

Trabajo Fin de Grado

**FACTORES FAMILIARES Y
SOCIODEMOGRÁFICOS EN NIÑOS DE
MANEJO DE COMPORTAMIENTO EN
ODONTOPEDIATRÍA**

María del Mar López de Francisco

TUTOR: Carolina Caleza Jiménez

COTUTORA: María José Barra Soto



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DRA. CAROLINA CALEZA JIMÉNEZ, PROFESOR ASOCIADO DE ODONTOPEDIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA, ADSCRITO A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA, COMO DIRECTORA DEL TRABAJO FIN DE GRADO.

DRA. MARIA JOSÉ BARRA SOTO, PROFESOR ASOCIADO DE ODONTOPEDIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA, ADSCRITO A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA, COMO COTUTORA DEL TRABAJO FIN DE GRADO.

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo titulado **“FACTORES FAMILIARES Y SOCIODEMOGRÁFICOS EN NIÑOS DE MANEJO DE COMPORTAMIENTO EN ODONTOPEDIATRÍA”** ha sido realizado por **MARÍA DEL MAR LÓPEZ DE FRANCISCO** bajo nuestra dirección y cumple a nuestro juicio, todos los requisitos necesarios para ser presentado y defendido como trabajo de FIN DE GRADO.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado, en Sevilla a día 5 de Mayo de 2020.

Dra. Carolina Caleza Jiménez

Dra. María José Barra Soto



Facultad de Odontología



D/Dña. (Apellidos y Nombre)

LOPEZ DE FRANCISCO, MARÍA DEL MAR

con DNI 45438266E.....alumno/a del Grado en Odontología de la Facultad

de Odontología (Universidad de Sevilla), autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado:

FACTORES FAMILIARES Y SOCIODEMOGRÁFICOS EN NIÑOS DE MANEJO DE COMPORTAMIENTO EN ODONTOPEDIATRÍA

DECLARO:

Que el contenido de mi trabajo, presentado para su evaluación en el Curso5º....., es original, de elaboración propia, y en su caso, la inclusión de fragmentos de obras ajenas de naturaleza escrita, sonora o audiovisual, así como de carácter plástico o fotográfico figurativo, de obras ya divulgadas, se han realizado a título de cita o para su análisis, comentario o juicio crítico, incorporando e indicando la fuente y el nombre del autor de la obra utilizada (Art. 32 de la Ley 2/2019 por la que se modifica el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, BOE núm. 53 de 2 de Marzo de 2019)

APERCEBIMIENTO:

Quedo advertido/a de que la inexactitud o falsedad de los datos aportados determinará la calificación de **NO APTO** y que asumo las consecuencias legales que pudieran derivarse de dicha actuación.

Sevilla...31...de Mayo.....de 2021

(Firma del interesado)

Fdo.:

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutora, Carolina, por su paciencia y disponibilidad. Que alegría trabajar con alguien que te ayude en todo momento y siempre de forma tan positiva.

También agradecer a mi cotutora María José por la colaboración y supervisión; y al Dr. David Ribas, porque sin sus conocimientos estadísticos este trabajo tampoco habría sido posible.

A mi familia por el cariño que me dan, por su apoyo incondicional en todo lo que me proponga y por guiarme a este bonito mundo de la odontología.

A mi pareja por aguantar mis quejas y alegrías en todo momento y siempre estar ahí para ayudarme.

También gracias a mis compañeros y amigos, en especial a Ana, que me ha acompañado a lo largo de toda la carrera tanto como compañera de prácticas como amiga, por los ánimos, risas y motivación con los que hemos sacado juntas el grado hacia delante.

Y por supuesto, gracias a todas aquellas personas que han realizado las encuestas, ya que sin su participación no podría haber llevado a cabo este trabajo.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUCCIÓN	3
3.1 Definiciones de miedo:.....	3
3.2 Aspectos temidos	3
3.3 Clasificación del niño.....	4
3.4 Niño no colaborador	5
3.5 Técnicas de manejo de comportamiento.....	7
3.6 Factores que influyen en la conducta del niño en la clínica dental.....	10
3.7 Factores familiares y sociodemográficos	11
4. OBJETIVOS:.....	13
4.1 Objetivo general:	13
4.2 Objetivos específicos:	13
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	14
5.1 Enfoque metodológico.....	14
5.1.1 Primera fase: Revisión bibliográfica	14
5.1.2 Segunda fase: diseño y validación por comité de expertos de la encuesta	14
5.2 Selección de los participantes	15
5.3 Cuestionario.....	16
5.3.1 Fase piloto	16
5.3.2 Aplicación del cuestionario	17
5.4 Análisis de Datos.....	17
6. RESULTADOS	18
7. DISCUSIÓN	21
8. CONCLUSIONES	27
9. BIBLIOGRAFÍA	28

1. RESUMEN

Introducción: Actualmente la sociedad está viviendo cambios que afectan al entorno familiar y social de los niños, los cuales pueden interferir en el comportamiento de éstos en la consulta odontopediátrica.

Objetivo: Determinar cómo influyen los factores familiares y sociodemográficos en los problemas conductuales del niño durante el tratamiento dental.

Material y método: La muestra estuvo conformada por 130 niños de entre 4 a 9 años de edad (63 mujeres y 67 varones). Se utilizó como instrumento un cuestionario destinado a los padres para determinar los factores sociales, familiares y socioeconómicos; y la escala facial de Wong Baker para comprobar el estado de ánimo del niño tras el tratamiento odontológico.

Resultados: Los resultados determinan que la edad influye en el comportamiento del niño, observando que los niños de 4 a 6 años estaban más tristes tras la asistencia dental que los niños de 7 a 9 años. También encontramos una mejor actitud en el dentista en niños que practicaban deporte en equipo en comparación con los que practicaban deporte de forma individual.

Palabras clave: Niño, comportamiento, miedo dental, ansiedad dental y manejo del comportamiento

2. ABSTRACT

Introduction: Actually, the society is experiencing changes that affect to the familiar and social environment of children, which can interfere with their behavior in pediatric dentistry.

Objective: Determine how familiar and sociodemographic factors influence in child's behavioral problems during dental treatment.

Materials and methods: The sample was conformed by 130 children between 4-9 years old (63 women and 67 men). A questionnaire for parents was used to determine social, family and socioeconomic factors, and the Wong Baker facial scale to check the child's mood after dental treatment.

Results: The results determine that age influences in child behavior, we observe that children from 4 to 6 years old were sadder after dental assessment than children from 7 to 9 years old. We also found a better attitude in dental clinic in children who practiced team sport compared to those who practiced sports individually.

Keywords: Child, behavior, dental fear, dental anxiety and behavioral management

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Definiciones de miedo:

Muchas personas asocian la odontología con situaciones de dolor; y como respuesta al dolor desarrollan temor o ansiedad (1). Se suele hablar de ansiedad y de miedo indistintamente, sin embargo, difieren en algunos matices (2,3).

- **Miedo o temor:** El miedo es una reacción ante un estímulo amenazante real y específico, se produce como respuesta al dolor. Se diferencian 2 tipos:
 - **Miedo objetivo:** Es causado en base a la experiencia, tras sufrir un estímulo directo molesto en los órganos sensoriales.
 - **Miedo subjetivo:** Son sentimientos que se producen en el niño sin que éste haya sufrido una experiencia personal que lo cause.
- **Ansiedad:** Es un estado emocional que se produce al tener expectativas negativas no reales. Existen 2 tipos de ansiedad:
 - **Ansiedad normal o útil:** El grado de ansiedad es moderado, la respuesta es la normal que cabría esperar ante una situación nueva que desconocemos.
 - **Ansiedad patológica o neurótica:** La respuesta de la persona es desproporcionada, irracional.

En este trabajo nombraremos los términos miedo y ansiedad dental para referirnos a emociones negativas de carácter intenso asociadas al tratamiento dental (2).

3.2 Aspectos temidos

Hay que destacar la ansiedad patológica ante el tratamiento dental, los niños muchas veces lo usan como estrategia para conseguir librarse del tratamiento previsto (4). Normalmente los niños con más temor al dentista son menos cooperativos y tienen una peor salud oral, ya que evitan la asistencia al dentista (5,6). Hay muchas situaciones que pueden ocasionar problemas de manejo de conducta del niño en la clínica dental. Entre ellas:

- **La separación de sus padres:**

En los niños menores de 36 meses es mejor que uno de los padres esté presente durante el tratamiento ya que le aporta seguridad al niño; pero conforme crecen se debe evitar la presencia de los padres porque pueden favorecer el mal comportamiento del niño al hacerse este la víctima y el padre compadecerse de él. Conforme menos colaborador sea el niño, más le costará separarse de sus padres (1,7).

- **Sentarse en la silla**

Algunos niños necesitan que se les guíe con la mano o ayudarles a sentarse (1,7).

- **Aproximación del dentista**

Al acercarse el dentista, el niño interpreta que el tratamiento ya va a comenzar lo que le puede asustar (1,7).

- **La inyección**

Es el procedimiento más temido de la odontología. Muchos niños vienen asustados porque les han dicho que les van a pinchar lo que les genera cierto temor hacia el dentista. No se les debe mentir, pero tampoco hay que darles detalles para no asustarlos (1,7).

- **La extracción**

Si la anestesia se ha puesto correctamente el paciente no notará dolor sino presión. Si la edad lo permite se puede comentar antes de comenzar para evitar su confusión (1,7).

- **Final del tratamiento y regreso a los padres**

El niño colaborador puede sentirse orgulloso ante la llegada de sus padres al mostrarle que ha actuado correctamente. Mientras que el niño consentido puede usar este momento para hacerse la víctima y hacer sentirse culpables a sus padres (1,7).

3.3 Clasificación del niño

Hay distintas clasificaciones de la conducta del niño. Estas permiten evaluar el comportamiento en la primera visita y su evolución en las siguientes (1):

- **Clasificación de Frankl:** (8)

- Grado 1: Definitivamente negativa; rechaza el tratamiento, llora mucho, muestras de negativismo extremo hacia el tratamiento.
- Grado 2: Negativo; muestra poca colaboración y tiene una actitud negativa pero no en exceso.
- Grado 3: Positiva; acepta el tratamiento y coopera, pero a veces con cautela.
- Grado 4: Definitivamente positivo; el niño muestra interés y disfruta.

- **Clasificación de Wright:** (9)

- Cooperativo: Se encuentran razonablemente relajados y tienen aprehensiones mínimas.
- Ausencia de habilidad de cooperar: Incluye a los menores de 3 años con los que no se puede establecer comunicación y aquellos con condiciones discapacitantes. No se espera una adecuada conducta.

- Potencialmente cooperador: Puede tratarse tanto de un niño sano como de uno discapacitado; este si tiene la capacidad de colaborar.
- **Clasificación de Rud y Kisling:** (10)
 - Grado 3: Aceptación positiva. Muestra interés, ganas de hablar, está sentado de forma relajada, sus ojos están brillantes, tranquilos o vivos y móviles.
 - Grado 2: Aceptación indiferente. El niño mantiene conversaciones pero son rápidas, actúa con cautela y de forma dubitativa. Su expresión ocular es indiferente y sigue teniendo una posición relajada en el sillón dental.
 - Grado 1: Aceptación con desgana. Ausencia de respuesta y de interés por su parte. Continúa sentado de forma relajada, pero parpadea o frunce el ceño.
 - Grado 0: No aceptación. El niño se queja verbal y físicamente o llora.
- **Clasificación de Venham:** (11,12)
 - Relajado, sonriente, dispuesto a conversar.
 - Inquieto, preocupado. En las situaciones de estrés puede protestar un poco para mostrar su malestar. Es un niño que colabora con el tratamiento.
 - Tenso, el tono de su voz, las preguntas y las respuestas reflejan que el niño está asustado. Ante situación de estrés llora silenciosamente, tensa las manos o las mueve, pero no interfiere en el tratamiento.
 - Desgana para aceptar el tratamiento. Aumentan las quejas verbales y el llanto. Los tratamientos se realizan, pero con dificultad.
 - Ansiedad generalizada, llora, pero no es debido al tratamiento, mucho movimiento corporal. Podemos llegar a establecer comunicación verbal y que con gran esfuerzo colabore para realizar el tratamiento.
 - Fuera de contacto con la realidad de la amenaza. Lloro fuertemente, se niega a escuchar, adopta una conducta de escape. Puede requerir restricción física para poder llevar a cabo el procedimiento.

3.4 Niño no colaborador

Hay distintos tipos de niño no colaborador, que son aquellos que más que no ser capaces de portarse bien es que no quieren hacerlo.

- **Niños con alteración emocional:**

Estos niños son pacientes muy complicados. Esta situación empeora cuando el niño viene sin tener un diagnóstico confirmado debido a que los padres no son conscientes de la alteración emocional de su hijo; ya sea porque están acostumbrados y no se dan cuenta o

porque se nieguen a aceptarlo. En estos casos estaría indicado recomendarles que el niño acuda al pediatra para que este evalúe su alteración emocional (1,7,13)

- **Enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas:**

En ocasiones cuando tienen enfermedades crónicas sus padres se olvidan de los refuerzos positivos y negativos, lo que puede ocasionar problemas de conducta, ya que a pesar de su condición sigue teniendo que cumplir normas.

También debemos poner límites en el caso de situaciones traumáticas para el niño como la muerte de un familiar, la separación de sus padres o tener un nuevo hermano (1,7,13).

- **Niño con déficit de atención e hiperactividad:**

Estos niños son muy nerviosos, lo tocan todo, se mueven continuamente y no prestan atención. No obstante, pueden tener un elevado umbral para la percepción del dolor (1).

- **Niño tímido o introvertido:**

Son pacientes que se encuentran cohibidos, y suelen protegerse detrás de sus padres, pero no suelen oponer resistencia física a la separación de ellos. Su comportamiento puede ser causado por su personalidad, por padres sobreprotectores, como reflejo del comportamiento de sus padres o por desconocimiento ante la nueva situación (9,14).

- **Niño atemorizado**

Es difícil saber si el niño no colabora debido a su miedo o por otra causa. Hay múltiples factores desencadenantes del miedo del niño: una situación nueva, miedo adquirido por comentarios de sus familiares o amigos, una experiencia previa dental o médica desagradable, miedo debido a su corta edad o por tener un desarrollo lento, o niños que exageran sus emociones debido a otros problemas de su vida (1,7,13).

- **Niños con aversión a la autoridad**

Son niños rebeldes y consentidos que se niegan a aceptar las normas e instrucciones que les dan los adultos. Es posible que estos niños adopten esta actitud desafiante porque los padres no sean estrictos con su comportamiento (9). Necesitan sentirse superiores y actúan de manera violenta ante el dentista al verlo como una figura de autoridad. Pueden morder y ser desagradables, lo que dificulta el tratamiento (1).

- **Niño llorón**

El niño lloriquea durante todo el procedimiento, pero no de forma fuerte. En numerosas ocasiones incluso tras volverle a inyectarle anestesia local siguen diciendo que les duele (9). Muchos lloran para hacerse la víctima y que sus padres se sientan culpables (1).

3.5 Técnicas de manejo de comportamiento

Las técnicas de control de conducta se pueden dividir en cuatro apartados:

1) **Técnicas de comunicación:**

Lo primero que debemos hacer para controlar la conducta es comunicarnos con él, tanto a nivel verbal como paraverbal. El dentista y el auxiliar deben ser agradables, e interesarse sobre los gustos del niño para entablar tema de conversación (15).

- **Instrucciones**

Debemos explicar continuamente lo que vamos a hacer de forma clara y entendible en función de la edad del paciente. Además, debemos de aclarar sus dudas y dar pocas instrucciones para que el niño sea capaz de llevarlas a cabo (16).

- **Lenguaje pediátrico**

No debemos emplear tecnicismos, sino usar eufemismos que hagan entender al niño lo que vamos a hacer sin causarle temor (17). Debemos hablarle despacio, con claridad y con un tono de voz bajo para atraer su atención (16).

- **Distracción**

El odontólogo puede distraer al niño preguntándole por diversos temas como qué actividades realiza, con el objetivo de que el paciente se olvide del tratamiento que estamos realizando y se tranquilice. Actualmente, existen otras formas de distracción como sería ponerle dibujos o música a través de dispositivos electrónicos (16).

- **Ludoterapia:**

Usamos juegos para entretener al niño y eliminar tensión. Nuestra participación en el juego y el tipo de juego variarán en función de la edad y de la madurez del niño (16).

- **Control de voz**

Esta técnica consiste en un cambio abrupto y súbito del tono de voz, acompañado de la expresión facial. Su finalidad es recuperar la atención del niño y mostrarle que el odontólogo es quien tiene la autoridad; hay que usarlas cuando el niño está comenzando a tener una mala conducta (18). Una vez que conseguimos captar la atención del niño volvemos a ser amables con él (17).

- **Técnicas no verbales**

Es importante la expresión facial y la posición del clínico frente al niño; hay que transmitirle autoridad, decisión y al mismo tiempo autoconfianza. Cuando el niño tenga un mal comportamiento, el odontólogo debe establecer contacto visual con él, para ello

se situará frente a él en una posición desde delante y hacia abajo, a la vez que el odontólogo modifica su expresión facial para reforzar su petición (16).

- **Técnica Decir-Mostrar-Hacer (Tell-Show-Do)**

Esta técnica consiste en 3 pasos (19). El 1º de ellos es explicarle al paciente con claridad en qué consiste el procedimiento que vamos a llevar a cabo. El 2º consiste en hacerle al niño una demostración de cómo lo vamos a realizar. Por último, procedemos a realizar el procedimiento explicado y enseñado previamente (20).

Esta técnica puede ser usada en los pacientes infantiles que acuden por primera vez a la clínica y también en pacientes que presentan ansiedad (21). No utilizaremos esta técnica en la inyección de la anestesia local ni en tratamientos que impliquen sangrado para evitar que el niño se asuste (16).

- **Reducción de la ansiedad de los padres**

La ansiedad de los padres suele ser transmitida a sus hijos desencadenando en ellos un mal comportamiento (22). Necesitaremos reducir la ansiedad de los padres para poder tratar a sus hijos. Lo conseguiremos explicándoles las distintas técnicas existentes para disminuir la ansiedad de su hijo; lo tendremos que hacer transmitiendo seguridad y confianza en nuestras palabras e insistiéndole en que es normal que llore y que ello le ayuda a liberar la tensión acumulada (23,24).

2) Técnicas de modificación de la conducta:

Estas técnicas se basan en los principios establecidos en la Teoría del Aprendizaje Social, y tienen como objetivo sustituir una conducta negativa por la deseada (25,26).

- **Visita introductoria:**

La visita introductoria consiste en realizar al niño un tratamiento simple como podría ser la enseñanza de higiene oral, con el objetivo de que el niño vaya conociendo el ambiente de la clínica y a sus profesionales y se vaya con una sensación agradable (23).

- **Modelado:**

El modelado en Odontopediatría consiste en que un niño que tiene mal comportamiento en la clínica dental observe a otro niño que está siendo tratado y se porta bien; con el fin de que aprenda e imite su forma de comportarse (27). La persona observada también pueden ser sus padres o sus hermanos (21). Esta técnica suele ser muy útil como medida preventiva en niños temerosos que aún no han sido sometidos a ningún tratamiento (28). Además, el modelado ha mostrado ser una técnica eficaz tanto al enseñárselo a los niños por medio de películas (29,30), como al hacerse en vivo (31).

- **Desensibilización:**

Esta técnica consiste en disminuir la ansiedad de forma gradual. Se somete al paciente a estímulos que provocan una respuesta leve, una vez que este la soporta y no le causa ansiedad, realizamos un estímulo algo mayor y así sucesivamente. Pretende que el niño se relaje y elimine su ansiedad (32,29). El problema de esta técnica es que requiere mucho tiempo y a veces el odontólogo no dispone de él (20).

- **Presencia-Ausencia de los padres**

El dentista puede permitir que el padre esté presente mientras tratamos al niño. No obstante, si este no coopera debemos pedir al padre que se salga para poder reestablecer la comunicación con el niño. Si el niño comienza a comportarse bien le diremos al padre que vuelva; esta maniobra la podemos repetir una o dos veces (20).

- **Refuerzo**

Consiste en premiar o castigar las conductas con el objetivo de que estas persistan o desaparezcan, por tanto, el refuerzo puede ser positivo o negativo. El refuerzo positivo puede ser un premio al finalizar el tratamiento si el niño se ha portado bien (20). Skinner (33) demostró que existe un gradiente temporal, si se da inmediatamente tras la acción, será mayor la asociación entre el buen comportamiento y el refuerzo positivo.

3) Técnicas de limitación

Son técnicas que controlan los movimientos corporales de los niños en la consulta. Se utilizan solo cuando sean estrictamente necesarias para garantizar la seguridad del paciente y del odontólogo, y para conseguir el adecuado cuidado de su salud oral. Para aplicar estas restricciones debe haberse obtenido previamente el consentimiento informado del tutor legal del niño (34,35). Dentro de las técnicas de limitación encontramos bloques de mordida o abre bocas, que son dispositivos que impiden al niño cerrar la boca. A veces es necesaria la inmovilización médica del paciente, que puede ser realizada por el equipo dental, o con ayuda de sus padres, o mediante dispositivos de sujeción del niño como el Papoose Board (36).

4) Técnicas prohibidas

Estas técnicas consisten en limitar el movimiento de las extremidades del niño, y poner la mano sobre su boca para impedir que grite mientras le habla con voz baja al oído para captar su atención. Está contraindicada en niños menores de 3 años y en aquellos que no son capaces de comunicarse (37,21). Existe mucha controversia con esta técnica, actualmente no se encuentra dentro de las guías de manejo de comportamiento del niño establecidas por la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) (38).

3.6 Factores que influyen en la conducta del niño en la clínica dental

La Odontopediatría debe tratar de discernir los hechos objetivos y conocer la influencia de los factores subjetivos para tomar las decisiones adecuadas (1). Entre ellos destacar:

- **Los padres**

Son quienes modelan la conducta del niño, por lo que nunca deben hablarle a su hijo de acudir al dentista como algo negativo usado a modo de amenaza (1). Las emociones son transmitidas indirectamente a sus hijos lo que ocasiona preocupación en el niño con una consecuente falta de colaboración durante el tratamiento dental (39). Por ello, a partir de los 3 años se debe evitar la presencia de los padres. No obstante, dado el aumento las reclamaciones legales a los odontólogos, el profesional debe valorar cada caso (40).

Factores como la disciplina que transmitan o la libertad que permitan, determinan un tipo u otro de conducta (1). Los estilos de crianza pueden ser clasificados en:

1. **Autoritario:** Son muy exigentes, ponen muchas restricciones a los niños, recurren más a castigos que a refuerzos positivos. Sus hijos reciben poco apoyo emocional por lo que tienen falta de confianza en sí mismos (41,42).
2. **Autorizativo o "suficientemente bueno":** Los padres ejercen autoridad, exigiéndoles metas razonables, de forma cariñosa y dándoles explicaciones. Este estilo de crianza es el recomendado por psicólogos y pedagogos, ya que los niños ganan autonomía, independencia y confianza en sí mismos (41,42).
3. **Permisivo:** Son padres que tienen poco control sobre sus hijos ya que no les ponen límites, son demasiado permisivos. Esto genera falta de confianza y de responsabilidad en el niño, así como inestabilidad emocional (41,42).

- **Duración y hora de la visita**

Igualmente es importante tener en cuenta que el niño si espera mucho tiempo para ser atendido se pone nervioso y disminuye su colaboración, por ello trataremos de que las visitas sean cortas. No obstante, los odontopediatras están promoviendo realizar el tratamiento completo por cuadrantes en una sola sesión, para así disminuir el número de veces que tenga que acudir el niño a la clínica. También es relevante el horario; es mejor tratar a los niños pequeños por la mañana ya que tanto ellos como el odontólogo están menos cansados y así habrá una mayor cooperación (43,44).

- **Carácter del profesional**

El comportamiento del niño puede cambiar en base al carácter del dentista, su experiencia, conocimientos, cultura y formación (1). Junto con ello, el ambiente de la

clínica o incluso al color del uniforme puede hacer recordar al niño a experiencias odontológicas negativas que ocurrieron con anterioridad. El profesional en base a sus conocimientos y experiencia sabrá cómo modificar la conducta del niño (45).

- **Experiencias previas**

Si el niño ha acudido antes al dentista o al médico y ha tenido una experiencia negativa será más reacio a colaborar. Debemos obtener toda la información posible acerca de su anterior experiencia para saber cómo enfocar el tratamiento (5,46).

- **Coficiente intelectual, edad, sexo y cultura**

La inteligencia es importante para obtener una adecuada comprensión de las instrucciones. Asimismo, parece estar relacionado con su capacidad comunicativa y su manera de comportarse. Algunos estudios parecen indicar que los niños con bajo coeficiente intelectual y los superdotados presenta mayor temor al odontólogo (10). El temperamento también influirá en la conducta del niño (14,47,48). Es una cualidad emocional que varía entre individuos, suele ser estable a lo largo del tiempo, aunque puede modificarse (49,50). Según el temperamento, el tipo de reacciones y su intensidad serán distintas, así como la capacidad de controlar sus emociones (51). En un estudio Klingberg y Broberg (14) observaron que los niños que eran tímidos y los que tenían emocionalidad negativa obtuvieron los mayores resultados de ansiedad dental. Algunos autores consideran que el temperamento influye en el desarrollo del miedo al dentista, siendo crucial haber sufrido experiencias dentales negativas previamente (52). Con respecto al sexo no parece haber diferencias significativas. Es difícil valorar si hay diferencias en la ansiedad de los niños al dentista en diferentes razas, ya que en cada una de ellas la educación y los hábitos son distintos (14).

3.7 Factores familiares y sociodemográficos

En la actualidad, se ha producido un cambio en la sociedad en lo referente a la introducción de la mujer a la actividad laboral. Esto muchas veces desencadena que sus padres tengan que dejar sus hijos en mano de cuidadoras (que suelen tener menos disciplina), lo que les causa una sensación de angustia que luego tratan de compensar con una excesiva permisividad (22). Además, este sentimiento de falta de dedicación a los niños probablemente ha llevado a la mayor tendencia de querer estar los padres presentes durante el tratamiento dental. Algunos de estos padres consienten a sus hijos aunque se porten mal, lo que hace que el niño se niegue a cumplir las normas y rechace cualquier autoridad incluida la ejercida por el dentista. Otros niños adoptan conductas de

indefensión aprendida, que consiste en hacerse la víctima al acudir al dentista para despertar mayor atención y sentimiento de culpabilidad en sus progenitores (7,13,1). También ha cambiado el paradigma social al aparecer nuevos modelos de familias compuestos por dos padres de un mismo sexo o familias monoparentales y un gran aumento de separación de los padres, factores que también pueden influir en la conducta de los niños (53). Ante estas situaciones y también por otros motivos como podría ser el fallecimiento de algún familiar, hay niños que desarrollan trastornos emocionales y los padres no son consciente de ello; esto sumado a la ansiedad por la visita al dentista hace que estos niños sean muy difíciles de tratar (7,13,1). Se ha asociado el bajo nivel socioeconómico y educativo con la aparición de ansiedad dental en la infancia. Los empleos a tiempo parcial, estar desempleado y el tener bajos ingresos se ha relacionado con tener una ansiedad más elevada al dentista (54,55). Por último, destacar que actualmente con el desarrollo de las tecnologías los niños se han vuelto más sedentarios ya que su forma de entretenerse ha pasado a ser jugar a videojuegos y ver la televisión (56,57). Esto nos resulta de interés puesto que algunos estudios han asociado el miedo y la ansiedad con estar mucho tiempo observando una pantalla electrónica (58,59). Debido a los nuevos patrones familiares y sociales, y a la gran cantidad de niños de manejo de comportamiento en odontopediatría, surge la necesidad de evaluar estos factores y su influencia en el comportamiento del niño en la consulta dental. Por lo tanto, el presente estudio persigue analizar la relación que pudiese existir entre ellos.

4. OBJETIVOS:

4.1 Objetivo general:

El objetivo principal es determinar cómo influyen los factores sociofamiliares y sociodemográficos en problemas conductuales del niño durante el tratamiento dental.

4.2 Objetivos específicos:

Vamos a desglosar el objetivo general en varios objetivos más específicos.

- 1) Analizar la estructura familiar comprobando si el nivel de atención prestado por los padres pueda repercutir en la actitud del niño en el dentista.
- 2) Evaluar si el nivel económico y cultural del entorno familiar pudiese influir en el comportamiento del paciente odontopediátrico.
- 3) Determinar si ciertos hábitos rutinarios en la vida de los niños llevan a una mayor tendencia a la ansiedad en el gabinete dental.
- 4) Comparar los diferentes comportamientos de los niños en la consulta según tengan diferentes relaciones sociales con otros menores

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1 Enfoque metodológico

El procedimiento llevado a cabo para el desarrollo de este estudio ha combinado la revisión de la literatura científica publicada en el campo de la odontopediatría y el manejo del comportamiento con la realización de una encuesta mediante un cuestionario diseñado y validado ex profeso.

5.1.1 Primera fase: Revisión bibliográfica

En esta revisión bibliográfica, la búsqueda y selección de información científica se realizó en las siguientes bases de datos: Elsevier (vía Science Direct), Medline (a través de Pubmed), SciELO, Biblioteca Virtual de la Salud (vía Bireme) y Google académico.

En inglés, se utilizaron los descriptores *MeSH (Medical Subjects Headings)* que se indican a continuación: *pedatric dentistry, behavior, family factors, social factors, economic factors, fear, anxiety, dentists, child, patients.* En español, por su parte, se utilizaron los siguientes descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): odontología pediátrica, comportamiento, factores familiares, factores sociales, factores económicos, miedo, ansiedad, dentistas, niño, pacientes. Para realizar la búsqueda, tanto los MeSH como los DECS fueron combinados empleando los operadores lógicos *AND, OR* y *NOT*. Los artículos identificados fueron examinados para determinar su elegibilidad. Primero se verifica que ofrezca acceso al texto completo. Seguidamente, mediante la lectura del título, resumen y palabras clave se comprueba que tratan de factores influyentes en el comportamiento del paciente odontopediátrico.

También se obtuvo información a partir de libros, haciendo mención especial al libro "Odontopediatría. La evolución del niño al Adulto Joven" (1) y al libro " Behavior Management in Dentistry for children" (9).

5.1.2 Segunda fase: diseño y validación por comité de expertos de la encuesta

Se diseñó previamente una encuesta anónima, con 11 preguntas (Anexo 1), que fue validada por profesores entendidos en la materia (Tabla 1). Se confeccionó una plantilla modificando la herramienta propuesta por Alarcon y cols. (60) con 3 categorías:

- **Coherencia:** La pregunta guarda una relación lógica con el tema.
 - No cumple el criterio: La pregunta tiene relación lógica con el tema.
 - Bajo nivel: La pregunta presenta una relación tangencial con el tema.
 - Moderado nivel: La pregunta tiene una relación moderada con el tema.
 - Alto nivel: La pregunta está muy relacionada con el tema.

- **Claridad:** La pregunta se entiende fácilmente.
 - No cumple el criterio: La pregunta no se entiende en absoluto.
 - Bajo nivel: La pregunta precisa de modificaciones de las palabras por su orden o significado.
 - Moderado nivel: Se necesita que se haga una modificación muy específica de algunas de las palabras de la pregunta.
 - Alto nivel: La pregunta se entiende perfectamente.
- **Relevancia:** La pregunta es esencial o importante.
 - No cumple el criterio: La pregunta podría ser eliminada y no afectaría en nada al trabajo.
 - Bajo nivel: La pregunta no es muy importante.
 - Moderado nivel: La pregunta es relativamente importante.
 - Alto nivel: La pregunta es muy importante y debe constar en el cuestionario.

<p>Dra. María Biedma Perea</p> <p>Profesor Asociado de Odontopediatría del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.</p>
<p>Dr. David Ribas Pérez</p> <p>Profesor Asociado de Odontopediatría del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla</p>
<p>Dra. María José Barra Soto</p> <p>Profesor Asociado de Odontopediatría del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla</p>
<p>Dra. Beatriz Solano Mendoza</p> <p>Profesor Sustituto Interino de Odontopediatría del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla</p>

Tabla 1: grupo de expertos

5.2 Selección de los participantes

Los criterios de inclusión aplicados fueron niños que acudieran a la clínica dental:

- con edades comprendidas entre 4 y 8 años
- acompañados por padre, madre o tutor legal

- estuviesen sanos (basándonos en su historia médica)

Por lo cual hubo que excluir niños diagnosticados de algún trastorno del comportamiento (Trastorno del espectro autista, Síndrome de Asperger, Down o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad). El tamaño de la muestra se estimó a priori calculando un contraste unilateral de la hipótesis con una potencia estadística del 80% y un intervalo de confianza del 95%, como se estimó en estudios piloto anteriores. Se consideró un margen del 10% para evitar la pérdida de poder del estudio debido a la pérdida inesperada de sujetos o la recopilación de datos. Se han realizado cuestionarios desde el día 21 de diciembre al 30 de marzo de 2021. El tamaño muestral fue de 130 personas, procedentes en su mayoría de las provincias de Sevilla y de Cádiz.

5.3 Cuestionario

El cuestionario utilizado ha sido diseñado “ex profeso” para este estudio, teniendo en cuenta que sería anónimo, autocumplimentado y su aplicación se llevaría a cabo de manera directa en la clínica dental. Para determinar su extensión, se propuso como principal objetivo que el tiempo medio necesario para completarlo oscilara entre los 4 y 6 minutos; un cuestionario demasiado amplio puede poner en peligro la calidad de las respuestas o incluso provocar el abandono prematuro. A pesar de ello, se decidió no establecer limitación alguna de tiempo para las respuestas.

5.3.1 Fase piloto

Una vez validada se procedió a la fase piloto, en la que se realizó dicha encuesta a los padres de 15 niños (Anexo 2). La encuesta fue completada por los padres de los niños en la sala de espera mientras su hijo era atendido; a excepción del último apartado del cuestionario que consistía en la escala facial autoinformada de Wong Baker (Anexo 3) y tenía que ser realizado por el hijo. Esto último se hizo tras finalizar el tratamiento y antes de darle algún premio por su comportamiento para evitar influenciar su respuesta. La escala facial autoinformada de Wong Baker (61) sirve para determinar el grado de ansiedad de cada niño, así como el dolor sufrido durante la visita al dentista. Consiste en seis caras con diferentes expresiones faciales que van desde reír hasta llorar. Hay que explicarle al niño que la primera cara representa a una persona feliz porque no ha sentido nada de dolor, la segunda ha sentido un poco de dolor, la tercera un poco más, la cuarta es que le ha dolido mucho, la quinta que le dolido muchísimo pero no ha llorado, y la sexta es que ha llorado. Una vez explicado esto, el niño debe elegir con cuál de los iconos se identifica. En la fase piloto no se tuvo en cuenta la edad de los niños ya que el objetivo

era comprobar que el cuestionario era entendible. Tras analizar los resultados de la fase piloto, se observó que la gran mayoría de los padres respondían a la pregunta test referente a su situación laboral (autónomo, funcionario, asalariado, desempleado u otro), pero no especificaban concretamente cuál era su profesión. Por tanto, se separaron como dos preguntas distintas para que fuese entendido con más claridad. También se modificó la pregunta referente al estado civil, al faltar una opción encaminada a aquellos padres que compartían domicilio familiar sin estar casados. Además, nos dimos cuenta de que al realizar la escala facial autoinformada de Wong Baker debemos intentar guiar al niño, preguntarle por qué ha escogido esa imagen y explicarle que no pasa nada por señalar la cara más triste si es así como se ha sentido, ya que algunos más tímidos por vergüenza podrían pensar que debían señalar la cara feliz; u otros que tras haber estado llorando señalaban la cara más feliz porque ya se iban a su casa.

5.3.2 Aplicación del cuestionario

Al haber realizado las modificaciones comentadas, ya comenzamos el estudio aplicando el cuestionario a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Este estudio sigue los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Previamente a la realización de los cuestionarios correspondientes, los padres de los niños dieron su consentimiento informado para la participación en dicho estudio (Anexo 4). El cuerpo de preguntas constaba de 20 referentes a 4 dimensiones estudiadas (Anexo 5):

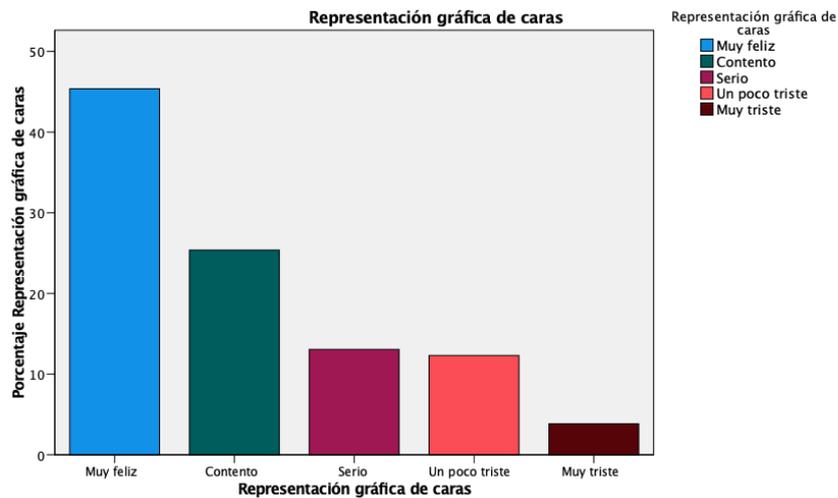
- a) Estructura familiar del niño (sexo, edad del niño, hijo biológico/adoptado, orden de nacimiento, estado civil de los padres, presencia de cuidador/a)
- b) Nivel económico y cultural (ocupación del padre y de la madre junto con el nivel de estudios de ambos y hallando así el índice Hollingshead de cuatro factores [Seyrek y col., 2016.], tamaño de la población, tipo de colegio)
- c) Hábitos rutinarios del niño (horas de sueño, uso de videojuegos, televisión, tablet)
- d) Relaciones sociales (extraescolares, deporte, juego en equipo, mascota doméstica)

5.4 Análisis de Datos

Las respuestas fueron recogidas en una hoja de Excel para la confección de una base de datos. Estas fueron revisadas para comprobar que no había errores o preguntas incompletas; finalmente se desecharon 8 encuestas. Tras ello, procedimos a convertir esta información en el software IBM SPSS 25. Una vez pasados los datos a SPSS, se realizó un análisis estadístico descriptivo con tablas de frecuencia y tablas cruzadas mediante el análisis chi-cuadrado, para hallar la significación estadística de la relación entre datos.

6. RESULTADOS

Al final del estudio, no hubo datos faltantes para ninguna de las covariables clínicas enumeradas. Brevemente, la mayoría de los niños encuestados estaban muy felices (44,7%) o contentos (25%) tras la asistencia odontológica (Gráfica 1).



Gráfica 1: Representación de los resultados de la escala facial de Wong Baker.

Influencia de la estructura familiar del niño en la escala facial de Wong Baker

El sexo no se asoció con respuestas tristes o muy tristes tras la consulta presentando las mujeres el 42,8% y los varones el 57,1%, observando por tanto una ligera peor respuesta en los varones pero sin una relación estadísticamente significativa ($p=0,61$).

Con respecto a la edad, los niños del grupo de edad de 4 a 6 años al ser más pequeños e inmaduros emocionalmente suelen estar más tristes al ir al dentista, observando una relación estadísticamente significativa ($p<0,05$) en esta variable. A este grupo de edad pertenecían un 38,6 % de los niños de la muestra (Tabla 2).

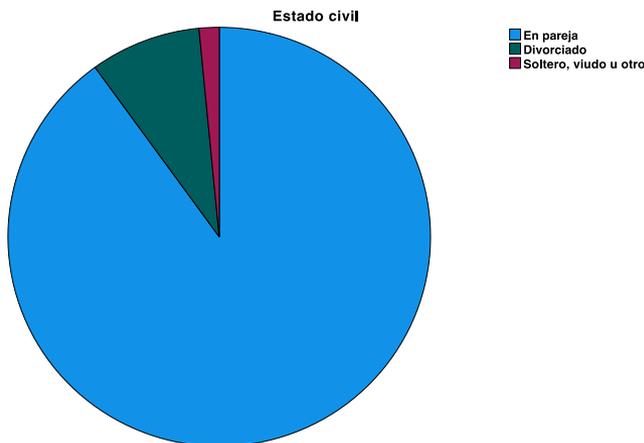
		Representación gráfica de caras					Total
		Muy feliz	Contento	Serio	Un poco triste	Muy triste	
grupo de Edad	4-6	19	12	5	10	5	51
	7-9	40	21	12	6	0	79
Total		59	33	17	16	5	130

Tabla 2: Tabla cruzada del grupo de edad y la representación gráfica de caras

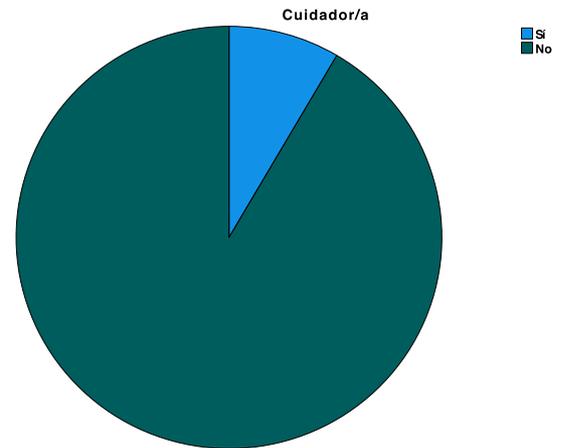
En toda la muestra sólo hubo un niño adoptado, el cual presentó una cara contenta en el test, siendo un dato muy poco informativo sin relación estadísticamente significativa ($p=0,56$). A pesar de que el 52,3% de los niños que eligieron caras tristes o muy tristes eran los hijos menores en las familias, no hubo una relación estadísticamente significativa ($p=0,51$). De igual forma no se observó relación estadísticamente significativa ($p=0,33$).

en los diferentes estados civiles, aunque sólo representaba un 9,8% de la muestra los niños con padres divorciados, solteros, viudos u otros (Gráfica 2).

Por último en este apartado, destacar que igualmente, no se observó una relación estadísticamente significativa entre los niños que tenían cuidador/a o no ($p=0,56$), aunque los que sí tenían cuidador sólo representaban un 8,3% de la muestra (Gráfica 3).



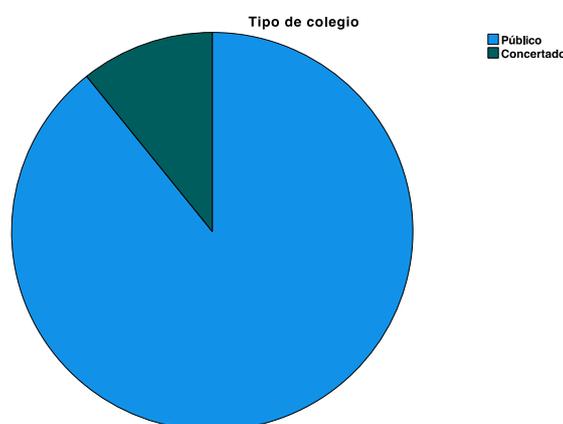
Gráfica 2: Diagrama de sectores de la muestra según estado civil de los padres.



Gráfica 3: Diagrama de sectores de la muestra según si tienen cuidador o no.

Influencia del nivel económico y cultural en la escala facial de Wong Baker

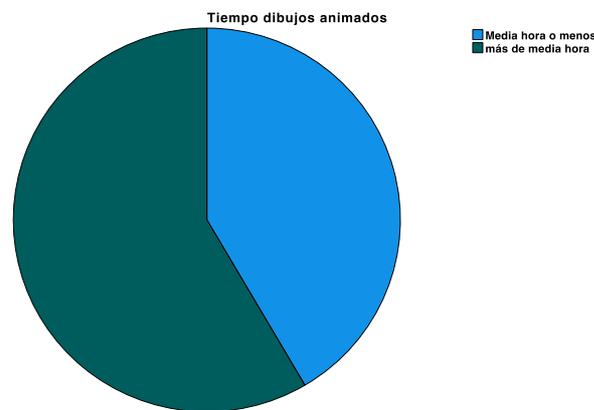
En el nivel socioeconómico, los de clase media (47,6%) y baja (52,3%) mostraron muchas más respuestas tristes y muy tristes que lo de clase alta (0%), aunque sin una relación significativa ($p=0,2$). Igualmente, no se observó relación significativa en el tamaño de la población de residencia ($p=0,19$) ni en el tipo de colegio al que acudían ($p=0,51$), aunque hay que destacar que sólo el 10,6% de la muestra estaba en colegio concertado (Gráfica 4).



Gráfica 4: Diagrama de sectores de la muestra según el tipo de colegio.

Influencia de los hábitos rutinarios del niño en la escala facial de Wong Baker

Sólo el 27,3% de la muestra de los niños se acostaban entre las 20:00 y las 21:00 horas, sin observar una relación estadísticamente significativa en esta variable con el test de Wong Baker ($p=0,08$). En cuanto a la proporción de los niños que usaban videojuegos y los que no, hubo porcentajes menos dispares que en la variable anterior (37,9% y 60,6% respectivamente), sin una relación estadísticamente significativa ($p=0,14$). Sí que se observó que los niños que veían al día dibujos animados más de media hora (ya fuese en televisión o Tablet), mostraron más caras tristes (62,5%) y muy tristes (80%), aunque sin una relación estadísticamente significativa ($p=0,35$) (Gráfica 5).



Gráfica 5: Diagrama de sectores de la muestra según el tiempo dedicado a ver dibujos animados.

Influencia de las relaciones sociales en la escala facial de Wong Baker

El 68,9% de los niños encuestados practicaban deporte y de ellos el 44,7% el deporte que practicaban era en equipo. Tras realizar las pruebas de chi-cuadrado observamos que hay una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p<0,05$) (Tabla 3). De modo que los niños que practican deporte en equipo presentan un mejor comportamiento en la clínica que los que no. Sin embargo, no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre la actitud en la clínica en función de si el niño hacía deporte o no ($p=0,18$).

		Representación gráfica de caras					Total
		Muy feliz	Contento	Serio	Un poco triste	Muy triste	
Deporte en equipo	Sí	25	23	3	7	1	59
	No	20	2	7	2	1	32
Total		45	25	10	9	2	91

Tabla 3: Tabla cruzada de la práctica de deporte en equipo y la representación gráfica de caras

La proporción entre el número de familias con mascota y sin ella era similar, siendo un 48,5% las que sí la tenían y un 50% las que no. A pesar de ello, no encontramos relación estadísticamente significativa entre esta variable y el comportamiento del niño ($p=0,512$).

7. DISCUSIÓN

La ansiedad y el miedo es el problema más común encontrado en odontopediatría, por lo que supone un reto para los profesionales de este sector. Este estudio fue llevado a cabo principalmente para establecer relaciones del ambiente del niño que nos puedan ayudar a entender el comportamiento de nuestros pacientes.

En los primeros años de vida del niño, el modelo familiar es de vital importancia ya que en función la educación (afecto, aceptación o rechazo, éxito o fracaso) que le den, el niño adoptará su personalidad y su forma de ser. En esta etapa del niño la familia desempeña una gran influencia en el desarrollo cognitivo, personal, emocional y socio-afectivo (62). Al principio se entendía que la estructura familiar era el número de personas que pertenecían a la familia. No obstante, la sociedad ha ido cambiando y con ello la estructura familiar. Entre estos cambios se encuentran un mayor número de padres divorciados, más casos de familias monoparentales, así como la existencia de parejas del mismo sexo; por tanto, actualmente hay una mayor diversidad en los modelos de estructura familiar. Por ello, al hablar de estructura familiar no nos tenemos que centrar en el número de convivientes de la familia sino en cómo afecta esa estructura en el niño (63).

Según el estudio de Gray, el número de componentes de la familia o la presencia de ambos padres en ella no influye en la personalidad de los niños (64); lo que parece tener influencia es la relación existente entre ellos, y esto no guarda relación con un determinado modelo familiar (madre soltera, familias de padre y madre...). No hay pues evidencia de que tener una estructura familiar que se salga de lo convencional vaya a influir negativamente en los niños (65). Sin embargo, cuando los padres se divorcian y existe una mala relación entre ellos ya sea antes, durante o después de separarse, los niños sufren y pueden terminar padeciendo de trastornos de ansiedad u otros problemas psicológicos (66,67,68). En nuestro estudio no hemos encontrado relación entre el estado civil de los padres y el estado de ánimo del niño, aunque esto puede ser debido a que solo fueron un 10 % de la muestra los niños con padres divorciados, solteros, viudos u otros. Por ello, sería interesante continuar con este estudio.

No hay literatura sobre el miedo del niño en el dentista en niños adoptados. En este trabajo, no hemos encontrado una relación estadísticamente significativa en el hijo biológico o adoptado y el miedo en la consulta dental, teniendo solo un niño adoptado en el estudio, por lo cual tiene poca validez y consideramos que podría ser un tema de interés para futuros estudios. Lee (2008) observó que los hijos únicos y los hijos mayores

presentaban más ansiedad dental que el resto de los niños (69). A su vez, se ha visto que el tener hermanos disminuía la ansiedad dental (47). Sin embargo, nosotros tras analizar estas variables no encontramos una relación estadísticamente significativa, observando un mayor porcentaje de hijos menores que eligieron caras tristes o muy tristes.

A pesar de que hay autores que indican que las niñas presentan más ansiedad en el dentista que los niños (70,71), en este estudio no encontramos ninguna correlación significativa entre el sexo y el miedo de los niños al dentista o su mal comportamiento. Sin embargo, coincidimos con los resultados de Shindova (2019) y Raj (2013) quienes tampoco observaron relación significativa (72,73).

En el presente trabajo, hemos observado una peor respuesta en los niños de 4 a 6 años que en los de 7 a 9 años con una relación estadísticamente significativa. Estos datos coinciden con diferentes estudios que vieron que los niños de menor edad tienen más miedo al dentista que aquellos que son más mayores (8,11,74). Aunque son numerosos los autores que indican un mayor nivel de miedo en niños menores de 6 años, algunos no encontraron correlación entre la edad del niño y la ansiedad dental (75,76,77) e incluso Tickle et al. (2009) indicaron que el miedo al dentista aumentaba con la edad (78). Sin embargo, los miedos son evolutivos, van cambiando a medida que el niño crece, y su sistema psicobiológico va madurando, habiendo una tendencia natural a que vaya desapareciendo progresivamente. Por lo cual encontramos que nuestros resultados tendrían una mayor coincidencia con la naturaleza infantil.

La inserción de la mujer al mundo laboral supone pasar un menor tiempo con sus hijos; sin embargo, no se observan diferencias en el desarrollo psicológico del niño en función de si la madre era ama de casa o si trabajaba fuera de casa (65). En los niños de menos de 1 año (79) sí que puede tener connotaciones negativas en el vínculo madre-hijo el que los padres dejen su hijo a cargo de cuidadores. Pero lo que parece verdaderamente importante es que quien se encargue de cuidar al niño sea siempre una misma persona y que la relación entre esa persona y el niño sea buena, atendiendo a las necesidades del niño (80). Estos resultados nos hacen suponer que la calidad de la relación, más que la cantidad, es lo que cuenta en el desarrollo infantil. De igual forma en nuestro estudio, no se observó una relación estadísticamente significativa entre los niños que tenían cuidador/a o no.

Con respecto al nivel cultural y económico, hay algunos estudios que consideran que estos factores culturales van a influir en que la visita al dentista sea más temprana (preventiva) o más tardía, así como en la percepción del dolor por parte niño y en sus patrones de aprendizaje, condicionando esto la aparición de la ansiedad dental y su

mantenimiento. No obstante, dado que son pocos los estudios al respecto creen que se necesita más investigación para poder determinar cómo influyen los factores familiares y culturales con la fobia dental (81). Generalmente las familias con un menor nivel socioeconómico llevan a sus hijos a colegios públicos, y acuden menos al dentista (82). Por ello algunos autores consideran que las familias con mayor nivel socioeconómico pueden ofrecer una mejor educación a sus hijos y con ello más calidad en el ambiente familiar (83,84,85). En nuestro caso no hemos encontrado una mayor ansiedad dental en los niños en función del tipo de colegio al que asisten, sin embargo, puede ser debido a que de 130 encuestados tan solo 14 acudían a colegio concertado, y ninguno a un colegio privado, lo cual podría ser un aspecto interesante para futuros estudios. Rantavuori et al. (2004) afirmaron que los niños que proceden de familias con un mayor nivel educativo presentan mayor miedo dental (86); mientras que Milgrom et al. (1995) opinaron lo contrario (87). En nuestra investigación coincidimos con el estudio de Coric et al. (2014) y de Felemban et al. (2019) (88,89) al no encontrar diferencias significativas en el grado de ansiedad dental de los niños en función de la ocupación o educación de los padres.

En relación con los hábitos rutinarios, lo ideal es que los niños sigan una misma rutina nocturna ya que esto puede ejercer influencia en el comportamiento del niño. Si los niños no duermen bien habitualmente se pueden producir problemas de salud (obesidad, hipertensión, depresión, dolores de cabeza...) y problemas de comportamiento (irritabilidad, les cuesta concentrarse...). Por el contrario, hay evidencia de que los niños que duermen bien a diario tienen mejores resultados académicos, buen comportamiento, un sistema inmune más sano, y también afecta positivamente a la memoria. La American Academy of Pediatrics (AAP) apoya las pautas de la Academia Estadounidense de la Medicina del Sueño (AASM) y anima a los padres a conseguir crear una rutina nocturna para que sus hijos duerman el tiempo suficiente desde que son pequeños (90). En nuestro estudio no se observó una relación estadísticamente significativa en cuanto a la hora de acostarse y el miedo mostrado en el dentista, aunque habría que diferenciar realmente esta variable del horario según la edad, ya que los preescolares necesitan más horas de sueño y por lo tanto acostarse antes. Chaput et al (91) hicieron una revisión de 62 estudios y la mayoría de ellos observaron que los niños en edad escolar que dormían durante más tiempo regulaban mejor sus emociones. Basándonos en esto, lo lógico sería que estos niños controlasen mejor su ansiedad en sus visitas al dentista.

La AAP aconseja que los niños no tengan televisores, ordenadores, teléfonos o tablets en sus habitaciones, sobre todo por la noche; además, indica que deben dejar de usar estas

pantallas electrónicas al menos 1 hora antes de dormirse (90). Las personas en la actualidad pueden gastar casi 24 horas a la semana entre el uso de teléfonos, la televisión y otras tecnologías. A pesar de esto, muchos niños tienen muy pocas reglas sobre el consumo digital. Pasar demasiado tiempo delante de una pantalla se asocia con obesidad, falta de sueño, peor rendimiento académico, mayor agresividad y otros problemas del comportamiento. Debido a ello, se incluyó esta variable en nuestro estudio. Los expertos nos dicen que los niños de 4 a 12 años no deben superar un tiempo de exposición de 60 minutos diarios. Sin embargo, en nuestro estudio, no hubo una relación estadísticamente significativa con el tiempo de exposición y el test de Wong Baker pero si obtuvimos que los que veían al día dibujos animados más de media hora (ya fuese en televisión o Tablet), mostraron más caras tristes y muy tristes. Cabe destacar el estudio de Naglaa et al. (75) según el cual conforme mayor es el tiempo de exposición a la pantalla electrónica, mayor es el nivel de ansiedad de los niños en la clínica dental. Son numerosas las personas que usan videojuegos independientemente de la edad. Los videojuegos pueden alterar el comportamiento de los jugadores, sus emociones y el aprendizaje. Hay distintos artículos que se contradicen al hablar de si hay una asociación entre videojuegos cargados de agresividad con que el jugador muestre un comportamiento agresivo (92). La AAP aconseja establecer unos límites y no pasar demasiado tiempo delante de las pantallas, así como que los juegos estén cargados de violencia, sino que sea más educativos también teniendo en cuenta la edad del niño (93,94). En nuestro estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa con la ansiedad en el gabinete dental. (90)

Por último, cabe destacar la influencia de las relaciones sociales en el gran cambio del estilo de vida de la sociedad. Las condiciones socioeconómicas actuales (disminución de la natalidad, individualismo, desarrollo del ámbito urbano, el aumento en el uso de videojuegos, tablets, móviles...) van a determinar el entorno en el que los niños van a sociabilizar y a ser educados (95). Las actividades extraescolares forman parte de la educación de nuestros hijos, son un lazo y complemento que ayudan al desarrollo de los niños y a socializarse. Hay que destacar las actividades deportivas pues a los niños, lo que les encanta es jugar, y los beneficios que un niño obtiene para su salud con la práctica son excelentes. Un problema que actualmente afecta a la niñez es la obesidad, y con el deporte el cuerpo del niño se mantiene en un peso ideal. A pesar de todas estas ventajas en el desarrollo del niño, no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre la actitud en la clínica en función de si el niño hacía deporte o de si tenía actividades fuera de clase. Si que encontramos una relación estadísticamente significativa en aquellos niños

que practicaban deporte en equipo y los que tenían caras felices o muy felices en el test de Wong Baker; a esta misma conclusión llegaron también Dimech y Seiler (2011) en su estudio (96).

Los niños al realizar deporte en equipo aprenden a trabajar en grupo con los demás compañeros; por lo que aprenden a tratar con individuos con personalidades distintas a la suya fomentando el respeto mutuo y la cooperación entre ellos. Deben aprender a escuchar tanto al entrenador como al resto del equipo, y a aceptar y respetar a aquellos compañeros que tengan menos habilidad en el desempeño de dicho deporte. Hay estudios que afirman que aquellos niños que realizan deportes en equipo presentan menos depresión, mejor rendimiento académico, mayor autoestima y menos problemas de salud en general (97,98).

No encontramos relación estadísticamente significativa entre los niños que tenían mascota y el comportamiento en la clínica. Sin embargo, se ha demostrado que los beneficios que aportan los animales de compañía a los niños son innumerables. Los animales de compañía son buenos para nuestra salud mental ya que al pasar tiempo con ellos uno se distrae y esto nos afecta positivamente disminuyendo la ansiedad, el estrés y la depresión, y mejora la autoestima (99,100). Además, los niños se encariñan con sus mascotas aprendiendo así a crear vínculos afectivos y a relacionarse con otras personas gracias al aprendizaje de valores como la compasión o la empatía (101). También es positivo que tengan mascota porque esto les ayuda a aprender a comprometerse y a adquirir responsabilidades al ayudar en el cuidado del animal (102). De modo, que va a ser bueno tanto para su aprendizaje y educación para como establecer relaciones sociales (103,104).

Finalmente, aunque en el trabajo se ha investigado una amplia variedad de aspectos que podrían influenciar la actitud del niño tras la visita al odontopediatra, y con una adecuada muestra, no está exento de limitaciones. Muchas de las variables analizadas no han sido estudiadas en el campo odontológico, por cual no hemos podido contrastar si otros autores coinciden en nuestros hallazgos o si por el contrario observaron diferentes resultados. Además, algunos de los resultados obtenidos tuvieron poca validez al tener una representación muy limitada en la muestra, como en el caso de niños que acudían a colegios privados o concertados, niños que tenían cuidadoras o con padres divorciados o niños que eran adoptados.

Por ello sugerimos más investigación y con muestras más ampliadas de estos aspectos familiares y sociodemográficos del niño. Nuestra sociedad está cambiando y los nuevos

patrones familiares juntos con los actuales hábitos rutinarios nos pueden ayudar a entender los miedos que pueda presentar un niño en nuestra consulta y saber cómo actuar con él y en qué forma ayudarlo para poder darle la mejor atención dental. Además, algunos de nuestros hallazgos como la mejor actitud del niño en aquellos que practicaban deporte en equipo podría ser un punto de interés para futuros estudios, pudiendo aconsejar esta práctica a los padres que nos visitan, por todos los beneficios que aporta, incluida la respuesta más positiva tras la visita al dentista.

8. CONCLUSIONES

PRIMERA: Se han producido cambios en la sociedad, al aparecer nuevos modelos de familia en las que hay niños que sufren trastornos emocionales los cuales se ven reflejados en la visita al dentista.

SEGUNDA: Se ha asociado el bajo nivel socioeconómico y educativo con la aparición de ansiedad dental en la infancia, presentando un peor comportamiento en la consulta odontológica.

TERCERA: Con el desarrollo de las tecnologías los niños se han vuelto más sedentarios y que su forma de entretenerse ha pasado a ser jugar a videojuegos y ver la televisión lo cual está asociado el miedo y la ansiedad alterando su actitud frente al odontopediatra.

CUARTA: Los miedos infantiles son evolutivos cambiando a medida que el niño crece, y su sistema psicobiológico va madurando; se observó que los niños del grupo de edad de 4 a 6 años al ser más pequeños e inmaduros emocionalmente solían estar más tristes y asustados al ir al dentista, observando una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en esta variable en nuestro estudio.

QUINTA: Cuando los niños practican deporte y además forman parte de un equipo están en constante interacción con otros aprendiendo a relacionarse de forma respetuosa presentando menos problemas conductuales y mayor autoestima; hemos encontrado en esta investigación una relación estadísticamente significativa entre esta práctica y la actitud positiva tras la visita odontopediátrica ($p < 0,05$).

SEXTA: Los esfuerzos deben centrarse en el desarrollo un ambiente estable en la vida familiar de los niños, con adecuadas rutinas establecidas y hábitos saludables que mejoren el desarrollo emocional de éstos.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A, Planells P. La evolución del niño al adulto joven. Capítulo 8: Desarrollo psicológico del niño: Ripano; 2010.
2. S Cianetti, G Lombardo, E Lupatelli, S Pagano, I Abraha, A Montedori, S Caruso, R Gatto, S De Giorgio, R Salvato. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. 2017 Jun; 18(2): p. 121-130.
3. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. 2007; 17(6)(DOI: 10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x): p. 391-406.
4. J R Pinkham. Fear of dentistry: A discussion of its usefulness to certain child patients. 1983 Mar-Apr; 50: p. 111-3.
5. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Norén JG. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. 1995 Dec; 103(DOI: 10.1111/j.1600-0722.1995.tb01865.x): p. 405-412.
6. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. 2007; 17(6)(DOI: 10.1111/j.1365-263X.2007.00883.x): p. 449-59.
7. Pinkham JR, Casamassimo PS, McTigue DJ, Fields HW, Nowak AJ. Patient management: Pediatric dentistry. Infancy through adolescence. 4th ed. St Louis, Missouri: Elsevier Inc; 2005.
8. Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operatory? 1962; 29: p. 150-155.
9. GZ Wrigtht, A Kupietzky. Behavior management in dentistry for children. Second edition Philadelphia: WB Saunders; 1975.
10. B Rud, E Kisling. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. 1973; 81(5)(doi: 10.1111/j.1600-0722.1973.tb00337.x.): p. 343-52.
11. LL Venham, E Gaulin-Kremer. A self report measure of situational anxiety for Young children. *Pediatr Dent*. 1979; 1(2): p. 91-6.
12. L Venham, D Bengston, M Cipes. Children's response to sequential dental visits. *J Dent Res*. 1977 May; 56(5)(doi: 10.1177/00220345770560050101): p. 454-9.
13. JR Pinkham. Behavioral themes in dentistry for children. 1968-1990; 57(1): p. 38-45.
14. G Klingberg, A G Broberg. Temperament and child dental fear. *Pediatr Dent*. 1998; 20(4): p. 237-43.
15. DW Chambers. Communicating with the Young dental patient. 1976; 93(4)(doi: 10.14219/jada.archive.1976.0051.): p. 793-9.
16. JR Boj Quesada, O Cortés Lillo, E Espasa Suárez de Deza. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto Joven. Desarrollo psicológico del niño. Capítulo 9: Editorial Ripano; 2010.
17. Boj JR, Lischeid C, Jimenez A, Espasa E. Técnicas de comunicación y de modificación de conducta para tratamientos dentales en niños: MTA Pediatría; 1993.
18. JR Pinkham, JR Paterson. Voice control: an old technique reexamined. 1985; 52(3): p. 199-202.

19. Addeleston HK. Child patient training: Fort Rev Chicago Dent Soc; 1959.
20. GZ Wright, A Kupietzky. Behavior management in dentistry for children. Second edition. Chapter Six: Philadelphia: WB Saunders Co; 1975.
21. JF Roberts, MEJ Curzon, G Koch, LC Martens. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. 2010 Aug; 11(4)(doi: 10.1007/BF03262738): p. 166-74.
22. Peretz B, Nazarian Y, Bimstein E. Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. 2004 May; 14(3)(DOI: 10.1111/j.1365-263X.2004.00545.x): p. 192-8.
23. Boj JR, Espasa E, Cortés O. En Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A. Control de la conducta en el paciente odontopediátrico: Odontopediatría Barcelona: Masson; 2004.
24. Peretz B ZD. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment: *Pediatr Dent*; 1999.
25. GZ Wright. Nonpharmacologic management of children's behaviors: n McDonald RE, Avery DR, Dean JA. *Dentistry for the child and adolescent*. 8th ed. St Louis, Missouri: Mosby Inc (Elsevier).; 2004.
26. Catherine Do. Applying the social learning theory to children with dental anxiety. 2004 Feb; 5(1): p. 126-35.
27. Bandura A, Walters RH. *Social Learning and Personality Development*: New York: Holt, Rinehart and Winston; 1963.
28. PE Greenbaum, BG Melamed. Pretreatment modeling. A technique for reducing children's fear in the dental operator: *Dent Clin North Am*; 1988.
29. JB Machen, R Johnson. Desensitization, model learning and the dental behaviour of children. 1974; 53(1): p. 83-87.
30. Melamed B, Weinstein D, Hawes A, Katin-Borland M. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modelling. 1975; 90: p. 822-826.
31. D A Gordon, L Terdal, E Sterling. The use of modelling and desensitization in the treatment of a phobic child patient. 1974; 41(2): p. 102-5.
32. J Wolpe. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. 1958; 3(4): p. 234-40.
33. BF Skinner. *Science and Human Behavior*. 1953.
34. C Connick, M Palat, S Pugliese. The appropriate use of physical restraint; Considerations. 2000; 67(4): p. 256-62, 231.
35. Spreat S LDHJHM. Safety indices associated with the use of contingent restraint procedures. 1986; 7(4): p. 475-81.
36. RI Frankel. The papoose board and mothers' altitude following its use. *Pediatr Dent*. 1981; 13(5): p. 284-288.
37. WC Craig. Hand over mouth technique: *J Dent Child*; 1971.
38. American Academy on Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee-Behavior Management Subcommittee; American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on behavior guidance for the paediatric dental patient. Practice Guideline. 2008; 30: p. 125-33.
39. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. 2012; 22(5)(DOI: 10.1111/j.1365-263X.2011.01200.x): p. 324-30.

40. Piira T, Sugiura T, Champion GD, Donnelly N, Cole AS. The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. 2005; 31(2)(DOI: 10.1111/j.1365-2214.2004.00466.x): p. 233-43.
41. D, Baumrind. Effects of authoritative parental control on child behavior. 1966; 37(4): p. 887-907.
42. D, Baumrind. Differentiating between confrontive and coercive kinds of parental power-assertive disciplinary practices. 2012; 55(2): p. 35-51.
43. Gezt T, Weinstein P. The effect of structural variables on child behavior in the operatory. *Pediatr Dent*. 1981; 3(3): p. 262-6.
44. J M Armfield, L J Heaton. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aus Dent J*. ; 58(4)(DOI: 10.1111/adj.12118): p. 390-407.
45. Tan Berge M, Veerkamp J, Hoogstarten J. Dentists' behaviour in response to child dental fear. 1999; 66(1): p. 36-40,12.
46. A Mendoza, M Biedma, R M Yañez, A Iglesias. Dental fear in children: the role of previous negative dental experiences. *Clin Oral Invest*. 2015; 15(DOI 10.1007/s00784-014-1380-5).
47. B S Suprabha, Arathi Rao, Shwetha Choudhary, Ramya Shenoy. Child dental fear and behaviour: the role of environmental factors in a hospital cohort. 2011; 29(2): p. 95-101.
48. Arnrup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry: the role of child personality characteristics. 2002; 24(2)(119-28).
49. Bates JE, Wachs TD. *Temperament: Individual Differences at the Interface of Biology and Behavior*: Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
50. Kohnstamm D, Bates JE, Rothbart MK. *Temperament in Childhood*: New York: Wiley; 1989.
51. Boer F, Westenberg PM. The factor structure of the Buss and Plomin EAS Temperament Survey (parental ratings) in a Dutch sample of elementary school children. 1994; 62(3)(DOI: 10.1207/s15327752jpa6203_13): p. 537-51.
52. A Liddell. Personality characteristics versus medical and dental experiences of dentally anxious children. 1990; 13(2)(DOI: 10.1007/BF00844998): p. 183-94.
53. Casamassimo P, Wilson S, Gross L. Effects of changing US parenting styles on dental practice: perceptions of diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. 2002; 24(1): p. 18-22.
54. Arnrup K, Broberg A, Berggren U, Bodin L. Temperamental reactivity and negative emotionality in uncooperative children referred to specialized paediatric dentistry compared to children in ordinary dental care. *Int J Paediatr Dent*. 2007; 17(6)(DOI: 10.1111/j.1365-263X.2007.00868.x): p. 419-29.
55. Rantavuori K, Tolvanen M, Hausen H, Lahti S, Seppä L. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. *J Dent Child*. 2009; 76(1): p. 13-9.
56. AD Kappos. The impact of electronic media on mental and somatic children's health. *Int J Hyg Environ Health*. 2007; 210(5)(DOI: 10.1016/j.ijheh.2007.07.003): p. 555-62.

57. Owen N, Sugiyama T, Eakin EE, Gardiner PA, Tremblay MS, Sallis JF. Adults' sedentary behavior determinants and interventions. 2011 Aug; 41(2)(doi: 10.1016/j.amepre.2011.05.013): p. 189-96.
58. MG B. The impact of screen media on children. 2010; 27(10): p. 40.
59. Przybylski AK. Electronic gaming and psychosocial adjustment. 2014; 134(3)(doi: 10.1542/peds.2013-4021.): p. 716-22.
60. Alarcón, L A Galicia; J A Balderrama Trápaga, R Edel Navarro. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apert*. 2017; 9 (2)(<http://dx.doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>): p. pp. 42-53.
61. DL Wong, CM Baker. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs*. 1988; 14(1): p. 9-17.
62. RB Burns. *El autoconcepto: Teoría, Medición, Desarrollo y Comportamiento* Bilbao: EGA; 1990.
63. P Smith, K Connolly. Estudios experimentales del entorno preescolar: el Proyecto Sheffield. *Infancia y Aprendizaje*. 1985; 29: p. 33-34.
64. SW Gray, BK Ramsey, RA Klaus. *From 3 to 20: The Early Training Project* Baltimore: University Park Press; 1982.
65. ME Lamb, B Sutton-Smith. *Sibling relationships: Their nature and significance across the lifespan*: Psychology Press; 1982.
66. Arturo Roizblatt S, Valentina M Leiva F, Ana Margarita Maida S. Parents separation or divorce. Potential effects on children and recommendations to parents and pediatricians. *Rev Chil Pediatr*. 2018 Apr; 89(2)(doi: 10.4067/S0370-41062018000200166): p. 166-172.
67. Grych J. Interparental conflict as a risk factor for child maladjustment: implications for the development of prevention programs. *Fam Ct Rev*. 2005; 43: p. 97-108.
68. Martínez-Pampliega A, Sanz M, Iraurgi J, Iriarte L. Impacto de la ruptura matrimonial en el bienestar físico y psicológico de los hijos. Síntesis de los resultados de una línea de investigación. *La Revue du REDIF*. 2009; 2: p. 7-18.
69. Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. 2008; 18(6)(DOI: 10.1111/j.1365-263X.2008.00924.x): p. 415-22.
70. Klingberg G, Berggren U, Noren JG. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community Dental Health*. 1994; 11: p. 208 – 214.
71. Krikken JB, van Wijk AJ, ten Cate JM, et al. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? *Int J Paediatr Dent*. 2013; 23(2): p. 94-100.
72. Shindova MP, Belcheva AB, Raycheva JG. Dental fear of 6-12-year-old children role of parents, gender and age. *Folia Med (Plovdiv)*. 2019; 61(3)(doi: 10.3897/folmed.61.e39353): p. 444-50.
73. Raj S, Agarwal M, Aradhya K, et al. Evaluation of dental fear in children during dental visit using children's fear survey schedule-dental subscale. *Int J Clin Pediatr D*. 2013; 6(1): p. 12-5.

74. B P Hawley, A D McCorkle, J K Wittemann, P V Ostenberg. The First Dental Visit for Children from Low Socioeconomic Families. *J Dent Child*. 1974; 41 (5): p. 376-380.
75. Naglaa HM Mobarek, Amani M Khalil, Dalia M Talaat. Exposure to Electronic Screens and Children's Anxiety and Behavior During Dental Treatment. *J Dent Child*. 2019 Sep 15; 86(3): p. 139-144.
76. Parkes A, Sweeting H, Wight D, Henderson M. Do television and electronic games predict children's psychosocial adjustment? Longitudinal research using the UK millennium cohort study. *Arch Dis Child*. 2013; 98(5): p. 341-8.
77. Kilinç G, Akay A, Eden N, Sevinç N, Ellidokuz H. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Braz Oral Res*. 2016; 30(1)(doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0072.).
78. Tickle M, Jones C, Buchannan K, K M Milsom, A S Blinkhorn, GM Humphris. A prospective study of dental anxiety in a cohort of children followed from 5 to 9 years of age. *Int J Paediatr Dent*. 2009; 19(4)(DOI: 10.1111/j.1365-263X.2009.00976.x): p. 225-32.
79. J Belsky, M J Rovine. Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Child Dev*. 1988 Feb; 59(1)(doi: 10.1111/j.1467-8624.1988.tb03203.x.): p. 157-67.
80. Clarke-Steward A. *Child Care and Child Development: Results of NICHD Study of Early Child Care*; 1997.
81. Laura D Seligman, Joseph D Hovey, Karina Chacon, Thomas H Ollendick. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Review Clin Psychol Rev*. 2017 Jul; 55(doi: 10.1016/j.cpr.2017.04.004.): p. 5-40.
82. Piovesan C, Antunes JL, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. *Braz Oral Res*. 2011a; 25(2): p. 143-149.
83. Viguer P, Serra E. Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Anales de Psicología*. 1996; 12 (2): p. 197-205.
84. Barajas, M. C. y Clemente, R. A. Ambiente familiar y desarrollo evolutivo. La evaluación de la atención en el hogar. 1 Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Bienestar y Derechos Sociales de la Infancia. 1991 Noviembre.
85. Alberdi et al. Informe sobre la situación de la familia en España. Ministerio de Asuntos Sociales. 1995.
86. Rantavuori K, Lahti S, et al. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand*. 2004; 62(4)(DOI: 10.1080/00016350410001586): p. 207-213.
87. P Milgrom, L Mancl, B King, P Weinstein. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther*. 1995; 33(3)(DOI: 10.1016/0005-7967(94)00042-i): p. 313-319.
88. Coric A, Banozic A, Klaric M, Vukojevic K, Puljak L. Dental fear and anxiety in older children: an association with parental dental anxiety and effective pain coping strategies. 2014; 7(DOI: 10.2147/JPR.S67692.): p. 515-21.
89. Felemban OM, Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM. Effects of Familial Characteristics on Dental Fear: A Cross-sectional Study. *J Contemp Dent Pract*. 2019; 20(5): p. 610-615.
90. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MS.

- Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med.* 2016; 12(6): p. 785–786.
91. Chaput JP, Gray CE, Poitras VJ, Carson V, Gruber R, Olds T, et al. Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metabol.* 2016; 41(6): p. S266-82.
 92. Martínez, Alejandro Arnaldo Barroso. Videojuegos y comportamientos agresivos: Una aproximación. Departamento de Estudios de la Comunicación Social. Universidad de Guadalajara. ; Alternativas cubanas en Psicología volumen 4 número 11.
 93. Pediatrics AAo. AAP Council on Communications and Media and young minds. *Pediatrics.* 2016; 138(5):e20162591.(DOI: 10.1542/peds.2016-2591).
 94. Pediatrics AAo. AAP Council on Communications and Media. Virtual violence. *Pediatrics.* 2016; 138(1):e20161298(DOI: 10.1542/peds.2016-2399).
 95. P.M^a Pérez Alonso Geta, M Vidal Lucena. Valores y pautas de crianza familiar. El niño de 0-6 años. Estudio interdisciplinar. *Revista Española de Pedagogía.* 1996.
 96. Dimech A, Seiler R. Extracurricular sport participation: a potential buffer against social anxiety symptoms in primary school children. *Psychol Sport and Exercise.* 2011; 12 (4)(DOI:10.1016/j.psychsport.2011.03.007): p. 347–354.
 97. Pedersen S, Siedman E. Team sports achievement and self-esteem development among urban adolescent girls. *Psychol Women Q.* 2004; 28: p. 412–422.
 98. Gore S, Farrell F, Gordon J. Sports involvement as protection against depressed mood. *J Res Adolesc.* 2001; 11(1): p. 119–130.
 99. A Beetz, K Uvnäs-Moberg, H Julius, K Kotrschal. Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin. *Front Psychol.* 2012; 3(DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00234): p. 234.
 100. S Cohen TAW. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985; 98(2): p. 310-57.
 101. J Bowlby. *Attachment and Loss* Harmondsworth, UK: Basic Books; 1969.
 102. BA Van Houtte, PA Jarvis. The role of pets in preadolescent psychosocial development. *J. Appl. Dev. Psychol.* 1995; 16(3): p. 463–479.
 103. GF Melson. Child development and the human-companion animal bond. *Am. Behav. Sci.* 2003; 47: p. 31–39.
 104. L. Freund, J. Griffin, S. McCune, P. McCardle, L. Esposito. Human-animal interaction and the development of executive functions. In book: *The Social Neuroscience of Human-Animal Interaction* Washington, DC, USA; 2016.

I. ANEXO: Validación Comité de Expertos

INDICADORES	1. No cumple con el criterio				2. Bajo nivel				3. Moderado nivel				4. Alto nivel			
	1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel	1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel	1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel	1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel
	COHERENCIA: la pregunta tiene relación lógica con el tema				CLARIDAD: la pregunta se comprende fácilmente				RELEVANCIA: la pregunta es esencial o importante							
1. ¿Cuál es el sexo del niño/ a? -Hombre -mujer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Qué edad tiene el niño/ a? -4 años -5 años -6 años -7 años -8 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se trata de un hijo biológico? -sí -no	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿ Es hijo único? En caso de no serlo, ¿ Qué puesto ocupa en los hermanos? -Hijo único -Hijo mayor -Hijo menor -Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Cuál es el estado civil de los padres? - Casado -Divorciado o separado -Soltero -Viudo -Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Cuál es la ocupación de la madre? - Alto ejecutivo, profesional o propietario de gran empresa - Administrativo o propietario de pequeña empresa - Dependiente o técnico - Trabajador especializado - Trabajador semi-especializado -Trabajador sin especialización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Cuál es la ocupación del padre? - Alto ejecutivo, profesional o propietario de gran empresa - Administrativo o propietario de pequeña empresa - Dependiente o técnico - Trabajador especializado - Trabajador semi-especializado -Trabajador sin especialización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INDICADORES	COHERENCIA: la pregunta tiene relación lógica con el tema				CLARIDAD: la pregunta se comprende fácilmente				RELEVANCIA: la pregunta es esencial o importante			
	1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel	1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel	1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel
8. ¿ Qué estudios tiene la madre? -Licenciado universitario -Graduado universitario -Bachillerato -Módulo de formación profesional -E.S.O (Educación Secundaria Obligatoria) -Educación Primaria -Sin estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿ Qué estudios tiene el padre? -Licenciado universitario -Graduado universitario -Bachillerato -Módulo de formación profesional -E.S.O (Educación Secundaria Obligatoria) -Educación Primaria -Sin estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿ Cuántos habitantes tiene la población de residencia familiar? - 0-5.000 habitantes - 5.000-30.000 habitantes - 30.000-100.000 habitantes - más de >100.000 habitantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿ A qué tipo de colegio asiste el niño/a? -Público -Concertado -Privado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTAS O SUGERENCIAS:

II. ANEXO: Encuesta piloto**CUESTIONARIO ANÓNIMO PARA LOS TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS/AS**

Rodee la respuesta que se corresponda con su situación

- 1. ¿Cuál es el sexo del niño/a?**
 - Mujer
 - Hombre

- 2. ¿Qué edad tiene el niño/a?**
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8

- 3. ¿Se trata de un hijo biológico o es adoptado?**
 - Hijo biológico
 - Hijo adoptado

- 4. ¿Es hijo único? En caso de no serlo, ¿Qué puesto ocupa en los hermanos?**
 - Hijo único
 - Hijo mayor
 - Hijo menor
 - Otro

- 5. ¿Cuál es el estado civil de los padres?**
 - Casado
 - Divorciado
 - Soltero
 - Viudo
 - Otro

- 6. ¿Cuál es la situación laboral de la madre?**
 - Autónomo
 - Funcionario
 - Asalariado
 - Desempleado
 - Pensionista
 - Otro

7. ¿Cuál es la situación laboral del padre?

- Autónomo
- Funcionario
- Asalariado
- Desempleado
- Pensionista
- Otro

8. ¿El padre o tutor legal tiene estudios?

- Licenciado universitario
- Graduado universitario
- Bachillerato
- Módulo de formación profesional
- E.S.O (Educación Secundaria Obligatoria)
- Educación Primaria
- Sin estudios

9. ¿La madre o tutora legal tiene estudios?

- Licenciado universitario
- Graduado universitario
- Bachillerato
- Módulo de formación profesional
- E.S.O (Educación Secundaria Obligatoria)
- Educación Primaria
- Sin estudios

10. ¿Cuál es la población de residencia familiar (nº habitantes)?

- 0-5.000 hab
- 5.000-30.000 hab
- 30.000-100.000 hab
- >100.000 hab

11. ¿A qué tipo de colegio asiste el niño?

- Público
- Concertado
- Privado

1. ¿El niño/a tiene cuidador/a?

- Sí
- No

2. ¿Su hijo/a tiene mascota doméstica?

- Sí

- No

3. ¿El niño/a suele hacer deporte?

- Sí
- No

15. En caso de responder Sí a la pregunta anterior responda a esta pregunta, ¿Se trata de un deporte en equipo?

- Sí
- No

16. ¿ A qué hora se acuesta el niño/a? Si no es ninguna de las opciones especifique usted la hora.

- 20:00h
- 21:00 h
- 22:00 h
- 23:00h
- 00:00h

17. ¿El niño juega frecuentemente con videojuegos?

- Sí
- No

18. En caso afirmativo, ¿Cuántas horas suele jugar al día?

- Menos de media hora
- Entre media hora y 1 hora
- Entre 1 y 2 horas
- Entre 2 y 3 horas
- Más de 3 horas

19. ¿El niño/a suele realizar actividades extraescolares?

- Sí
- No

En caso de responder Sí a la pregunta anterior especifique cuál:

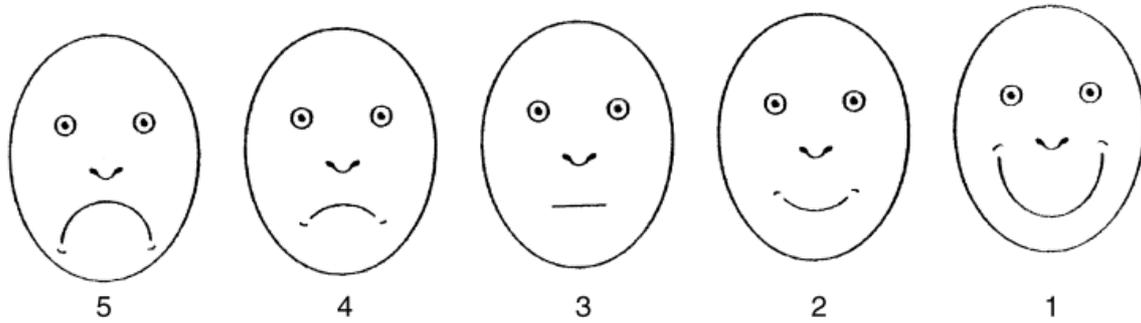
20. ¿Cuánto tiempo al día dedica al día a ver dibujos animados en la televisión/Tablet?

- Menos de media hora
- Entre media hora y 1 hora
- Entre 1 y 2 horas
- Entre 2 y 3 horas
- Más de 3 horas

III. ANEXO: Cuestionario de Wong Baker

REPRESENTACIÓN GRÁFICA PARA LOS NIÑOS/AS

El niño/a tiene que seleccionar con cara se identifica al acudir al dentista.



IV. ANEXO: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Se ha solicitado la participación de mi hijo/a en un estudio de investigación para la elaboración de un Trabajo Fin de Grado. Participaré respondiendo a un cuestionario acerca de factores familiares y sociodemográficos, con el fin de valorar la posible relación de dichos factores con el grado de ansiedad dental de mi hijo/a y de los demás participantes.

Comprendo que:

1. La ansiedad es un estado emocional que surge a partir de fuentes internas como expectativas no reales o comentadas al niño por personas de su entorno.
2. La ansiedad que tienen los niños al acudir al dentista puede conllevar una peor salud dental y dificultar el tratamiento.
3. La respuesta al cuestionario se relacionará con el nivel de ansiedad dental de mi hijo/a.
4. Se relacionará el dibujo escogido por su hijo/a de la Escala de calificación del dolor de Wong Baker con el grado de ansiedad dental.
5. Podré realizar cualquier pregunta que considere oportuna en relación a la participación de mi hijo/a en este estudio.
6. Puedo retirar a mi hijo/a del estudio sin dar motivos. Esto no me perjudicará de ninguna manera.
7. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero en él no constará ningún dato sobre la identidad de mi hijo/a. La información es confidencial.
8. Estoy dando mi consentimiento de forma libre y voluntaria, sin ser forzado ni obligado.

Fecha

Tutor legal

Investigador responsable

V. ANEXO: Cuestionario definitivo**CUESTIONARIO ANÓNIMO PARA LOS TUTORES LEGALES DE LOS NIÑOS/AS**

Rodee la respuesta que se corresponda con su situación

- 1. ¿Cuál es el sexo del niño/a?**
 - Mujer
 - Hombre

- 2. ¿Qué edad tiene el niño/a?**
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8

- 3. ¿Se trata de un hijo biológico o es adoptado?**
 - Hijo biológico
 - Hijo adoptado

- 4. ¿Es hijo único? En caso de no serlo, ¿Qué puesto ocupa en los hermanos?**
 - Hijo único
 - Hijo mayor
 - Hijo menor
 - Otro

- 5. ¿Cuál es el estado civil de los padres?**
 - Casado
 - Viven juntos pero no están casados
 - Divorciado
 - Soltero
 - Viudo
 - Otro

- 6. ¿Cuál es la situación laboral de la madre?**
 - Autónomo
 - Funcionario
 - Asalariado
 - Desempleado
 - Pensionista
 - Otro

Especificar cuál es la profesión de la madre:

7. ¿Cuál es la situación laboral del padre?

- Autónomo
- Funcionario
- Asalariado
- Desempleado
- Pensionista
- Otro

Especificar cuál es la profesión del padre:

8. ¿El padre o tutor legal tiene estudios?

- Licenciado universitario
- Graduado universitario
- Bachillerato
- Módulo de formación profesional
- E.S.O (Educación Secundaria Obligatoria)
- Educación Primaria
- Sin estudios

9. ¿La madre o tutora legal tiene estudios?

- Licenciado universitario
- Graduado universitario
- Bachillerato
- Módulo de formación profesional
- E.S.O (Educación Secundaria Obligatoria)
- Educación Primaria
- Sin estudios

10. ¿Cuál es la población de residencia familiar (nº habitantes)?

- 0-5.000 hab
- 5.000-30.000 hab
- 30.000-100.000 hab
- >100.000 hab

11. ¿A qué tipo de colegio asiste el niño?

- Público
- Concertado
- Privado

12. ¿El niño/a tiene cuidador/a?

- Sí
- No

13. ¿Su hijo/a tiene mascota doméstica?

- Sí
- No

14. ¿El niño/a suele hacer deporte?

- Sí
- No

15. En caso de responder Sí a la pregunta anterior responda a esta pregunta, ¿Se trata de un deporte en equipo?

- Sí
- No

16. ¿A qué hora se acuesta el niño/a? Si no es ninguna de las opciones especifique usted la hora.

- 20:00h
- 21:00 h
- 22:00 h
- 23:00h
- 00:00h

17. ¿El niño juega frecuentemente con videojuegos?

- Sí
- No

18. En caso afirmativo, ¿Cuántas horas suele jugar al día?

- Menos de media hora
- Entre media hora y 1 hora
- Entre 1 y 2 horas
- Entre 2 y 3 horas
- Más de 3 horas

19. ¿El niño/a suele realizar actividades extraescolares?

- Sí
- No

En caso de responder Sí a la pregunta anterior especifique cuál:

20. ¿Cuánto tiempo al día dedica al día a ver dibujos animados en la televisión/Tablet?

- Menos de media hora
- Entre media hora y 1 hora
- Entre 1 y 2 horas
- Entre 2 y 3 horas
- Más de 3 horas