Manejo de conduta y nivel de Frankl en procedimientos de profilaxis, colocación anestesia y tratamiento donde fue necesario aislar.

Barrón-Mariles Fatima Elizabeth,* Aguiar-Fuentes Emma Genoveva,** Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián.**

Resumen

Objetivo: Conocer el manejo de conduta y nivel de Frankl durante los procedimientos de profilaxis, colocación anestesia y tratamiento donde fue necesario aislar en la clínica de odontopediatría de la Universidad Autónoma de Nayarit. Material y métodos: Este estudio observacional, descriptivo y prospectivo evaluó el manejo conductual en pacientes de 4 a 9 años de la clínica de odontopediatría de la Universidad Autónoma de Nayarit. Se incluyeron infantes sin patologías sistémicas que acudieron a su segunda consulta para procedimientos como profilaxis, anestesia local o aislamiento dental. Los datos se registraron en una hoja de recolección de datos con las variables como edad, género, técnicas de modulación conductual y el comportamiento evaluado con la escala de Frankl antes y después del tratamiento. Resultados: Durante la profilaxis, la técnica "decir-mostrar-hacer" se aplicó en el 50% de los infantes con conducta negativa, modificando su actitud a positiva en uno a tres minutos. Respecto a la anestesia local, aplicada mayoritariamente en la segunda cita (40%), el 83% de los pacientes inició con conducta negativa (Frankl 1 y 2). En el manejo conductual general, la técnica más utilizada fue "decir-mostrar-hacer" (59%), seguida de restricción física (9%) y distracción (9%). El 47% requirió solo una intervención y el 35% demoró más de 20 minutos en cambiar su conducta. En tratamientos con aislamiento, el 66% mostró un comportamiento inicial positivo. Aplicando nuevamente "decir-mostrar-hacer" (49% de éxito) y otras técnicas, la mitad de los casos corrigió su conducta en uno a tres minutos, logrando resultados finales favorables en todos los pacientes.

Palabras clave: Manejo de conduta, nivel de Frankl, profilaxis, anestesia, aislamiento.

Abstract

Objective: To assess behavior management and Frankl scale levels during prophylaxis, anesthesia administration, and treatment requiring isolation at the Autonomous University of Nayarit's pediatric dentistry clinic. Materials and methods: This observational, descriptive, prospective study evaluated behavior management in patients aged 4 to 9 years at the Autonomous University of Nayarit's pediatric dentistry clinic. The study included children without systemic conditions who were attending their second appointment for procedures such as prophylaxis, local anesthesia, or dental isolation. Data were recorded on a collection form covering variables such as age, gender, behavior modulation techniques, and behavior assessed using the Frankl scale before and after treatment. Results: During prophylaxis, the "tell-show-do" technique was applied to 50% of the children exhibiting negative behavior, shifting their attitude to positive within one to three minutes. Regarding local anesthesia administered primarily during the second appointment (40%), 83% of patients initially displayed negative behavior (Frankl scores 1 and 2). In terms of general behavior management, the most frequently used technique was "tell-show-do" (59%), followed by physical restraint (9%) and distraction (9%). Forty-seven percent required only one intervention, while 35% took more than 20 minutes to alter their behavior. For treatments involving isolation, 66% of patients initially exhibited positive behavior. Through the renewed application of "tell-show-do" (49% success rate) and other techniques, half of the cases corrected their behavior within one to three minutes, resulting in favorable outcomes for all patients.

Keywords: Behavior management, Frankl scale, prophylaxis, anesthesia, isolation.

*Cirujano Dentista egresada de la Universidad Autónoma de Nayarit.
**Docente de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Introducción

La ansiedad por el tratamiento dental puede surgir sin necesidad de estar en el consultorio dental y en los niños puede ocurrir esto al ir o estar en su primera visita el consultorio dental.[1] Por lo que el manejo de la conducta, es un elemento importante a considerar en la odontopediatría, cuando el paciente pediátrico se encuentra sentado en el sillón dental hay que lograr un tratamiento de calidad aliviando la ansiedad del paciente.[2,3]

El manejo de la conducta del paciente pediátrico en la niñez por parte del odontopediatra tiene una influencia en el comportamiento del paciente, pero también los padres y el entorno en el que se desenvuelven juegan un papel muy importante en la adaptación del niño.[4]

Para medir el comportamiento de los niños una de las más utilizadas por los odontopediatras es la escala de Frankl desarrollada en 1962, que consiste en cuatro categorías:[4,5]

- **Tipo 1**. Definitivamente negativo: El paciente no coopera, grita, llora, tiene miedo y hay un completo rechazo al tratamiento.[5]
- **Tipo 2**. Negativo: No hay buena predisposición por parte del niño para aceptar el tratamiento, falta de cooperación, presenta actitudes negativas.[5]

- **Tipo 3**. Positivo: Acepta el tratamiento, pero a veces con precaución, obedece, aunque a veces se muestra ansioso.[6]
- **Tipo 4.** Definitivamente positivo: Tiene buena relación con el profesional, se interesa en el tratamiento dental, ríe, coopera y disfruta la cita odontológica.[6]

Cuando un paciente poco cooperador llega a consulta su actitud suele ser un impedimento para realizar un tratamiento dental de buena calidad, además de que la mayoría de las veces el tiempo que se requiere es mayor y se puede correr el riesgo de producir algún daño físico y/o psicológico.[7,8,9]

Existen diversas técnicas de abordaje para pacientes infantiles de las cuales el operador puede hacer uso durante la consulta dental para llevar acabo un ambiente positivo durante el tratamiento, esto ayuda a que el paciente se sienta cómodo y, por tanto, que el tratamiento a realizar sea seguro para ambos y de alta calidad. [10,11]
El conocer las técnicas de manejo de conducta es indispensable en el área de odontopediatría, así como contar con los conocimientos necesarios para identificar y enfrentar las diferentes conductas que pueda presentar el paciente al momento de la consulta dental.[12]

Material y Métodos

El diseño de esta investigación es de tipo observacional, descriptivo y prospectivo. El universo se conformó por todos los pacientes infantiles de la clínica de odontopediatría de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. La muestra se realizó por conveniencia, de acuerdo a los criterios de selección tomando en cuenta todos los pacientes que acudieron a consulta en la clínica de odontopediatría por profilaxis, colocación anestesia y tratamiento donde fue necesario aislar.

Parámetros de Selección

- Criterios de elegibilidad: Se incorporó a infantes con un rango etario de 4 a 9 años que acudieron a su segundo encuentro clínico, momento programado para el inicio formal de la terapéutica dental.
- Criterios de eliminación: Se descartó a aquellos menores que manifestaran patologías de carácter sistémico.

Las variables fueron: Los componentes bajo análisis consistieron en el género, la edad, la estrategia de modulación conductual implementada y la valoración de la escala de Frankl. Aspectos Bioéticos: Bajo el marco del artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente proyecto se catalogó como una indagación con riesgo nulo. Esta designación responde a que las actividades se circunscribieron de forma exclusiva a la monitorización del proceder del infante en el sillón dental y a la estimación de la eficiencia de los métodos de habituación ejecutados.

Previo al inicio, se recabó la autorización firmada (asentimiento y consentimiento) de los progenitores o tutores legales, salvaguardando rigurosamente los preceptos de anonimato, autodeterminación y protección del menor.

Tras la validación de los requisitos de selección y la firma del documento de autorización por parte de los familiares, se procedió al llenado de una hoja de registro, para monitorizar la evolución psicológica del paciente. En este documento se asentaron las identidades del operador (estudiante), del paciente y del adulto responsable.

El instrumento de recolección se distribuyó en dos apartados:

- Fase Inicial: Previo a la manipulación clínica, se determinó el perfil conductual base mediante el indicador de Frankl y se anotó el orden correlativo de la consulta.
- Fase Operativa y Final: Se asentaron las metodologías de guía de comportamiento utilizadas durante el acto odontológico, cuantificando la periodicidad de su aplicación, el lapso cronológico necesario para propiciar un viraje en la actitud y el puntaje final de Frankl al concluir el procedimiento.

La base de datos se ordenó y sistematizó en una matriz de Microsoft Office Excel para después realizar la estadística.

Resultados

En los pacientes que manifestaron un comportamiento negativo durante el tratamiento de profilaxis (50%), se aplicó la técnica de "decir-mostrar-hacer". Esta intervención se requirió en dos ocasiones, logrando un cambio de conducta en un lapso de uno a tres minutos; al finalizar el procedimiento, el comportamiento evaluado mediante la escala de Frankl fue positivo (Gráfica 1).

Respecto a los procedimientos que requirieron anestesia local, la distribución por sesión fue la siguiente: el 40% de los pacientes la recibió en la segunda cita, el 29% en la tercera, el 9% en la cuarta, el 8% en la quinta, el 6% en la sexta, el 1% en la séptima y el 4% restante en la octava cita. Esta variabilidad cronológica se debió a la realización previa de tratamientos restaurativos que no demandaban el uso de anestésicos. Independientemente del número de cita de la aplicación, el estado conductual previo al uso del anestésico reflejó que el 25% de los pacientes se ubicó en un nivel Frankl 1, el 58% en Frankl 2 y el 17% en Frankl 3.

En cuanto al manejo general de la conducta, la técnica más prevalente fue "decir-mostrar-hacer" con un 59%, seguida por la restricción física (9%), la distracción (9%), el acompañamiento materno (5%) y el control de voz (4%) (Tabla 1). Estas técnicas se emplearon en una sola ocasión en el 47% de los casos, dos veces en el 34%, tres veces en el 14%, cuatro veces en el 3% y cinco veces en el 2% de la muestra. El tiempo requerido para modificar la conducta fue menor a un minuto en el 5% de los pacientes, de uno a tres minutos en el 18%, de tres a cinco minutos en el 21%, de cinco a diez minutos en el 7%, de 10 a 20 minutos en el 14% y mayor a 20 minutos en el 35% (Tabla 2). Posterior al tratamiento, la evaluación final mediante la escala de Frankl evidenció que solo el 16% permaneció en el nivel 1, el 52% se situó en el nivel 2 y se observó un incremento en el nivel 3, alcanzando el 32% (Gráfica 2).

Por último, en el subgrupo que requirió tratamientos con aislamiento, el procedimiento se efectuó durante la segunda cita en el 66% de los pacientes, y en la tercera y cuarta cita en un 17% respectivamente. Durante la fase de aislamiento, el 66% de la

Gráfica 1. Comparación de la conducta de acuerdo a la escala de Frankl después de utilizar la técnica D-M-H en el tratamiento de profilaxis.

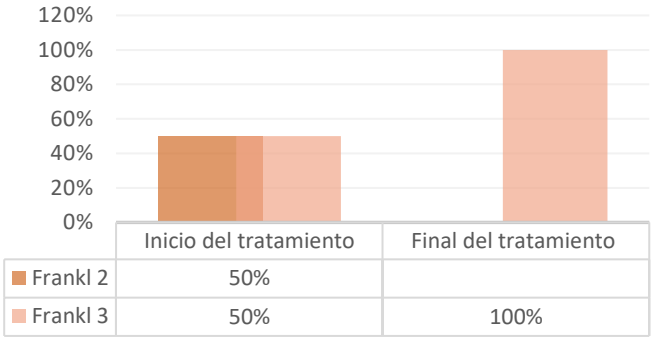


Tabla 1. *Técnicas de manejo de conducta utilizadas* durante la aplicación de anestesia.

Técnicas de manejo de conducta	Porcentaje de empleo
D-M-H	59%
Restricción física	9%
Distracción	9%
Acompañamiento materno	5%
Control de voz	4%

Gráfica 2. Comparación de la conducta de acuerdo a la escala de Frankl después de utilizar las técnicas de manejo de conducta durante la colocación de anestesia.

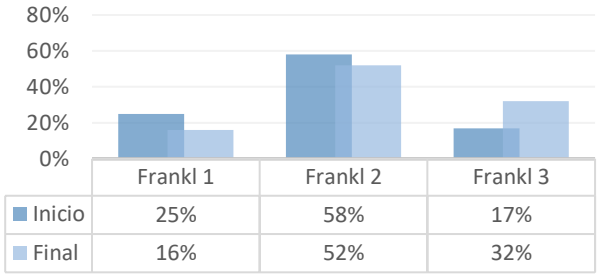
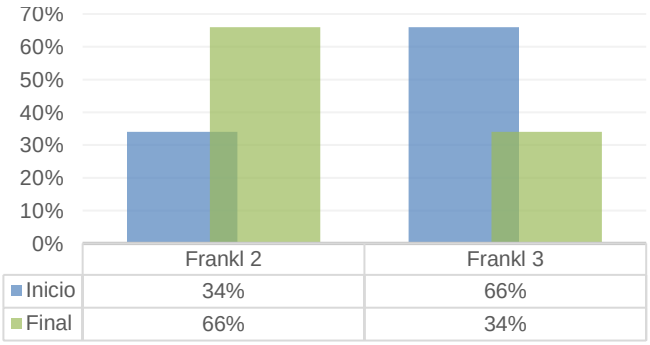


Tabla 2. Frecuencia de aplicación de las técnicas y tiempo para el cambio de conducta durante la aplicación de anestesia.

Frecuencia de aplicación de la técnica	Tiempo para el cambio de conducta	Porcentaje de cambio
1 vez (47%)	<1 min.	5%
2 veces (34%)	1-3 min	18%
3 veces (14%)	3-5 min	21%
4 veces (3%)	5-10 min	7%
5 veces (2%)	10-20 min	14%
	+ 20 min	35%

Gráfica 3. Comparación de la conducta de acuerdo a la escala de Frankl después de utilizar las técnicas de manejo de conducta durante el aislamiento absoluto.



población mostró un comportamiento positivo y el 34% una actitud negativa. Al implementar la técnica de "decir-mostrar-hacer", se obtuvo un 49% de éxito; asimismo, las técnicas de restricción física, distracción y acompañamiento materno registraron una frecuencia de uso idéntica del 17% cada una (Tabla 3). Para el control de la conducta, el 66% de los pacientes requirió una única técnica, mientras que el 34% necesitó la combinación de dos. El cambio conductual tras la intervención se produjo entre uno y tres minutos en el 50% de los casos, de 10 a 20 minutos en el 17% y en más de 20 minutos en el 33% (Tabla 4). Al concluir el procedimiento, el nivel de comportamiento final se distribuyó en un 66% para Frankl 2 y un 34% para Frankl 3 (Gráfica 3).

Discusión

El éxito del tratamiento de odontopediatría no solo depende de la precisión técnica, sino también del manejo efectivo de la conducta del paciente infantil para reducir la ansiedad y promover una experiencia positiva en el sillón dental.[13] Los hallazgos del presente estudio demuestran la efectividad de las técnicas de manejo de conducta no invasivas para modificar favorablemente el comportamiento de los niños durante la profilaxis, la anestesia y el aislamiento.

La técnica de decir-mostrar-hacer (DMH) fue la estrategia más utilizada en la muestra evaluada, realizándose en el 59% de los casos. Este resultado coincide con las guías de la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), que posicionan a la DMH como una de las principales técnicas en el manejo de la conducta infantil debido a su naturaleza desensibilizante y de bajo impacto emocional.[14]

Tabla 3. Técnicas de manejo de conducta utilizadas al momento de utilizar aislamiento absoluto.

Técnicas de manejo de conducta	***Porcentaje de empleo***
D-M-H	**49%**
Restricción física	**17%**
Distracción	**17%**
Acompañamiento materno	**17%**

Durante la fase de profilaxis, la técnica de DMH demostró una alta eficacia al requerirse únicamente en dos ocasiones para lograr un cambio conductual positivo en el 100% de los pacientes que iniciaron con conducta negativa (50%), en un intervalo breve de un tiempo estimado entre uno y tres minutos. Este hallazgo respalda la noción de que los procedimientos preventivos y no invasivos son el escenario ideal para adaptar progresivamente al paciente infantil mediante el modelizado y la familiarización con el instrumental.[15]

Por otro lado, se observó el empleo de técnicas más invasivas o restrictivas, como la restricción física (9%), en una proporción considerablemente menor y equiparable con la distracción (9%). El uso de la restricción física se reserva habitualmente para situaciones imprevistas o cuando la seguridad del paciente está en riesgo, lo cual explica su baja frecuencia de aplicación en la muestra.

La administración de anestesia local y la colocación de aislamiento absoluto representan los momentos de mayor carga de estrés para el paciente pediátrico. Respecto a la anestesia, la variabilidad en el número de citas para su aplicación (con un

Tabla 4. Frecuencia de aplicación de las técnicas y tiempo para el cambio de conducta al momento de utilizar aislamiento absoluto.

Frecuencia de aplicación	***Tiempo para el cambio de conducta***	***Porcentaje de cambio***
1 vez (66%)	1-3 min.	50%
2 veces (34%)	10-20 min	17%
	+20 min	33%

pico del 40% en la segunda sesión) responde acertadamente a una planificación clínica escalonada, donde se priorizan primero intervenciones no invasivas para ganar la confianza del paciente. En el grupo de aislamiento absoluto, un 34% de la población manifestó una actitud negativa durante la fase inicial. No obstante, la implementación de la técnica DMH logró una tasa de éxito directo del 49%. Un hallazgo relevante en este subgrupo fue que el 34% de los niños necesitó la combinación de dos técnicas de manejo conductual.

Los procedimientos que requirieron la aplicación de anestesia local evidenciaron una distribución de los niveles de comportamiento según la escala de Frankl, donde el 25% de los pacientes fueron clasificados en Frankl 1, el 58% en Frankl 2 y el 17% en Frankl 3 antes de la aplicación anestésica. Estos resultados contrastan con los hallazgos de Balmaceda en 2023, donde reportó que durante la administración de anestesia el 16.2% de los pacientes presentaron un nivel de Frankl 1, otro 16.2% correspondió a Frankl 2, el 47.3% a Frankl 3 y el 20.3% Frankl 4.[16]

Respecto a las estrategias de manejo de conducta, en dicho estudio se emplearon diversas técnicas, destacando el uso de la técnica decir-mostrar-hacer, control de voz, desensibilización y restricción física, siendo el control de voz la técnica más utilizada con un 73%. En la presente investigación, la técnica predominante fue decir-mostrar-hacer con una frecuencia del 59%, seguida de la restricción física y la distracción, ambas con un 9%, el acompañamiento materno con un 5% y el control de voz con apenas un 4%, significativamente menor al porcentaje reportado en el estudio previamente citado.[16] Estas diferencias podrían atribuirse a variaciones en la metodología de intervención, el perfil de los pacientes o las estrategias de adaptación conductual implementadas.

Referencias

1. Sivakumar P, Gurunathan D. Behavior of children toward various dental procedures. Int J Clin Pediatr Dent. 2019; 12 (5): 379-84.
2. García A, Parés G, Hinojosa A. 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. Rev Odont Mex . 2007; 11(3): 135-139.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent. 2015; 38: 185-98.
4. Calero I, Aristizabal L, Villavicencio J. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. Revista Estomatología y Salud [Internet]. 2012 [Citado 2022 Oct 15];20(1):45–9. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875636/8-calero-manejo-ninez-temprana.pdf
5. Loayza S, Azanza S. Eficacia de dos técnicas de acondicionamiento para la atención odontológica de niños de 6 a 10 años de edad de una escuela pública de Quito-Ecuador. Rev Odotopediatr Latinoam. 2017;7(2):106-115. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2017/rol172d.pdf
6. Castro Barazorda, A. E. Valoración en el comportamiento del niño en la primera cita odontológica según la Escala de Frankl en la Clínica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco 2019 [Internet]. Perú: Universidad Andina del Cusco; 2019 [citado 2022 Oct 15]. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3811/Andrea_Tesis_bachiller_2019.PDF?sequence=1&isAllowed=y
7. Rojas G, Misrachi C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Av Odontomatol. 2004; 20 (4): 239-245
8. Clínicas y Gestión. Herramientas para manejar pacientes conflictivos en la clínica dental. Gacetadental. 2024. Disponible en: https://gacetadental.com/2024/11/pacientes-conflictivos-clinica-dental-64224/
9. Naidoo S. Dealing with non-compliant, abusive or aggressive patients in dental practice. S Afr Dent J. 2016; 71 (5): 232-33.
10. Clínica Boj. Técnicas de control de la conducta en Odontopediatría. 2020. Disponible en: https://www.drboj.com/es/control-de-la-conducta-en-odontopediatria/
11. Bartolomé B, Méndez M, Vilar C, Arrieta J. Técnicas alternativas del manejo de la conducta en odontopediatría Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2021; 11 (1). DOI: https://doi.org/10.47990/alop.v11i1.217
12. Martin-Vidarte A. Manejo de la conducta en la consulta odontopediatría-percepción sobre las diferentes técnicas. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. 2024.
13. Astonitas Araujo ML. Manejo de la conducta en odontopediatría [Internet]. Salazar A, editor. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018 [Citado 2022 Nov 08]. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3491/SEG.ESPEC_Astonitas%20Araujo%2c%20Mary%20Lesly.pdf?sequence=2&isAllowed=y
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. The reference manual of pediatric dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry. 2025: 379-99.
15. Farzanegan P, Ghasempour M, Massoodi A, Shirafkan H. Correlation between child´s dental fear and anxiety symptoms and evaluating factors associated with dental fear. Health Science Reports. 2025; 8 (5): e70879.
16. Anand A, Sharma S, Kumar A. KAP among dental practitioners towards child management in the dental clinic: across-sectional questionnaire based study. European Journal of Molecular & Clinical Medicine. 2020; 7(8): 5703-5710.