño ligero levemente reducido
4. El sueño esta reducido o interrumpido por lo menos 2 horas
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

7) Perturbación autonómica

(Representada por descripción de palpitations, dificultades al respirar, mareos, sudor incrementado, manos y pies fríos, boca seca, diarrea, micción frecuente. Distinguir de tensión interna y dolores)

0. Ninguna perturbación autonómica
2. Síntomas autonómicos ocasionales que ocurren bajo stress ocasional
4. Alteraciones autonómicas intensas o frecuentes que están Experimentadas como incomodidad o inconveniente social
6. Alteraciones autonómicas muy frecuentes que interrumpen otras actividades o son incapacitantes

8) Dolores

(Representados por comunicación de malestar corporal, dolores. Clasificar según intensidad, frecuencia o duración, y alguna petición para el alivio. No considerar cualquier síntoma de causa orgánica. Distinguir de tensión interna y dolores)

0. Dolores ausentes o transitorios
2. Dolores ocasionales definitivas
4. Dolores inconvenientes y prolongadas. Peticiones de analgésicos efectivos
6. Dolores muy intensos o que interfieren gravemente

9) Alteraciones autonómicas

(Representadas por signos de disfunción autonómica, hiperventilación o suspiros frecuentes, rubor, sudor, manos frías, pupilas dilatadas, boca seca y desmayo)

0. Alteraciones autonómicas no observadas
2. Alteraciones autonómicas leves u ocasionales, tal como ruborizarse o palidecer o sudar bajo estrés
4. Alteraciones autonómica obvia en varias ocasiones incluso cuando no está bajo estrés
6. Alteraciones autonómicas que interfieren con la entrevista

10) Tensión muscular

(Representadas por rigidez en la expresión facial, la postura y los movimientos)

0. Parece relajada

2. Cara y postura ligeramente tensa

4. Cara y postura moderadamente tensa

(Fácilmente visto en la mandíbula y músculos del cuello. Parece que no puede encontrar una posición relajada cuando está sentado)

6. Marcadamente tenso. A menudo se siente encorvado o agachado o en tensión o rígidamente recto al borde de la silla

III. Edad

Por interrogatorio a los padres o tutores de los niños, en años

IV. Género

Por interrogatorio a los padres:

1 femenino

2 masculino

Encuesta

La encuesta realizada a los padres y/o cuidadores es la siguiente:

Nombre del paciente _____

Edad _____ Género () Femenino () Masculino

Cuántos hijos _____

Número de hijo _____

Nombre del padre _____

Edad _____ Profesión _____

Estado civil

A) casado b) separado c) viudo d) divorciado e) soltero

f) pareja de hecho

Hijos de matrimonio anterior ____ Trabaja actualmente _____

Nombre de la madre _____

Edad ____

Estado civil

A) casado b) separado c) viudo d) divorciado e) soltero

f) pareja de hecho

Profesión _____

Hijos de matrimonio anterior ____

Trabaja actualmente _____

Cuántos años llevan de casados ____

IMPORTANTE:

Si el niño procede de un hogar mono parental, hacer el siguiente cuestionamiento:

¿Quién cuida al niño(a)? _____

El/la cuidadora ¿Cuántos años tiene? ¿Qué estudios cursó? _____

Nombre _____

Edad _____

Lugar donde se queda el niño _____

Por cuánto tiempo _____

Cuestionario para evaluación de disfuncionalidad:

1. Se vive el respeto en casa
2. Tienen reglas de convivencia entre los miembros la familia (Orden, horarios, respeto por las cosas de los demás,.....)
3. Hay valores compartidos
4. Hay comunicación entre los miembros la familia
5. Tiene comunicación con su pareja
6. Qué tanto comparten los miembros de la familia
7. Tienen como pareja, objetivos educativos para la formación de sus hijos
8. Existe autoridad compartida como objetivo educacional
9. Qué problema podría marcarse como fundamental para establecer criterio de familia disfuncional

Almacenamiento de datos

Al finalizar las encuestas, los datos se almacenaron en el programa computacional Microsoft Excel® diseñada para este fin. En la tabla I se presenta un ejemplo de datos para dos pacientes del estudio.

Tabla I. Tabla de procesamiento de datos.

Pregunta	Dato1	Dato2
Caso	1	2
Edad	5	7
Género	1	1
Familia	1	2
Estado civil padre	1	1
Escolaridad padre	4	8
Escolaridad madre	8	8
Trabajo padre	1	1
Trabajo madre	2	2
Tensión interna	0	0
Sentimientos de hostilidad	2	2

Hipocondría	0	2
Preocupación por pequeñas cosas	0	4
Fobias	0	4
Sueño reducido	0	0
Perturbación autonómica	0	0
Dolores	0	0
Alteraciones autonómicas	0	0
<i>Tensión muscular</i>	0	0

Para llenar las tablas de datos se utilizó el siguiente código de anotación:

Género	Familia	Estado civil padres	Escolaridad	Trabajo
1 Femenino	1 Funcional	1 Casado	1 Primaria	1 si
2 Masculino	2 Disfuncional	2 Divorciado	2 Secundaria	2 no
		3 Soltero	3 Preparatoria	3 desempleado
		4 Separado	4 Licenciatura	
		5 Viudo	5 Maestría/ especialidad	
		6 Pareja de hecho	6 Doctorado	
			7 Ninguno	
			(1- madre)	
			(2- padre)	

Análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) V.15.0, para Windows. Con dicho programa, se efectuaron los análisis de tendencia central media, moda y desviación estándar. Posteriormente, se realizó la prueba de χ^2 para las siguientes variables: tensión interna, sentimientos, hipocondría, preocupación, fobias, sueño, perturbación, dolores, alteración, tensión muscular con funcionalidad y estado civil de los padres y el análisis de Cluster para cada una de las variables.

Se obtuvieron las frecuencias para cada una de las variables, edad, familia, estado civil, escolaridad de los padres y el trabajo de ambos.

Si p es mayor de 0.05 no hay dependencia entre las medias de las variables.

Si p es menor o igual a 0.05 existe dependencia entre las variables.

Si p es igual o menor a 0.01 hay alta dependencia entre las variables.

Resultados

Se muestran los resultados de las observaciones según el cuestionario y la escala de Tyrer realizadas a 200 niños que forman la población. En la tabla 1, se muestran los resultados descriptivos sobre la variable edad. Por otro lado, en la figura 1, se puede observar la distribución porcentual de la edad de los pacientes.

Tabla 1. Rango, promedio y desviación estándar de los pacientes del estudio.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Edad	200	2	11	5.37	1.805
Valid N (listwise)	200				

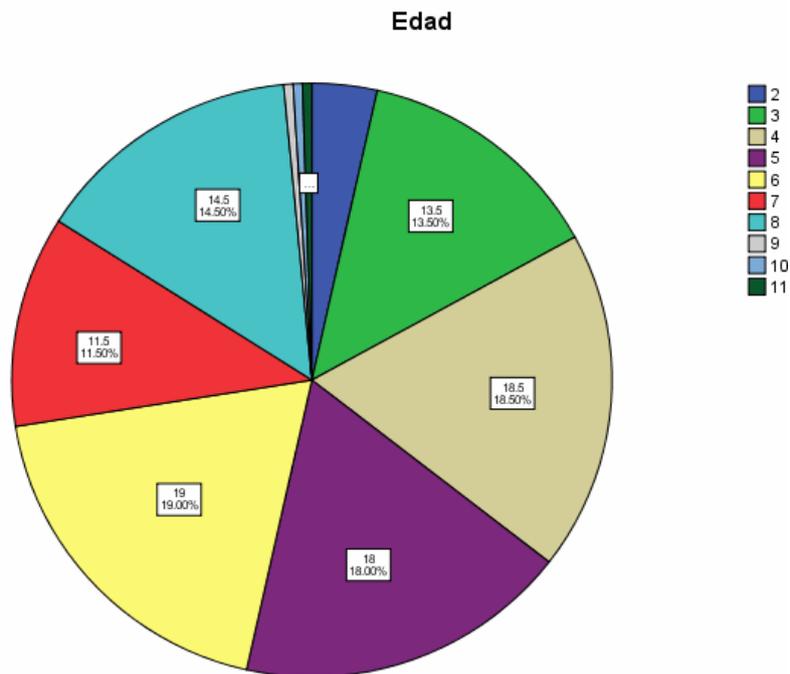


Fig. 1. Distribución porcentual de la edad de los niños estudiados.

Se realizó un análisis estadístico a los datos obtenidos a través de las encuestas. A continuación se presentan los resultados con la estadística

descriptiva para las variables: familia, estado civil, escolaridad y situación laboral.

Tabla 2. Tabla de frecuencias de la variable familia.

		Statistics					
		Familia	EdoCivil	EscolaMa	EscolaPa	TrabajoPa	TrabajoMa
N	Valid	200	200	200	200	198	200
	Missing	0	0	0	0	2	0
Median		1.00	1.00	5.00	5.00	1.00	2.00
Mode		1	1	7	7	1	2
Minimum		1	1	0	1	0	1
Maximum		2	6	8	8	3	3

En la tabla 3, se muestra la distribución por frecuencia y porcentual con respecto al tipo de familia.

Tabla 3. Distribución de los tipos de familia.

		Familia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Funcional	153	76.5	76.5	76.5
	Disfuncional	47	23.5	23.5	100.0
Total		200	100.0	100.0	

En la figura 2, se puede observar la distribución porcentual para la variable de la tabla 3.

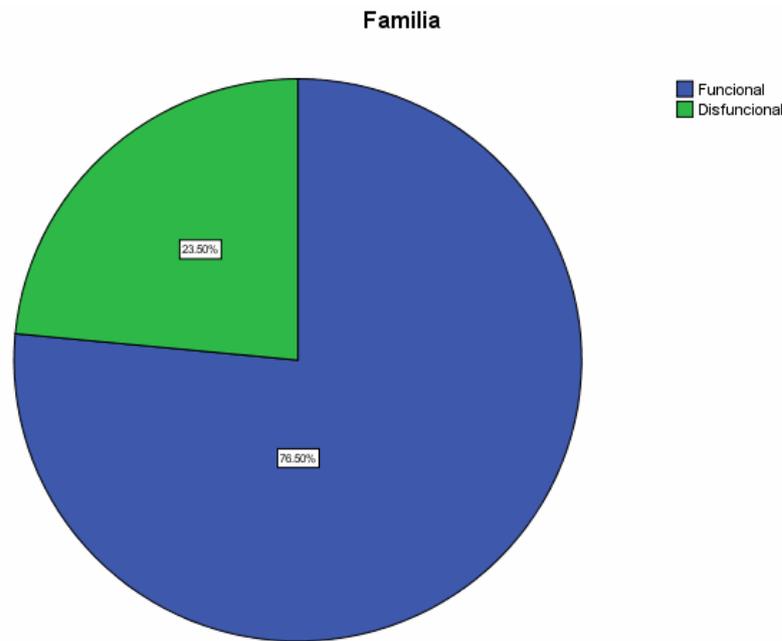


Fig. 2. Distribución porcentual del tipo de familia.

La tabla 4 muestra la distribución porcentual para la variable estado civil de los padres.

Tabla 4. Tabla de frecuencias para el estado civil de los padres.

		EdoCivil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado	145	72.5	72.5	72.5
	Divorciado	19	9.5	9.5	82.0
	Soltero	5	2.5	2.5	84.5
	Separado	9	4.5	4.5	89.0
	Viudo	2	1.0	1.0	90.0
	Pareja de hecho	20	10.0	10.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

La figura 3 muestra la distribución porcentual para el estado civil de los padres.

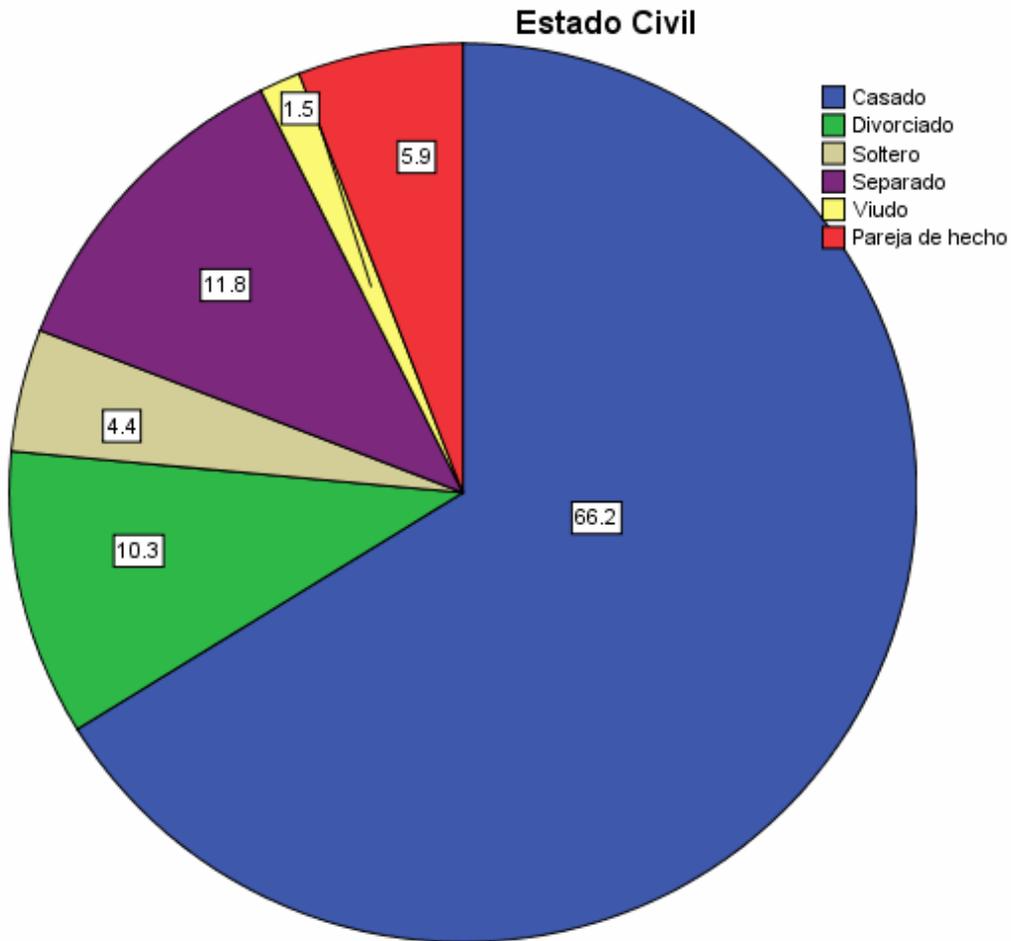


Fig. 3. Distribución porcentual de los padres de familia.

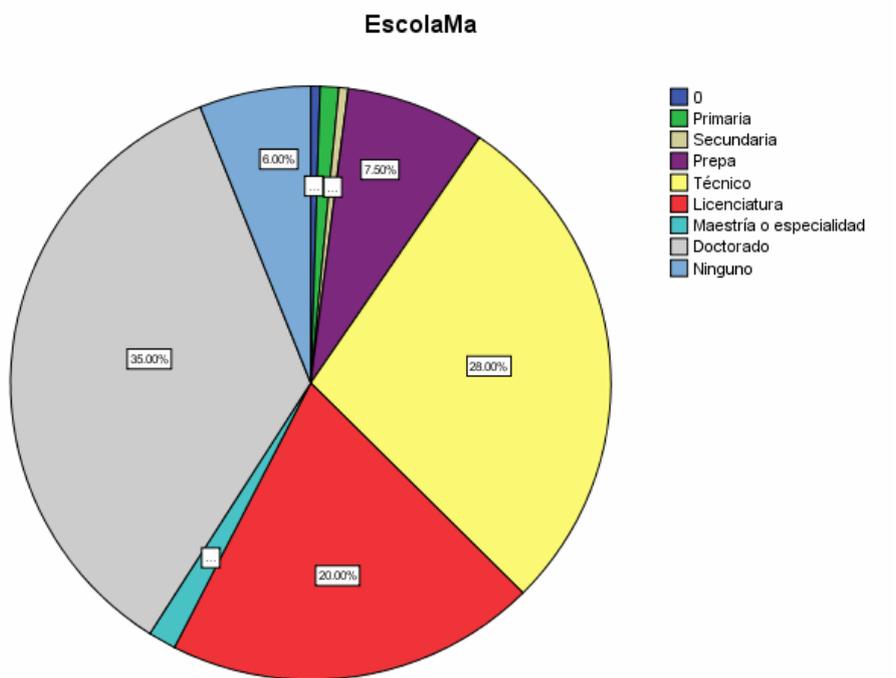
En la tabla 5, se puede observar tanto las frecuencias como porcentajes acumulados para la escolaridad de las madres de los pacientes.

EscolaMa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	.5	.5	.5
Primaria	2	1.0	1.0	1.5
Secundaria	1	.5	.5	2.0
Prepa	15	7.5	7.5	9.5
Técnico	56	28.0	28.0	37.5
Licenciatura	40	20.0	20.0	57.5
Maestría o especialidad	3	1.5	1.5	59.0
Doctorado	70	35.0	35.0	94.0
Ninguno	12	6.0	6.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Tabla 5. Tabla de frecuencias de la escolaridad de la madre.

La figura 4 muestra la distribución porcentual para la escolaridad de la madre.



La escolaridad del padre fue otra variable estudiada. Los resultados encontrados se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Tabla de frecuencias y porcentajes de la escolaridad del padre.

EscolaPa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Primaria	1	.5	.5	.5
Secundaria	8	4.0	4.0	4.5
Preparatoria	9	4.5	4.5	9.0
Técnico	50	25.0	25.0	34.0
Licenciatura	35	17.5	17.5	51.5
Maestría o especialidad	2	1.0	1.0	52.5
Doctorado	78	39.0	39.0	91.5
Ninguno	17	8.5	8.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

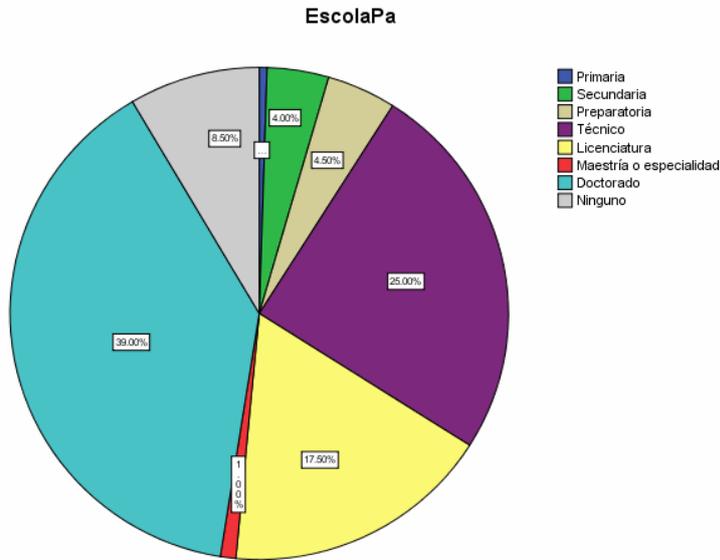


Fig. 5: Distribución de la escolaridad del padre.

De igual forma, se estudió el estatus laboral de ambos padres. En la tabla 7 se muestran los resultados obtenidos para los padres y en la tabla 8 los obtenidos para las madres.

Tabla 7. Tabla de frecuencias del estatus laboral del padre.

TrabajoPa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	1.0	1.0	1.0
Si	186	93.0	93.9	94.9
No	5	2.5	2.5	97.5
Desempleado	5	2.5	2.5	100.0
Total	198	99.0	100.0	
Missing System	2	1.0		
Total	200	100.0		

Tabla 8. Tabla de frecuencias del trabajo de la madre.

TrabajoMa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si	78	39.0	39.0	39.0
No	120	60.0	60.0	99.0
Desempleado	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

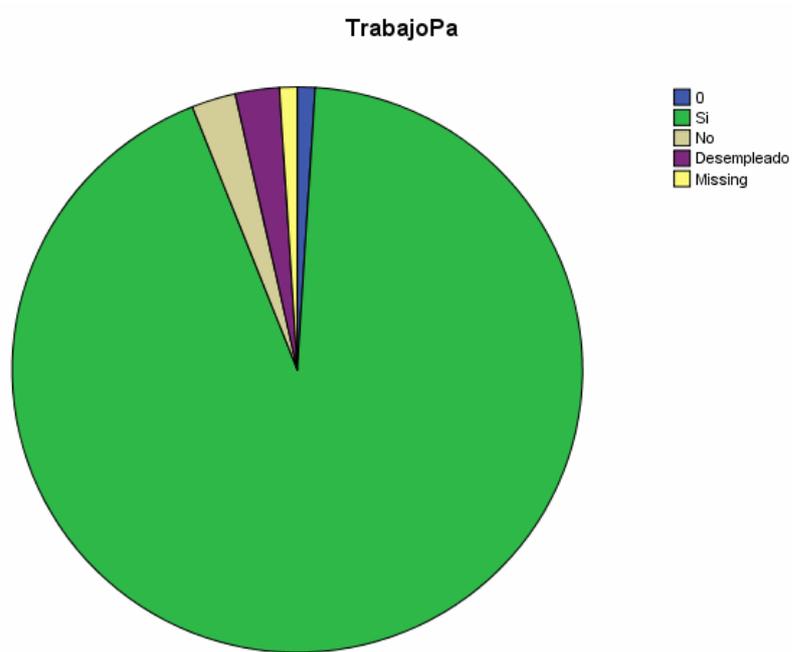


Fig. 6 Estatus laboral de los padres.

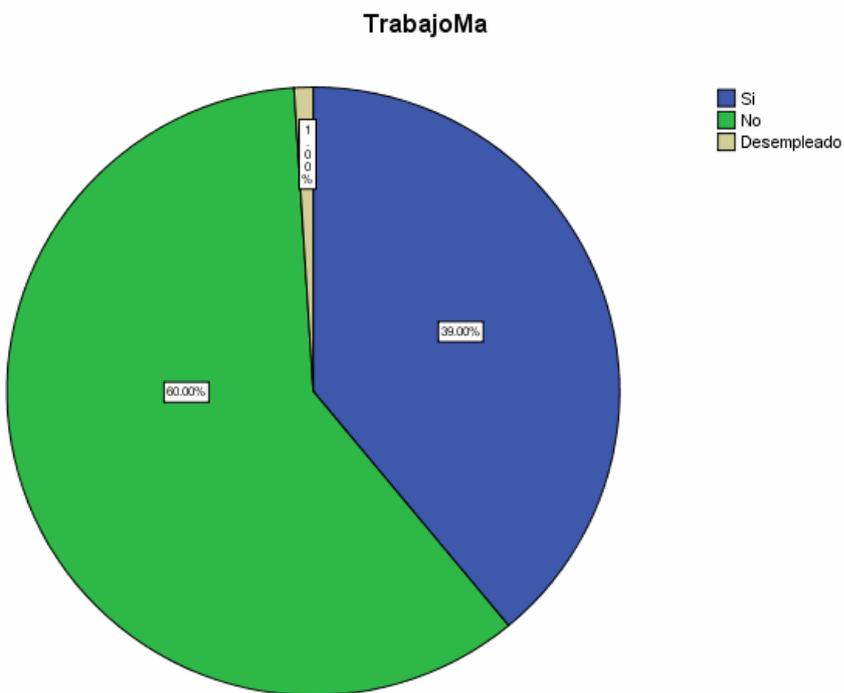


Fig. 7 Frecuencia de trabajo de la madre.

Se realizó un análisis cruzado entre las variables de tensión interna y la funcionalidad de la familia. Existió dependencia significativa con $\alpha=0.05$. En la tabla 9, se presentan los datos.

Tabla 9. Análisis cruzado de tensión interna y funcionalidad de la familia.

Crosstab

			TensiónI				Total
			0	2	4	6	
Familia	Funcional	Count	95	44	13	1	153
		% within Familia	62.1%	28.8%	8.5%	.7%	100.0%
		% within TensiónI	79.2%	78.6%	68.4%	20.0%	76.5%
		% of Total	47.5%	22.0%	6.5%	.5%	76.5%
	Disfuncional	Count	25	12	6	4	47
		% within Familia	53.2%	25.5%	12.8%	8.5%	100.0%
		% within TensiónI	20.8%	21.4%	31.6%	80.0%	23.5%
		% of Total	12.5%	6.0%	3.0%	2.0%	23.5%
Total	Count	120	56	19	5	200	
	% within Familia	60.0%	28.0%	9.5%	2.5%	100.0%	
	% within TensiónI	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	60.0%	28.0%	9.5%	2.5%	100.0%	

$$X^2 = 10.18 \text{ sig.} = 0.017^*$$

Se realizó un análisis similar entre la variable de sentimientos y funcionalidad. Los resultados se muestran en la tabla 10. Se encontró una alta dependencia significativo con un $\alpha=0.05$.

Tabla 10. Análisis cruzado de los sentimientos y funcionalidad de la familia.

Crosstab

			Sentimientos				Total
			0	2	4	6	
Familia	Funcional	Count	105	41	7	0	153
		% within Familia	68.6%	26.8%	4.6%	.0%	100.0%
		% within Sentimientos	83.3%	71.9%	46.7%	.0%	76.5%
		% of Total	52.5%	20.5%	3.5%	.0%	76.5%
	Disfuncional	Count	21	16	8	2	47
		% within Familia	44.7%	34.0%	17.0%	4.3%	100.0%
		% within Sentimientos	16.7%	28.1%	53.3%	100.0%	23.5%
		% of Total	10.5%	8.0%	4.0%	1.0%	23.5%
Total	Count	126	57	15	2	200	
	% within Familia	63.0%	28.5%	7.5%	1.0%	100.0%	
	% within Sentimientos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	63.0%	28.5%	7.5%	1.0%	100.0%	

$X^2 = 17.87$ sig. = 0.000**

Un análisis similar a los anteriores se realizó entre las variables de hipocondría y funcionalidad de la familia. Existió una co-dependencia con $\alpha=0.05$.

Tabla 11. Análisis cruzado entre hipocondría y funcionalidad de la familia.

Crosstab

			Hipocondria			Total
			0	2	4	
Familia	Funcional	Count	125	25	3	153
		% within Familia	81.7%	16.3%	2.0%	100.0%
		% within Hipocondria	79.1%	69.4%	50.0%	76.5%
		% of Total	62.5%	12.5%	1.5%	76.5%
	Disfuncional	Count	33	11	3	47
		% within Familia	70.2%	23.4%	6.4%	100.0%
		% within Hipocondria	20.9%	30.6%	50.0%	23.5%
		% of Total	16.5%	5.5%	1.5%	23.5%
Total	Count	158	36	6	200	
	% within Familia	79.0%	18.0%	3.0%	100.0%	
	% within Hipocondria	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	79.0%	18.0%	3.0%	100.0%	

$X^2 = 3.94$ sig. = 0.0139*

El mismo análisis se realizó entre la preocupación y funcionalidad familiar, los resultados se presentan en la tabla 12. Se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Sin embargo, es la variable que tiene una posibilidad más cercana tener una afección.

Tabla 12. Análisis cruzado entre preocupación y funcionalidad familiar.

Crosstab

			Preocupación			Total
			0	2	4	
Familia	Funcional	Count	130	20	3	153
		% within Familia	85.0%	13.1%	2.0%	100.0%
		% within Preocupación	78.3%	76.9%	37.5%	76.5%
		% of Total	65.0%	10.0%	1.5%	76.5%
	Disfuncional	Count	36	6	5	47
		% within Familia	76.6%	12.8%	10.6%	100.0%
		% within Preocupación	21.7%	23.1%	62.5%	23.5%
Total	Count	166	26	8	200	
	% within Familia	83.0%	13.0%	4.0%	100.0%	
	% within Preocupación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	83.0%	13.0%	4.0%	100.0%	

$$X^2 = 7.08 \text{ sig.} = 0.029^*$$

El mismo análisis se realizó entre la variable de fobias y funcionalidad familiar. Se encontró que existe una interdependencia entre ambas con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 13.

Crosstab

			Fobias				Total
			0	2	4	6	
Familia	Funcional	Count	115	35	3	0	153
		% within Familia	75.2%	22.9%	2.0%	.0%	100.0%
		% within Fobias	81.0%	74.5%	30.0%	.0%	76.5%
		% of Total	57.5%	17.5%	1.5%	.0%	76.5%
	Disfuncional	Count	27	12	7	1	47
		% within Familia	57.4%	25.5%	14.9%	2.1%	100.0%
		% within Fobias	19.0%	25.5%	70.0%	100.0%	23.5%
		% of Total	13.5%	6.0%	3.5%	.5%	23.5%
Total	Count	142	47	10	1	200	
	% within Familia	71.0%	23.5%	5.0%	.5%	100.0%	
	% within Fobias	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	71.0%	23.5%	5.0%	.5%	100.0%	

$$X^2 = 16.98 \text{ sig.} = 0.001^{**}$$

Tabla 13. Análisis cruzado entre las fobias y funcionalidad familiar.

Un análisis del mismo tipo se realizó entre la variable sueño y funcionalidad familiar. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 14.

Tabla 14. Análisis cruzado entre sueño y funcionalidad familiar.

Crosstab

			Sueño				Total
			0	2	4	6	
Familia	Funcional	Count	141	10	1	1	153
		% within Familia	92.2%	6.5%	.7%	.7%	100.0%
		% within Sueño	76.6%	71.4%	100.0%	100.0%	76.5%
		% of Total	70.5%	5.0%	.5%	.5%	76.5%
	Disfuncional	Count	43	4	0	0	47
		% within Familia	91.5%	8.5%	.0%	.0%	100.0%
		% within Sueño	23.4%	28.6%	.0%	.0%	23.5%
		% of Total	21.5%	2.0%	.0%	.0%	23.5%
Total	Count	184	14	1	1	200	
	% within Familia	92.0%	7.0%	.5%	.5%	100.0%	
	% within Sueño	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	92.0%	7.0%	.5%	.5%	100.0%	

$$X^2 = 0.82 \text{ sig.} = 0.846$$

Se realizó el mismo análisis para las variables perturbación y funcionalidad de la familia. No se encontró dependencia significativa, con $\alpha=0.05$.

Tabla 15. Análisis cruzado entre perturbación y funcionalidad de la familia.

Crosstab

			Perturbación			Total
			0	2	4	
Familia	Funcional	Count	112	40	1	153
		% within Familia	73.2%	26.1%	.7%	100.0%
		% within Perturbación	76.7%	76.9%	50.0%	76.5%
		% of Total	56.0%	20.0%	.5%	76.5%
	Disfuncional	Count	34	12	1	47
		% within Familia	72.3%	25.5%	2.1%	100.0%
		% within Perturbación	23.3%	23.1%	50.0%	23.5%
		% of Total	17.0%	6.0%	.5%	23.5%
Total	Count	146	52	2	200	
	% within Familia	73.0%	26.0%	1.0%	100.0%	
	% within Perturbación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	73.0%	26.0%	1.0%	100.0%	

$$X^2 = 0.79 \text{ sig.} = 0.674$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre las variables dolores y funcionalidad familiar. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 16.

Tabla 16. Análisis cruzado entre dolores y funcionalidad familiar.

Crosstab

			Dolores			Total
			0	2	4	
Familia	Funcional	Count	145	7	1	153
		% within Familia	94.8%	4.6%	.7%	100.0%
		% within Dolores	75.5%	100.0%	100.0%	76.5%
		% of Total	72.5%	3.5%	.5%	76.5%
	Disfuncional	Count	47	0	0	47
		% within Familia	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Dolores	24.5%	.0%	.0%	23.5%
		% of Total	23.5%	.0%	.0%	23.5%
Total	Count	192	7	1	200	
	% within Familia	96.0%	3.5%	.5%	100.0%	
	% within Dolores	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	96.0%	3.5%	.5%	100.0%	

$$X^2 = 2.56 \text{ sig.} = 0.278$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre las variables de alteración y funcionalidad familiar. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 17.

Tabla 17. Análisis cruzado entre la alteración y funcionalidad familiar.

			Alteración			Total
			0	2	4	
Familia	Funcional	Count	28	16	1	45
		% within Familia	62.2%	35.6%	2.2%	100.0%
		% within Alteración	62.2%	72.7%	100.0%	66.2%
		% of Total	41.2%	23.5%	1.5%	66.2%
	Disfuncional	Count	17	6	0	23
		% within Familia	73.9%	26.1%	.0%	100.0%
		% within Alteración	37.8%	27.3%	.0%	33.8%
		% of Total	25.0%	8.8%	.0%	33.8%
Total	Count	45	22	1	68	
	% within Familia	66.2%	32.4%	1.5%	100.0%	
	% within Alteración	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	66.2%	32.4%	1.5%	100.0%	

$$X^2 = 4.89 \text{ sig.} = 0.180$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre las variables de alteración y funcionalidad familiar. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 18.

Tabla 18. Análisis cruzado entre tensión muscular y funcionalidad familiar.

Crosstab

			TensiónM				Total
			0	2	4	6	
Familia	Funcional	Count	87	44	15	7	153
		% within Familia	56.9%	28.8%	9.8%	4.6%	100.0%
		% within TensiónM	79.8%	78.6%	60.0%	70.0%	76.5%
		% of Total	43.5%	22.0%	7.5%	3.5%	76.5%
	Disfuncional	Count	22	12	10	3	47
		% within Familia	46.8%	25.5%	21.3%	6.4%	100.0%
		% within TensiónM	20.2%	21.4%	40.0%	30.0%	23.5%
		% of Total	11.0%	6.0%	5.0%	1.5%	23.5%
Total	Count	109	56	25	10	200	
	% within Familia	54.5%	28.0%	12.5%	5.0%	100.0%	
	% within TensiónM	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	54.5%	28.0%	12.5%	5.0%	100.0%	

$$X^2 = 4.82 \text{ sig.} = 0.185$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre la tensión interna y el estado civil de los padres. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 19.

Tabla 19. Análisis cruzado entre la tensión interna y el estado civil de los padres.

Crosstab

			Tensiónl				Total
			0	2	4	6	
EdoCivil	Casado	Count	88	41	12	4	145
		% within EdoCivil	60.7%	28.3%	8.3%	2.8%	100.0%
		% within Tensiónl	73.3%	73.2%	63.2%	80.0%	72.5%
		% of Total	44.0%	20.5%	6.0%	2.0%	72.5%
	Divorciado	Count	10	5	4	0	19
		% within EdoCivil	52.6%	26.3%	21.1%	.0%	100.0%
		% within Tensiónl	8.3%	8.9%	21.1%	.0%	9.5%
		% of Total	5.0%	2.5%	2.0%	.0%	9.5%
	Soltero	Count	4	1	0	0	5
		% within EdoCivil	80.0%	20.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Tensiónl	3.3%	1.8%	.0%	.0%	2.5%
		% of Total	2.0%	.5%	.0%	.0%	2.5%
	Separado	Count	5	3	1	0	9
		% within EdoCivil	55.6%	33.3%	11.1%	.0%	100.0%
		% within Tensiónl	4.2%	5.4%	5.3%	.0%	4.5%
		% of Total	2.5%	1.5%	.5%	.0%	4.5%
	Viudo	Count	1	1	0	0	2
		% within EdoCivil	50.0%	50.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Tensiónl	.8%	1.8%	.0%	.0%	1.0%
		% of Total	.5%	.5%	.0%	.0%	1.0%
Pareja de hecho	Count	12	5	2	1	20	
	% within EdoCivil	60.0%	25.0%	10.0%	5.0%	100.0%	
	% within Tensiónl	10.0%	8.9%	10.5%	20.0%	10.0%	
	% of Total	6.0%	2.5%	1.0%	.5%	10.0%	
Total	Count	120	56	19	5	200	
	% within EdoCivil	60.0%	28.0%	9.5%	2.5%	100.0%	
	% within Tensiónl	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	60.0%	28.0%	9.5%	2.5%	100.0%	

$$X^2 = 6.23 \text{ sig.} = 0.976$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre los sentimientos y el estado civil de los padres. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 20.

Tabla 20. Análisis cruzado entre los sentimientos y el estado civil.

Crosstab

			Sentimientos				Total
			0	2	4	6	
EdoCivil	Casado	Count	95	40	9	1	145
		% within EdoCivil	65.5%	27.6%	6.2%	.7%	100.0%
		% within Sentimientos	75.4%	70.2%	60.0%	50.0%	72.5%
		% of Total	47.5%	20.0%	4.5%	.5%	72.5%
	Divorciado	Count	10	6	3	0	19
		% within EdoCivil	52.6%	31.6%	15.8%	.0%	100.0%
		% within Sentimientos	7.9%	10.5%	20.0%	.0%	9.5%
		% of Total	5.0%	3.0%	1.5%	.0%	9.5%
	Soltero	Count	4	1	0	0	5
		% within EdoCivil	80.0%	20.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Sentimientos	3.2%	1.8%	.0%	.0%	2.5%
		% of Total	2.0%	.5%	.0%	.0%	2.5%
	Separado	Count	3	4	2	0	9
		% within EdoCivil	33.3%	44.4%	22.2%	.0%	100.0%
		% within Sentimientos	2.4%	7.0%	13.3%	.0%	4.5%
		% of Total	1.5%	2.0%	1.0%	.0%	4.5%
	Viudo	Count	1	1	0	0	2
		% within EdoCivil	50.0%	50.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Sentimientos	.8%	1.8%	.0%	.0%	1.0%
		% of Total	.5%	.5%	.0%	.0%	1.0%
Pareja de hecho	Count	13	5	1	1	20	
	% within EdoCivil	65.0%	25.0%	5.0%	5.0%	100.0%	
	% within Sentimientos	10.3%	8.8%	6.7%	50.0%	10.0%	
	% of Total	6.5%	2.5%	.5%	.5%	10.0%	
Total	Count	126	57	15	2	200	
	% within EdoCivil	63.0%	28.5%	7.5%	1.0%	100.0%	
	% within Sentimientos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	63.0%	28.5%	7.5%	1.0%	100.0%	

$$X^2 = 12.52 \text{ sig.} = 0.640$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre la hipocondría y el estado civil de los padres. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 21.

Tabla 21. Análisis cruzado entre la hipocondría y el estado civil de los padres.

Crosstab

			Hipocondria			Total
			0	2	4	
EdoCivil	Casado	Count	114	27	4	145
		% within EdoCivil	78.6%	18.6%	2.8%	100.0%
		% within Hipocondria	72.2%	75.0%	66.7%	72.5%
		% of Total	57.0%	13.5%	2.0%	72.5%
	Divorciado	Count	12	6	1	19
		% within EdoCivil	63.2%	31.6%	5.3%	100.0%
		% within Hipocondria	7.6%	16.7%	16.7%	9.5%
		% of Total	6.0%	3.0%	.5%	9.5%
	Soltero	Count	4	1	0	5
		% within EdoCivil	80.0%	20.0%	.0%	100.0%
		% within Hipocondria	2.5%	2.8%	.0%	2.5%
		% of Total	2.0%	.5%	.0%	2.5%
	Separado	Count	8	0	1	9
		% within EdoCivil	88.9%	.0%	11.1%	100.0%
		% within Hipocondria	5.1%	.0%	16.7%	4.5%
		% of Total	4.0%	.0%	.5%	4.5%
	Viudo	Count	2	0	0	2
		% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Hipocondria	1.3%	.0%	.0%	1.0%
		% of Total	1.0%	.0%	.0%	1.0%
	Pareja de hecho	Count	18	2	0	20
		% within EdoCivil	90.0%	10.0%	.0%	100.0%
		% within Hipocondria	11.4%	5.6%	.0%	10.0%
		% of Total	9.0%	1.0%	.0%	10.0%
Total	Count	158	36	6	200	
	% within EdoCivil	79.0%	18.0%	3.0%	100.0%	
	% within Hipocondria	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	79.0%	18.0%	3.0%	100.0%	

$$X^2 = 8.95 \text{ sig.} = 0.537$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre la preocupación y el estado civil de los padres. Se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 22.

Tabla 22. Análisis cruzado entre la preocupación y el estado civil de los padres.

Crosstab

			Preocupación			Total
			0	2	4	
EdoCivil	Casado	Count	124	17	4	145
		% within EdoCivil	85.5%	11.7%	2.8%	100.0%
		% within Preocupación	74.7%	65.4%	50.0%	72.5%
		% of Total	62.0%	8.5%	2.0%	72.5%
	Divorciado	Count	13	5	1	19
		% within EdoCivil	68.4%	26.3%	5.3%	100.0%
		% within Preocupación	7.8%	19.2%	12.5%	9.5%
		% of Total	6.5%	2.5%	.5%	9.5%
	Soltero	Count	4	0	1	5
		% within EdoCivil	80.0%	.0%	20.0%	100.0%
		% within Preocupación	2.4%	.0%	12.5%	2.5%
		% of Total	2.0%	.0%	.5%	2.5%
Separado	Count	9	0	0	9	
	% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Preocupación	5.4%	.0%	.0%	4.5%	
	% of Total	4.5%	.0%	.0%	4.5%	
Viudo	Count	2	0	0	2	
	% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Preocupación	1.2%	.0%	.0%	1.0%	
	% of Total	1.0%	.0%	.0%	1.0%	
Pareja de hecho	Count	14	4	2	20	
	% within EdoCivil	70.0%	20.0%	10.0%	100.0%	
	% within Preocupación	8.4%	15.4%	25.0%	10.0%	
	% of Total	7.0%	2.0%	1.0%	10.0%	
Total	Count	166	26	8	200	
	% within EdoCivil	83.0%	13.0%	4.0%	100.0%	
	% within Preocupación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	83.0%	13.0%	4.0%	100.0%	

$$X^2 = 13.07 \text{ sig.} = 0.220$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre las fobias y el estado civil de los padres. Se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 23.

Tabla 23. Análisis cruzado entre las fobias y el estado civil de los padres.

Crosstab

			Fobias				Total
			0	2	4	6	
EdoCivil	Casado	Count	111	31	3	0	145
		% within EdoCivil	76.6%	21.4%	2.1%	.0%	100.0%
		% within Fobias	78.2%	66.0%	30.0%	.0%	72.5%
		% of Total	55.5%	15.5%	1.5%	.0%	72.5%
	Divorciado	Count	11	7	1	0	19
		% within EdoCivil	57.9%	36.8%	5.3%	.0%	100.0%
		% within Fobias	7.7%	14.9%	10.0%	.0%	9.5%
		% of Total	5.5%	3.5%	.5%	.0%	9.5%
	Soltero	Count	3	2	0	0	5
		% within EdoCivil	60.0%	40.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Fobias	2.1%	4.3%	.0%	.0%	2.5%
		% of Total	1.5%	1.0%	.0%	.0%	2.5%
	Separado	Count	6	1	2	0	9
		% within EdoCivil	66.7%	11.1%	22.2%	.0%	100.0%
		% within Fobias	4.2%	2.1%	20.0%	.0%	4.5%
		% of Total	3.0%	.5%	1.0%	.0%	4.5%
	Viudo	Count	2	0	0	0	2
		% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Fobias	1.4%	.0%	.0%	.0%	1.0%
		% of Total	1.0%	.0%	.0%	.0%	1.0%
	Pareja de hecho	Count	9	6	4	1	20
		% within EdoCivil	45.0%	30.0%	20.0%	5.0%	100.0%
		% within Fobias	6.3%	12.8%	40.0%	100.0%	10.0%
		% of Total	4.5%	3.0%	2.0%	.5%	10.0%
	Total	Count	142	47	10	1	200
		% within EdoCivil	71.0%	23.5%	5.0%	.5%	100.0%
		% within Fobias	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	71.0%	23.5%	5.0%	.5%	100.0%

$$X^2 = 33.24 \text{ sig.} = 0.004^*$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre el sueño y el estado civil de los padres. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 24.

Tabla 24. Análisis cruzado entre el sueño y el estado civil de los padres.

Crosstab

			Sueño				Total
			0	2	4	6	
EdoCivil	Casado	Count	134	9	1	1	145
		% within EdoCivil	92.4%	6.2%	.7%	.7%	100.0%
		% within Sueño	72.8%	64.3%	100.0%	100.0%	72.5%
		% of Total	67.0%	4.5%	.5%	.5%	72.5%
	Divorciado	Count	17	2	0	0	19
		% within EdoCivil	89.5%	10.5%	.0%	.0%	100.0%
		% within Sueño	9.2%	14.3%	.0%	.0%	9.5%
		% of Total	8.5%	1.0%	.0%	.0%	9.5%
	Soltero	Count	4	1	0	0	5
		% within EdoCivil	80.0%	20.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Sueño	2.2%	7.1%	.0%	.0%	2.5%
		% of Total	2.0%	.5%	.0%	.0%	2.5%
	Separado	Count	9	0	0	0	9
		% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Sueño	4.9%	.0%	.0%	.0%	4.5%
		% of Total	4.5%	.0%	.0%	.0%	4.5%
	Viudo	Count	2	0	0	0	2
		% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Sueño	1.1%	.0%	.0%	.0%	1.0%
		% of Total	1.0%	.0%	.0%	.0%	1.0%
Pareja de hecho	Count	18	2	0	0	20	
	% within EdoCivil	90.0%	10.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Sueño	9.8%	14.3%	.0%	.0%	10.0%	
	% of Total	9.0%	1.0%	.0%	.0%	10.0%	
Total	Count	184	14	1	1	200	
	% within EdoCivil	92.0%	7.0%	.5%	.5%	100.0%	
	% within Sueño	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	92.0%	7.0%	.5%	.5%	100.0%	

$$X^2 = 3.64 \text{ sig.} = 0.999$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre la perturbación y el estado civil de los padres. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 25.

Tabla 25. Análisis cruzado entre la perturbación y el estado civil de los padres.

Crosstab

			Perturbación			Total
			0	2	4	
EdoCivil	Casado	Count	111	32	2	145
		% within EdoCivil	76.6%	22.1%	1.4%	100.0%
		% within Perturbación	76.0%	61.5%	100.0%	72.5%
		% of Total	55.5%	16.0%	1.0%	72.5%
	Divorciado	Count	11	8	0	19
		% within EdoCivil	57.9%	42.1%	.0%	100.0%
		% within Perturbación	7.5%	15.4%	.0%	9.5%
		% of Total	5.5%	4.0%	.0%	9.5%
	Soltero	Count	4	1	0	5
		% within EdoCivil	80.0%	20.0%	.0%	100.0%
		% within Perturbación	2.7%	1.9%	.0%	2.5%
		% of Total	2.0%	.5%	.0%	2.5%
	Separado	Count	7	2	0	9
		% within EdoCivil	77.8%	22.2%	.0%	100.0%
		% within Perturbación	4.8%	3.8%	.0%	4.5%
		% of Total	3.5%	1.0%	.0%	4.5%
	Viudo	Count	1	1	0	2
		% within EdoCivil	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
		% within Perturbación	.7%	1.9%	.0%	1.0%
		% of Total	.5%	.5%	.0%	1.0%
	Pareja de hecho	Count	12	8	0	20
		% within EdoCivil	60.0%	40.0%	.0%	100.0%
		% within Perturbación	8.2%	15.4%	.0%	10.0%
		% of Total	6.0%	4.0%	.0%	10.0%
	Total	Count	146	52	2	200
		% within EdoCivil	73.0%	26.0%	1.0%	100.0%
		% within Perturbación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	73.0%	26.0%	1.0%	100.0%

$$X^2 = 7.10 \text{ sig.} = 0.716$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre las variables dolores y estado civil de los padres. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 26.

Tabla 26. Análisis cruzado entre las variables dolores y estado civil de los padres.

Crosstab

			Dolores			Total
			0	2	4	
EdoCivil	Casado	Count	139	5	1	145
		% within EdoCivil	95.9%	3.4%	.7%	100.0%
		% within Dolores	72.4%	71.4%	100.0%	72.5%
		% of Total	69.5%	2.5%	.5%	72.5%
	Divorciado	Count	19	0	0	19
		% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Dolores	9.9%	.0%	.0%	9.5%
		% of Total	9.5%	.0%	.0%	9.5%
	Soltero	Count	4	1	0	5
		% within EdoCivil	80.0%	20.0%	.0%	100.0%
		% within Dolores	2.1%	14.3%	.0%	2.5%
		% of Total	2.0%	.5%	.0%	2.5%
	Separado	Count	9	0	0	9
		% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Dolores	4.7%	.0%	.0%	4.5%
		% of Total	4.5%	.0%	.0%	4.5%
	Viudo	Count	2	0	0	2
		% within EdoCivil	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Dolores	1.0%	.0%	.0%	1.0%
		% of Total	1.0%	.0%	.0%	1.0%
Pareja de hecho	Count	19	1	0	20	
	% within EdoCivil	95.0%	5.0%	.0%	100.0%	
	% within Dolores	9.9%	14.3%	.0%	10.0%	
	% of Total	9.5%	.5%	.0%	10.0%	
Total	Count	192	7	1	200	
	% within EdoCivil	96.0%	3.5%	.5%	100.0%	
	% within Dolores	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	96.0%	3.5%	.5%	100.0%	

$$X^2 = 5.63 \text{ sig.} = 0.845$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre la alteración y el estado civil de los padres. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 27.

Tabla 27. Análisis cruzado entre la alteración y el estado civil de los padres.

Crosstab

			Alteración				Total
			0	2	4	6	
EdoCivil	Casado	Count	94	47	3	1	145
		% within EdoCivil	64.8%	32.4%	2.1%	.7%	100.0%
		% within Alteración	73.4%	69.1%	100.0%	100.0%	72.5%
		% of Total	47.0%	23.5%	1.5%	.5%	72.5%
	Divorciado	Count	8	11	0	0	19
		% within EdoCivil	42.1%	57.9%	.0%	.0%	100.0%
		% within Alteración	6.3%	16.2%	.0%	.0%	9.5%
		% of Total	4.0%	5.5%	.0%	.0%	9.5%
	Soltero	Count	4	1	0	0	5
		% within EdoCivil	80.0%	20.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Alteración	3.1%	1.5%	.0%	.0%	2.5%
		% of Total	2.0%	.5%	.0%	.0%	2.5%
	Separado	Count	6	3	0	0	9
		% within EdoCivil	66.7%	33.3%	.0%	.0%	100.0%
		% within Alteración	4.7%	4.4%	.0%	.0%	4.5%
		% of Total	3.0%	1.5%	.0%	.0%	4.5%
	Viudo	Count	1	1	0	0	2
		% within EdoCivil	50.0%	50.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Alteración	.8%	1.5%	.0%	.0%	1.0%
		% of Total	.5%	.5%	.0%	.0%	1.0%
	Pareja de hecho	Count	15	5	0	0	20
		% within EdoCivil	75.0%	25.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Alteración	11.7%	7.4%	.0%	.0%	10.0%
		% of Total	7.5%	2.5%	.0%	.0%	10.0%
	Total	Count	128	68	3	1	200
		% within EdoCivil	64.0%	34.0%	1.5%	.5%	100.0%
		% within Alteración	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	64.0%	34.0%	1.5%	.5%	100.0%

$$X^2 = 7.82 \text{ sig.} = 0.931$$

Un análisis del mismo tipo se realizó entre la tensión muscular y estado civil de los padres. No se encontró una dependencia significativa con $\alpha=0.05$. Los resultados se presentan en la tabla 28.

Tabla 28. Análisis cruzado entre la tensión muscular y estado civil de los padres.

Crosstab

			TensiónM				Total
			0	2	4	6	
EdoCivil	Casado	Count	84	37	17	7	145
		% within EdoCivil	57.9%	25.5%	11.7%	4.8%	100.0%
		% within TensiónM	77.1%	66.1%	68.0%	70.0%	72.5%
		% of Total	42.0%	18.5%	8.5%	3.5%	72.5%
	Divorciado	Count	8	3	6	2	19
		% within EdoCivil	42.1%	15.8%	31.6%	10.5%	100.0%
		% within TensiónM	7.3%	5.4%	24.0%	20.0%	9.5%
		% of Total	4.0%	1.5%	3.0%	1.0%	9.5%
	Soltero	Count	3	1	1	0	5
		% within EdoCivil	60.0%	20.0%	20.0%	.0%	100.0%
		% within TensiónM	2.8%	1.8%	4.0%	.0%	2.5%
		% of Total	1.5%	.5%	.5%	.0%	2.5%
	Separado	Count	4	4	1	0	9
		% within EdoCivil	44.4%	44.4%	11.1%	.0%	100.0%
		% within TensiónM	3.7%	7.1%	4.0%	.0%	4.5%
		% of Total	2.0%	2.0%	.5%	.0%	4.5%
	Viudo	Count	1	1	0	0	2
		% within EdoCivil	50.0%	50.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within TensiónM	.9%	1.8%	.0%	.0%	1.0%
		% of Total	.5%	.5%	.0%	.0%	1.0%
	Pareja de hecho	Count	9	10	0	1	20
		% within EdoCivil	45.0%	50.0%	.0%	5.0%	100.0%
		% within TensiónM	8.3%	17.9%	.0%	10.0%	10.0%
		% of Total	4.5%	5.0%	.0%	.5%	10.0%
	Total	Count	109	56	25	10	200
		% within EdoCivil	54.5%	28.0%	12.5%	5.0%	100.0%
		% within TensiónM	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	54.5%	28.0%	12.5%	5.0%	100.0%

$X^2 = 18.06$ sig. = 0.260

Tabla 29. Análisis de Cluster

Agglomeration Schedule

Stage	Cluster Combined		Coefficients
	Cluster 1	Cluster 2	
1	2	7	2.726
2	14	16	2.739
3	2	3	3.205
4	2	8	3.451
5	1	2	4.124
6	14	17	4.457
7	1	6	4.664
8	1	5	4.733
9	15	18	5.000
10	11	14	5.217
11	9	11	5.355
12	9	10	5.944
13	9	15	6.177
14	1	4	6.200
15	9	12	6.253
16	9	13	6.527
17	1	9	8.827

Al realizar la asociación entre las variables con el Análisis de Cluster, las características del encuestado con las características propias de la interioridad del niño y las características psicológicas del mismo tuvieron relación en la situación que viven los padres, con los sentimientos, las perturbaciones, fobia y la preocupación.

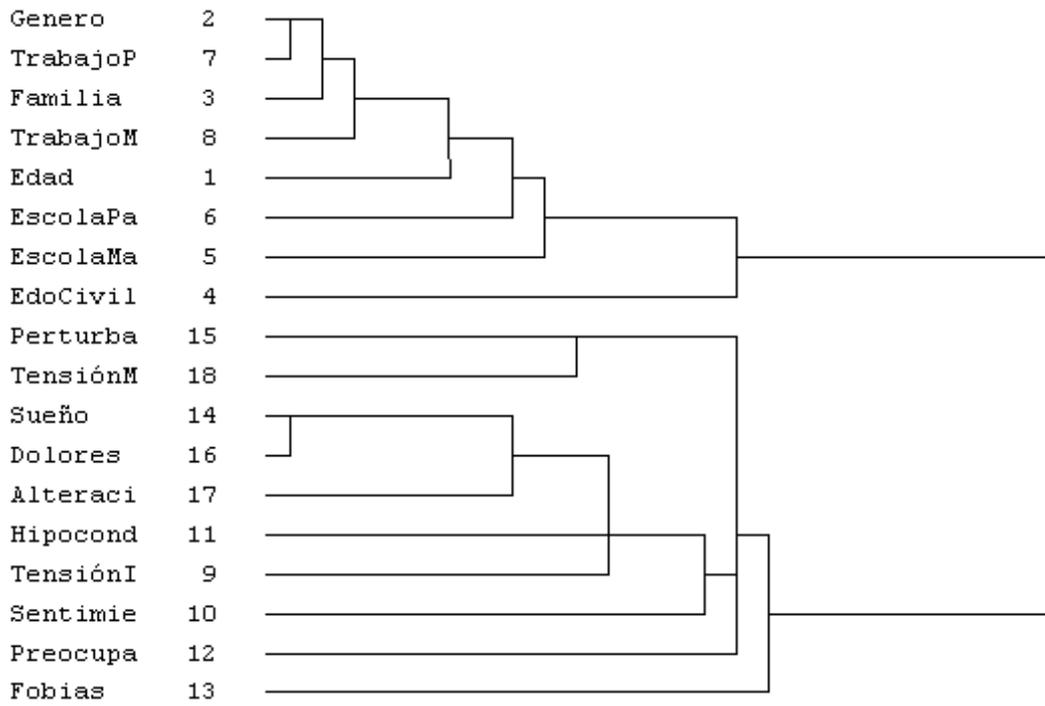


Fig. 5 Cluster

Agglomeration Schedule

Stage	Cluster Combined		Coefficients
	Cluster 1	Cluster 2	
1	3	7	3.513
2	2	3	3.894
3	2	8	4.451
4	2	5	5.118
5	11	12	5.242
6	14	16	5.279
7	2	6	5.416
8	17	18	5.815
9	9	10	6.397
10	11	14	6.488
11	11	15	6.978
12	9	17	7.045
13	1	2	7.108
14	11	13	8.027
15	9	11	8.879
16	1	4	8.919
17	1	9	12.410

Tabla 30. Análisis de Cluster

Agglomeration Schedule

Stage	Cluster Combined		Coefficients
	Cluster 1	Cluster 2	
1	3	7	4.588
2	2	3	5.087
3	2	8	5.674
4	14	16	5.947
5	2	5	6.814
6	2	6	7.082
7	11	12	7.624
8	17	18	7.891
9	1	2	8.548
10	9	17	8.752
11	13	14	8.944
12	11	15	9.446
13	9	10	9.708
14	11	13	9.871
15	1	4	10.879
16	9	11	11.022
17	1	9	15.316

Tabla 31.

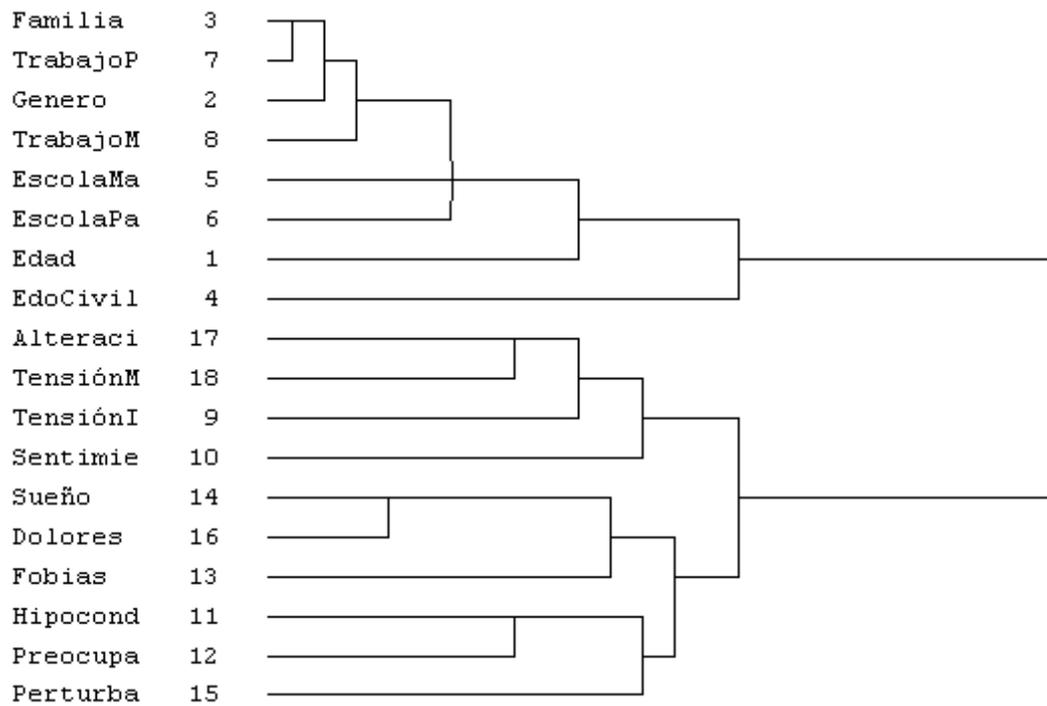


Fig 7. Cluster.

Discusión

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ DE LOS HALLAZGOS.

Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta del niño, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la especialidad ⁽⁸⁾. El control y manejo de la conducta del paciente pediátrico pocas veces es tomado en consideración respecto al entorno familiar en el que vive.

La conducta de los niños en el consultorio odontopediátrico y la relación con el ambiente familiar en el que se desarrolla no ha sido reportada en la literatura revisada, durante la primer visita que hace el niño al odontólogo pediatra es importante hacerle sentir que el especialista es un amigo que contribuirá al bienestar de su salud bucal, por lo que el interés de realizar este estudio radicó en la importancia de conocer la conducta de los niños en su primera visita al especialista y su relación con el ambiente familiar.

Las observaciones que se realizaron fueron en 200 pacientes formados en dos grupos de estudio, el integrado por pacientes que acudían por primera vez al posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL, y un segundo grupo que acudió a una consulta privada.

Se desarrollo un estudio clínico observacional evitando la subjetividad del investigador en la muestra, para tener una evidencia científica ya que en los resultados obtenidos no influyo la subjetividad del operador ni de los sujetos de estudio.

Los niños que cumplieron con los criterios de inclusión fueron observados por un solo operador y de forma individual para cada paciente en las variables: funcionalidad de la familia, ansiedad del niño, edad cronológica en años y meses y género. Con respecto a la funcionalidad de la familia y los datos generales se encuestó a los padres o tutores de los pacientes, elaborándose un cuestionario descrito anteriormente. Se decidió realizar las observaciones en la conducta del niño con la escala de Tyrer, la cual mide la ansiedad, el paciente no fue advertido de estas observaciones por lo que fue de forma ciega para el mismo.

Siendo los padres los que consideran cuando es el momento adecuado para efectuar la primer visita e inicio del tratamiento dental, esto hace que sea uno de los factores detonantes que se encarga de generar la ansiedad en el niño, transmitida conscientemente o inconscientemente; haciendo que este hecho repercuta en el grado de cooperación que el niño manifieste al asistir a su primer consulta dental⁽⁹⁾.

Es en esta primera consulta donde se despliegan los sentimientos del paciente respecto al tratamiento odontológico y al dentista. Teniendo la oportunidad el odontopediatra de proveer al niño un ambiente psicológico de seguridad, que sea el adecuado para develar temores y ansiedades propias a dicha situación⁽¹⁰⁾. Siendo la familia la unidad básica de la sociedad, el profesional debe de ofrecer una atención individualizada y episódica para cada uno de sus miembros, en toda ocasión para lograr su salud dental⁽¹¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara como uno de sus fines principales que en cada país se incremente el nivel de salud de la población haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud"⁽¹²⁾.

Es una prioridad por esto, que el profesional de la salud bucal tenga la capacidad y el conocimiento, para la detección de las causas que generan ansiedad en el niño, y así poder brindar una atención óptima integral.

Es esencial que se les entrene a los padres en las estrategias específicas para manejar los problemas del niño, mejorar la resolución de los problemas matrimoniales y familiares y la comunicación, y el ajuste psicosocial propio de los padres, comprobando así que algunas de las estrategias parecen estar asociadas con los mejores resultados de las intervenciones clínicas en la infancia, como lo corroboran Miller & Prinz en su estudio⁽¹³⁾.

La implicación de los padres en la atención dental, tanto en el diagnóstico, en el seguimiento y las estrategias a seguir del mismo, dará en la mayoría de los casos, el éxito tanto para el odontopediatra como en el tratamiento.

Se debe además considerar, la experiencia ansiosa y de sus intentos de afrontamiento de las situaciones que la provocan. La ansiedad transmitida por los padres, ha sido relacionada con la autonomía del niño.

Algunos estudios demuestran como en el que describen Sigueland, Kendall, & Steinberg, refiriéndose a que los niños que tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, provienen de entornos familiares caracterizados por una organización rígida y de control, las cuales proporcionan menos independencia a los niños y reducida tolerancia a la expresión de ira aunado a otras emociones negativas⁽¹⁴⁾.

La familia cada vez ha ido ocupando un lugar más importante en el interés investigativo del campo de la salud, en particular, con el vínculo que se establece entre la Salud Familiar y el proceso Salud-Enfermedad, convirtiéndose, así en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad.

Existen funciones de marcada importancia como son la económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que debe cubrir la familia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes⁽¹⁵⁾.

Cuando alguna de éstas funciones no está cubierta del todo pueden empezar a surgir situaciones en las que la misma familia se involucra tanto a favor como en contra de los miembros de ésta.

Definiendo la funcionalidad de la familia, partiendo de su funcionamiento al considerar si este es adecuado de acuerdo a la definición de familia funcional, puede ésta promover el desarrollo integral de sus miembros y logrando así el mantenimiento de los estados de salud favorables en éstas; así como también, una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros⁽¹⁶⁾.

Para reafirmar este criterio queremos apoyarnos en el concepto de "salud" brindado por la OMS donde se concibe ésta no sólo como ausencia de síntomas, sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social, por lo tanto, es de suma importancia dar a la familia y a cada uno de sus miembros la facilidad para que se obtenga.

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida, por lo tanto, se debe de considerar de suma importancia el hecho de que el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" ⁽¹⁷⁾.

La diversidad familiar es considerable, hasta el punto tal, que no parece que exista una norma estándar de familia ni un prototipo de familia contemporánea. El ideal de familia nuclear cerrada se ha desmoronado; sin embargo, esto no significa necesariamente una pérdida del rol de la familia y del parentesco. Las relaciones de parentesco, lejos de dejar de existir, parece que toman nuevas fuerzas y se convierten en un valor sólido a partir de esta incertidumbre ⁽¹⁸⁾.

El hecho de que existan circunstancias en la que los miembros de la familia están inmersos sean éstas civiles, laborales, psicológicas y sociales no influyen en la funcionalidad de ésta. Sin embargo, dichos factores si no son manejados correctamente por la misma familia teniendo en la mayoría de los casos la solución únicamente como ley natural, afectan considerablemente el bienestar integral del niño.

Hay que mantener "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

Otro factor que pone en riesgo la funcionalidad de la familia son la claridad en la asignación y aceptación de las tareas o roles asignados; no debe existir sobrecarga de un rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría

ser en los casos de madres adolescentes o de hogares mono parentales y tampoco deben de existir las sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar⁽¹⁹⁾ .

Condición necesaria además para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas⁽²⁰⁾ .

La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo⁽²¹⁾ .

Es en la familia, el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Siendo los apegos que los niños desarrollan con sus padres y hermanos generalmente los que duran toda la vida y sirven así como modelos para relacionarse con los compañeros de curso, con sus profesores y otras personas con las que tomarán contacto a lo largo de su desarrollo.

Teniendo el odontopediatra el conocimiento para poder identificar el tipo de familia a la que el niño pertenece y el entorno en el que éste vive, podrá desarrollar de una manera óptima el manejo de conducta del paciente pediátrico.

Se seleccionaron a los encuestados con sus características propias del individuo, agrupándose en familia, trabajo, género, escolaridad, edad y estado civil de ambos padres.

Los resultados encontrados mostraron alta dependencia significativa entre la variable funcionalidad de la familia y sentimientos y fobias, co-dependencia significativa entre la funcionalidad de la familia y preocupación e hipocondría. No se encontró dependencia significativa entre la funcionalidad de la familia y sueño, perturbación, dolores, tensión muscular e interna.

Con respecto al estado civil de los padres de los pacientes se encontró dependencia significativa con la variable fobias, sin encontrar dependencia significativa con el resto de las variables.

Se reafirma así, el hecho de que vivir en un ambiente familiar cálido y sin discordias, en el que los padres se desempeñen de una manera competente y estimuladora, lleva en sí una orientación ética de los padres que influye en su percepción y en su autoevaluación, como asimismo en la valoración de sus hijos y de los demás, influyendo en el tipo de interacciones intrafamiliares y su inserción en una red social más amplia.

Las crisis familiares son expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y producen desorganización en el seno familiar. Son clasificadas en dos grandes grupos: crisis transitorias o normativas y crisis no transitorias o para normativas.

Las crisis normativas o transitorias, son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se erigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.

Las crisis para normativas o no transitorias, son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental y no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital.

La forma en que la familia maneja las crisis puede fortalecerla o debilitarla; en todas las familias, con independencia de su clasificación estructural, se presentan crisis, que pueden ser simultáneamente transitorias o normativas y no transitorias para normativas, más de una crisis transitoria o más de una crisis no transitoria, puede un mismo acontecimiento puede generar más de una crisis para normativa.

Los niños ante estos acontecimientos generan alteraciones en el sueño, manifestación de dolores, presentación de fobias, y vulnerabilidad en los sentimientos siendo estas variables características propias de su interioridad, pudiendo desencadenar modificaciones en su conducta.

Sin embargo las características psicológicas del niño, que provocan ansiedad, teniendo manifestación como en las perturbaciones, las alteraciones, la tensión interna y muscular, la hipocondría y la preocupación son variables que se alteran cuando la familia a la que pertenecen es disfuncional.

Resultado de lo anterior, es el desarrollo de la ansiedad, que es parte de una respuesta normal ante situaciones amenazantes. Sin embargo, cuando la ansiedad se torna grave e interfiere con las actividades de la vida diaria como son las actividades sociales o laborales, ésta es patológica y requiere de manejo médico.

La ansiedad puede originar ataques agudos o tornarse crónica, funcionan como mecanismos de defensa, uno o varios de ellos los resultados son fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesiones y compulsiones.

Un factor contribuyente en el niño a padecer la es el provenir de una familia con falta de estructuras.

Las relaciones restringidas al interior de la familia provocan ansiedad, especialmente en los hijos ⁽³³⁾. Un ambiente familiar cargado de conflictos interpersonales provoca déficit en el desarrollo emocional y genera distintos niveles de ansiedad y de desórdenes ansiosos ⁽³⁴⁾, especialmente si los padres sufren de ansiedad y/o depresión y si se producen conflictos y discordias en forma sostenida.

Las experiencias familiares negativas pueden influir en la auto percepción del niño, en su capacidad de control emocional y conductual, y estas cogniciones pueden contribuir a que se desarrolle y mantenga la ansiedad⁽³⁵⁾.

Los conflictos maritales y las familias disfuncionales son factores predictivos de desajustes emocionales en los hijos. Niños criados bajo condiciones de abusos físicos y emocionales tienen más posibilidades de desarrollar trastornos psicológicos y problemas conductuales⁽³⁶⁾. Las alteraciones conductuales son siempre la señal de un problema. Muchas de estas alteraciones son el resultado de relaciones intrafamiliares disfuncionales o escasas.

Aunque la ruptura matrimonial es bastante estresante para los hijos, existe gran variación en cómo responden. Entre los factores que marcan diferencia están el bienestar psicológico del padre que se queda con el hijo, las características del niño, el apoyo social de la familia, de la escuela y de la comunidad. La habilidad de los padres separados para dejar de lado los conflictos, el contacto frecuente del niño con el padre que no vive con él y las relaciones funcionales con los integrantes de la familia extensa y con los profesores, conducen a aminorar los resultados negativos para los hijos. Sin embargo, cuando el conflicto familiar es elevado, es posible que se presenten dificultades de adaptación en los hijos⁽²²⁾.

En general y aún sin proponerlo como una hipótesis a probar, los datos muestran que las familias disfuncionales tienen un nivel de ansiedad superior al de las familias normales, ya que estas últimas también atraviesan por crisis por lo tanto esta experiencia en ambas marca algunas diferencias⁽²³⁾.

Los niños que crecen en familias psicológicamente sanas y funcionales, y que se crían en un ambiente de tranquilidad, respeto y comunicación, teniendo en la mayoría, estos factores, les ayuda a sentirse valiosos y queridos, aprenden que sus sentimientos y necesidades son importantes y pueden ser expresadas transformándose en la edad adulta, en seres capaces de mantener relaciones saludables y abiertas.

CONCLUSIONES

1. Las familias disfuncionales generaron mayores niveles de ansiedad en el niño pero también, desarrollan mayor número de recursos para enfrentar sus problemas.
 2. El comportamiento del niño durante su primera visita odontológica proviniendo de familias funcionales no tuvo cambio significativo en las siguientes variables; tensión interna, sentimientos, hipocondría, preocupación, fobias, sueño, perturbación, dolores, alteración, y tensión muscular.
 3. De acuerdo al estado civil de los padres con respecto a las variables tensión interna, sentimientos, hipocondría, fobias, sueño, perturbación, dolores, alteración, tensión muscular no existió dependencia significativa. Sin embargo el comportamiento de los niños de acuerdo al estado civil con relación de la variable preocupación tuvo una dependencia significativa.
-

REFERENCIAS

1. Aristóteles Política, Libro II :1
2. Martínez Cano P. *Psicopedagogía de las relaciones Intergeneracionales.*, Universidad de Navarra, 2003
3. Venham L L, Goldstein M, Gaulin-Kremer E, Peteros K, Cohan J, Fairbanks J., *Effectiveness of a Distraction Technique in Managing Young Dental Patients.*, American Academy of Pediatric Dentistry 1981; 1: 7-11
4. Peretz B, Zadik D., *Parents' Attitudes Toward Behavior Management Techniques During Dental Treatment.*, American Academy of Pediatric Dentistry 1999; 21:201-204
5. Glick Ira MD, *Aspectos Psicológicos para la Atención Pediátrica* Santos 2002;12: 89-106
6. Lévi-Strauss *The Family. Terapia Conyugal y Familiar* 2003; Cuarta Ed.
7. Glick Ira MD *Terapia Conyugal y Familiar* 2003;Cuarta Ed.
8. Ambriz M *Máster de Matrimonio y Familia* Instituto Ciencias de la Familia. Universidad de Navarra 2004
9. García IA, Parés VGE, Hinojosa AA., *Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información.*, Revista Odontológica Mexicana 2007;11 : 135-139
10. Herrera Santí P. M. *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud.* Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13:591-

11. De Francisco, V. C. Psic.M.Sc *Salud familiar como alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria*
Colombia Medica 1995; 26:51-4
12. Muñoz M, Reyes J, Bergara L., Cobarrubias R., *Chile en familia. Un análisis socio demográfico*. Primera Edición. UNICEF Santiago de Chile, Nueva Editorial Interamericana; 1991:1-57.
13. Barrett, P.M, Dadds, M.R, *Family treatment of childhood anxiety control trial. Journal of consulting and Clinical Psychology* , 1996; 64: 333-342
14. Rodríguez Martínez M. *Perspectivas Sistémicas* Revista Sistémica, Asociación Andaluza de Terapia Familiar., 1999; 55: 4 -5.
15. Buckle P., Hoffmeyer H., Isanbert A. *La Salud Mental en la Familia de Europa* Barcelona. Editorial Médica, 1996; 15-18.
16. López C.M. *Salud Comunitaria* . Barcelona :Editorial Martínez Roca, 1986.
17. Álvarez M. *Acerca de la familia cubana actual* La Habana: Ed. Academia, 1993
18. Jadue J, Gladys. *Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos*, *Estud. pedagóg.* [online]. 2003, n.29 [citado 2010-01-31], pp. 115-126 .
Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052003000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-0705. doi: 10.4067/S0718-07052003000100008.
19. Minuchin S. *Families and family therapy* ,Cambridge: Harvard University Press, 1974.

20. Satir V. *Psicoterapia familiar conjunta*. México, DF: Prensa Médica, 1985.
21. *Ansiedad en la familia. Diferencias entre familias normales y disfuncionales*; Centro Regional de Investigación en Psicología A. C..Asociación Oaxaqueña de Psicología. 2006; 1: 21-23
22. Rojas Alcayaga G y Misrachi Launert,C. *La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Av Odontoestomatol* [online]. 2004, vol.20, n.4 [citado 2010-02-01], pp. 185-191 . Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000400003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-1285.
23. Arden G. Christen., *Piagetian Psychology: some principles as helpful in treating the child patient* ASDC Journal of Dentistry for Children 1977; 44:448-52
24. Kreinces Gerarld H. *Ginott Psychology applied to pedodontics*” ASDC Journal of Dentistry for Children 1975 ;42:119-22
25. Pinkham J. R *Classifying and managing child dental patients misbehaviors: a three step Adlerian approach*. ASDC Journal of Dentistry for Children 1983; 50:437-41
26. Weinstein H., Getz Ratener, Domoto P., *The effect of dentists behaviors on fear- related behaviours in children*. J Am Dent Assoc. 1982; 104:32-8.
27. Grinberg S., Schor M., *First encounter for child and dentist: analysis of the introductory session*. ASDC J Dent Child. 1984 ; 51:438-40

28. Oppenheim M , Frankl Spencer, *A behavioural analysis of the preschool child when introduced to dentistry by the dentist or hygienist* .Journal of dentistry for children 1971;38:317-325
29. Fields Machen, Goodwin R., *Accessibility of various behaviour management techniques relative to types of dental treatment*. *Pediatr. Dent* 1984; 6:199-203
30. Gale, E. *Fears of the dental situation*. *J. Dent. Res.* 1972; 51: 964-6
31. Zar J.H. *Bioestatistical Analysis* 1999 ; 4 ed. Editorial Prestige Hall
32. Tyrer A. *Human Pesonality Assesment Schedule* .Journal of Psychosomatic Research 1990; 34:637-642
33. Doll y Lyon Doll, B., M. Lyon. *Risk and resilience: Implications of the delivery of educational and mental health services in the schools*. *School Psychology Review* 1998;27: 348-363.
34. Hansen, S., S. Sanders, M. Scott, C. Last. *Predictors of severity: Absenteism in children with anxiety-based school refusal* *Journal of Clinical Child Psychology* 1998; 27: 246-254.
35. King, N., L. Mietz, T., Ollendick, *Psychopathology and cognitions in adolescents experiencing severe test anxiety* *Journal of Clinical Child Psychology* 1995; 22: 17-27.
36. Kolvin J., *Social and parenting factors affecting criminal-offense rates. Findings from the Newcastle Thousand Family Study*. *British Journal of Psychiatry* 1988;152: 80-90.