



**Universidad Católica de Valencia  
San Vicente Mártir**

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Grado Odontología**

**Trabajo Fin de Grado**

**Tema:**

**IP UCV/2022-2023/063**

**V.2. Valoración de la ansiedad dental en el paciente pediátrico estudio piloto**

**AUTORA:**

**Puchol Alonso, Maria**

**TUTORA:**

**Dra. Armengol Olivares, Andrea**

**21 de Junio del 2022**





*Dedicatoria*

*A todas las personas especiales que forman parte de mi  
vida, a las que agradezco sus  
consejos, apoyo y ánimo.*

*En especial a mi mamá y a mi tía, a mi familia y  
amigos.*

*Sin ellos no sería la persona que soy hoy en día.*

*Gracias por estar cuando no me aguantaba ni yo.*



*Agradecimientos*

*A mi tutora la Dra  
Andréa Armengol,  
por guiarme y  
darme el último  
empujón.*





## Índice General

Índice General .....	VIII
Índice Tablas.....	IX
Índice Gráfica.....	X
Índice Anexos.....	XI
Resumen .....	XII
Abstract .....	XIII
1. Introducción.....	14
1.1 El Estrés dental.....	14
1.2 La Ansiedad dental.....	16
1.2.1.1 Ansiedad Leve.....	17
1.2.1.2 Ansiedad Moderada.....	17
1.2.1.3 Ansiedad Severa.....	17
1.2.2 Síntomas de la ansiedad dental.....	18
1.3 El Miedo dental.....	20
1.4 Técnicas de evaluación de la ansiedad odontológica.....	21
1.4.1 Evaluación de la ansiedad a través de respuestas fisiológicas:.....	21
1.4.2 Evaluación de la ansiedad a través de Técnicas Proyectivas:.....	21
1.4.3 Evaluación de la a través de la observación del comportamiento:.....	21
1.4.4 Evaluación de la ansiedad dental a través de cuestionarios escritos.....	22
1.5 Técnicas de modificación de conducta.....	26
1.5.1 Técnicas convencionales de modificación de conducta en el paciente pediátrico.....	26
1.5.1.1 Imágenes positivas antes de la visita dental.....	26
1.5.1.2 Observación directa.....	26
1.5.1.3 Decir-mostrar- hacer.....	26
1.5.1.4 Preguntar-contestar-preguntar.....	27
1.5.1.5 Control de voz.....	27
1.5.1.6 Comunicación no verbal.....	27
1.5.1.7 Refuerzo positivo y elogio descriptivo.....	27
1.5.1.8 Distracción.....	27
1.5.1.9 Reestructuración de la memoria.....	27
1.6 Técnicas no convencionales de modificación de conducta en el paciente pediátrico.....	28
1.6.1 Hipnosis.....	28
1.6.2 Aromaterapia.....	28
1.6.3 Musicoterapia.....	28
1.6.4 Técnica audiovisual.....	29
2. Justificación del estudio.....	30
3. Objetivos.....	31
4. Hipótesis de estudio.....	32
5. Material y Método.....	33
5.1 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.....	33
5.1.1 Criterios inclusión.....	33
5.1.1 Criterios de exclusión.....	33
5.2 Diseño.....	33
5.3 Población de estudio.....	34
5.4 Intervención/ Procedimiento a realizar.....	34
5.5 Cálculo del tamaño muestra.....	35
5.6 Variable principal.....	35
5.7 Variable secundaria.....	35
5.8 Cronograma.....	35
5.9 Fuente de financiación.....	36
5.10 Análisis estadísticos.....	36
6. Aspectos Éticos.....	37
7. Resultados.....	38
8. Discusión.....	66
9. Conclusiones.....	72
10. Anexos.....	73
11. Bibliografía.....	82



---

## Índice Tablas

7.1 Tabla Resultados.....	38
7.3 Tabla Resultados.....	39
7.5 Tabla Resultados.....	40
7.7 Tabla Resultados.....	42
7.9 Tabla Resultados.....	43
7.10 Tabla Resultados.....	44
7.12 Tabla Resultados.....	46
7.13 Tabla Resultados.....	46
7.15 Tabla Resultados.....	47
7.16 Tabla Resultados.....	48
7.18 Tabla Resultados.....	49
7.20 Tabla Resultados.....	50
7.22 Tabla Resultados.....	51
7.23 Tabla Resultados.....	52
7.25 Tabla Resultados.....	54
7.26 Tabla Resultados.....	54
8.28 Tabla Resultados.....	56
7.30 Tabla Resultados.....	57
7.32 Tabla Resultados.....	59
7.34 Tabla Resultados.....	60
7.35 Tabla Resultados.....	61
7.37 Tabla Resultados.....	63
7.39 Tabla Resultados.....	64
8.40 Tabla Resultados.....	64



---

## Índice Grafica

7.2 Gráfico Resultados.....	38
7.4 Gráfico Resultados.....	40
7.6 Gráfico Resultados.....	41
7.8 Gráfico Resultados.....	43
7.11 Gráfico Resultados.....	45
7.14 Gráfico Resultado.....	47
7.17 Gráfico Resultados.....	48
7.19 Gráfico Resultados.....	49
7.21 Gráfico Resultado.....	51
7.24 Gráfico Resultados.....	53
8.27 Gráfico Resultado.....	55
7.29 Gráfico Resultados.....	57
7.31 Gráfico Resultados.....	58
7.33 Gráfico Resultados.....	60
7.36 Gráfico Resultados.....	62
7.38 Gráfico Resultado.....	63
8.41 Gráfico Resultados.....	65



---

## Índice Anexos

Anexo I: Video demostrativo. ....	73
Anexo II: Consentimiento para la toma de imágenes. ....	74
Anexo III: Encuesta de valoración de estrés. ....	75
Anexo IV: Hoja de información al paciente.....	76
Anexo V: Consentimiento informado.....	77
Anexo VI: Asentimiento informado.....	78
Anexo VII: Protección de datos. ....	79
Anexo IIX: Memoria Economica.....	80
Anexo XI: Aceptación por los responsables. ....	81



---

## Resumen

El estrés, la ansiedad y miedo son tres conceptos importantes que envuelven al niño al acudir a la consulta dental. Manifestandose cómo conductas evitativas y disruptivas que dificultan el manejo durante los tratamientos en el gabinete. La valoración del grado de ansiedad en las primeras visitas de pacientes pediátricos ayuda de gran manera a determinar las técnicas de manejo que se deben aplicar en cada caso, para conseguir la realización del tratamiento odontológico idóneo a la patología dental presentada por el paciente.

El objetivo principal del estudio será evaluar si la visualización de un video explicativo de la primera visita influye en la ansiedad dental.

Material y métodos: se plantea un estudio piloto sobre un total de 138 niños que acuden a las clínicas de la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia, para la realización de una primera visita. La muestra la formarán dos grupos con edades comprendidas entre 5 y 12 años: grupo control (n = 69) sin visualización previa del vídeo y el grupo estudio (n = 69) con visualización previa de un vídeo explicativo. Por último, para valorar la ansiedad dental, se utilizara la escala Venham.

Resultados: utilizaremos una estadística descriptiva para analizar las distintas variables medidas para ambos grupos (control y estudio). Además de una estadística inferencias mediante la prueba Chi-cuadrado para determinar si las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas o no con un valor significativo del 5%.

**Palabras clave:** Análisis de estrés dental, odontopediatría, ansiedad dental, comportamiento, encuestas de salud dental.



---

## Abstract

Stress, anxiety and fear are three important concepts that surround the child when they come to the dental office. Manifesting as avoidant and disruptive behaviors that make management difficult during the treatments in the cabinet. The assessment of the degree of anxiety in the first visits of pediatric patients greatly helps to determine the management techniques that should be applied in each case, to achieve the appropriate dental treatment for the dental pathology presented by the patient.

The main objective of the study will be to evaluate whether viewing an explanatory video of the first visit influences dental anxiety.

Material and methods: a pilot study is proposed on a total of 50 children who attend the clinics of the Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia, for a first visit. The sample will be made up of two groups aged between 5 and 12 years: control group (n = 25) without prior viewing of the video and the study group (n = 25) with prior viewing of an explanatory video. Finally, to assess dental anxiety, the Venham's scale will be used.

Results: We will use descriptive statistics to analyze the different variables measured for both groups (control and study). In addition to the statistical inferences to determine if the differences between groups are statistically significant or not with a significant value of 5%.

**Keywords:** dental stress analysis, pediatric dentistry, dental anxiety, behavior, dental health surveys.



## 1. Introducción

Según la Sociedad Española de Odontopediatría, la primera visita debe realizarse en el primer año de vida, tras la erupción del primer diente, alrededor de los 6/8 meses <sup>(1)</sup>. En ella, el odontólogo y el/la paciente se conocerán por primera vez. En la visita nuestro objetivo será realizar una exploración de la cavidad oral para detectar cualquier patología dental, de crecimiento o erupción. Como segundo, será, establecer y asentar las bases de una relación entre el niño, el especialista y el entorno. Este último punto es clave debido a que es muy común encontrar en la visita odontológica la presencia de temor y ansiedad, los niños manifiestan miedo y ansiedad a través de actitudes negativas en la primera visita odontológica. Turner Champanan (1999) encontró que los principales factores de ansiedad dental estaban asociados a miedo al dolor, al tratamiento dental, al odontólogo, a la agresión física, temor a lo desconocido y pérdida de control en el gabinete <sup>(2)</sup>.

Existen algunos términos en la literatura odontológica que definen de alguna forma, los sentimientos experimentados por los niños durante la visita dental. los cuales se definen a continuación <sup>(2)</sup>:

### 1.1 El Estrés dental.

El término estrés deriva del la latín *stringere*, que significa provocar tensión. El termino fue incorporado a la biología por W. Cannon (1911) y a la psicología científica por el fisiólogo Hans Selye (1956) que lo *definió como una respuesta global, total y automática del ser humano ante las exigencias externas e internas que no se pueden armónicamente controlar, las cuales amenazan su equilibrio homeostático, originando en el individuo lo que llamó un Síndrome General de Adaptación* <sup>(3,4)</sup>.

La Real Academia Española define el estrés cómo una tensión provocada por situaciones cotidianas que en combinación del ambiente y los pensamientos negativos se originan reacciones psicósomáticas en el organismo. Hay muchas situaciones cotidianas, a la que nos enfrentamos durante el día, en las que el individuo puede reaccionar como si estas



fueran situaciones amenazantes. Una de estas situaciones cotidianas que mas genera un alto impacto en la salud emocional tanto de padres como de hijos, es la tensión producida por los tratamientos dentales. Pues casi todos en el algún momento de nuestra vida hemos experimentado estrés ante la situación de acudir al odontólogo. Entre las causas mas comunes podemos encontrar: los ruidos, el llanto de otros niños, malas experiencias previas, influencia de familiares o padres, el temor a lo desconocido en una primera visita, miedo a separarse de los padres, miedo a sentir dolor... Existe una larga lista de estos estresores debido a que son individuales y específicos de cada individuo, afectando de distinta manera a cada uno de ellos ante una misma situación. El Consejo General de Dentistas, en una encuesta nacional afirma que alrededor del 15% de los españoles les produce estrés acudir al dentista (5,6).

Según la Sociedad Española para el Estudio del Estrés y la Ansiedad (SEAS), hay tres tipos de estrés: agudo, agudo episodio y crónico.

El estrés agudo: es la forma mas común. se produce fundamentalmente como reacción a la exigencia o la presión puntual, por lo que es de corta duración y es fácilmente manejable y tratable. Se manifiesta con cansancio y síntomas tensionales, sobreexcitación, pies y manos fríos, sentimientos depresivos o una ligera ansiedad (7).

Agudo episódico: Se refiere a las personas que sufren situaciones de estrés agudo de forma repetitiva, son personas que suelen mostrarse con un carácter agrío, irritables, muy nerviosas y que están en un continuo estado de ansiedad. Otra forma de este tipo, es el pesimismo constante que se transforma en una negatividad que se aplica a todo caracterizándose por la presencia frecuente de migrañas y dolores tensionales, hipertensión arteria, presión en el pecho y propensión a sufrir enfermedades cardiacas (7).

Estrés crónico: Estrés agotador que produce un desgaste físico y emocional continuo como las situaciones de pobreza, de familias disfuncionales, el desempleo, tiene origen traumático y marca el desarrollo de la personalidad (7).



## 1.2 La Ansiedad dental.

La palabra ansiedad deriva del latín *anxietas, anxietatis*, cualidad o estado del adjetivo latino *anxius*. Este adjetivo se relaciona con el verbo *anegue*, de cuya raíz también nos viene de otras palabras de origen latino como *ansia, angina, angosto, angustia* y *congoja*. Parece que se remonta a una raíz indoeuropea- *angh* que significa estrecho o doloroso (8).

La ansiedad según la Organización Mundial de la Salud se define *“como un conjunto de reacciones emocionales normales ante situaciones amenazantes para el individuo”*. Las tasas de prevalencia de ansiedad dental en países europeos varían entre un 4% y 23%. En Sudamerica las tasas rondan el 34,7% en preescolares, en Estados Unidos 35 millones de sufren ansiedad dental (5-8).

La ansiedad es entendida como un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos, que serían manifestación de un contenido intrapsíquico (9).

Otra definición de ansiedad dental, propuesta por Al-Namankany et al., (2012) establecen que *la ansiedad es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental* (24).

En muchas ocasiones los términos de ansiedad y estrés se usan como sinónimos, aunque algunos autores de la comunidad científica opinan que se debe mantener esta diferencia. Rowe y Moore (1998) señalan que un paciente con ansiedad dental puede llegar a sufrir en promedio 17,3 días de dolor más antes de acudir al odontólogo. Además, la ansiedad dental es considerada como un indicador de riesgo de caries dental. Existen evidencias claras que sufrir estrés dental disminuye el estado de salud oral, aumentando la presencia de caries sin tratamiento junto con el número de dientes careados afectados. Teniendo una relación directa proporcional, es decir, a mayor ansiedad dental, hay una menor calidad de vida.



Ademas este fenómeno se considera el mayor predictor de problemas de manejo de conducta en el gabinete dental. Lo que supone que a mayor miedo, mayor ansiedad, peor será la conducta (7-11).

### 1.2.1 Niveles de ansiedad. (Flores el al., 2016) (12).

#### 1.2.1.1 Ansiedad Leve.

En este nivel la ansiedad es temporal, se observa miedo, intranquilidad e irritación. La persona está alerta, escucha, mira y domina la situación; funcionan más las capacidades de entendimiento y observación debido a que existe más atención ofrecida a la situación causante de ansiedad. La ansiedad es transitoria, se observa temor, irritabilidad, intranquilidad e incomodidad. Prevalece la calma, Existe ligera dificultad para la realización del examen, diagnóstico o tratamiento odontológico (12).

#### 1.2.1.2 Ansiedad Moderada.

En este nivel se puede observar respuestas fisiológicas y psicológicas con menor intensidad, como xerostomía, palpitations, temblores, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria. Es decir, la ansiedad leve y moderada puede tener un valor muy preciso de ajuste, porque influye sobre la persona orientado a una adaptación de diferente tipo, ya que estos niveles le ayudan a aprender, crecer, desarrollar y concluir acciones (12).

#### 1.2.1.3 Ansiedad Severa.

Caracterizada por miedo y temor intenso, a veces acompañada de pánico. La atención se concentra en diversos detalles, pudiendo tener problemas para establecer una secuencia lógica entre un grupo de ideas. Se puede distorsionar lo observado, el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre un grupo de ideas. En este nivel se presentan signos y



síntomas que impiden realizar el examen; xerostomía, manos frías, fatiga, mareos temblores anormales, fobias, insomnio, inquietud motora, sudoración profusa y sensación de desvanecimiento. Lo que conlleva a cambiar el día de la cita por negatividad del paciente (12).

## 1.2.2 Síntomas de la ansiedad dental.

### 1.2.2.1 Respuestas psico-fisiológicas (12).

- Tensión muscular.
- Manos inestables.
- Inquietud.
- Aclarar la garganta.
- Sudoración en las palmas de las manos, la frente, el labio superior (la palma de la mano puede evaluarse durante el apretón de manos).
- Pulsaciones en arterias carótida y temporal.
- Profundidad y velocidad de respiración.
- Postura rígida.
- Agarrar las cosas con fuerza.
- Fuerte respuesta de sobresalto.
- Micción frecuente.

### 1.2.2.2 Respuestas conductuales y emocionales (12).

- Hiperactividad.
- Caminar o hablar más rápido.
- Ir apurado.
- Irritaciones con retrasos.



- Pánico.
- Ruborizaciones.
- Lengua trabada.
- Evitación a personas.
- Hábitos nerviosos.
- Mala memoria.
- Confusión, trabado con las palabras.
- Sentado en el borde de la silla, inclinado hacia adelante.
- Hojear revistas rápidamente.
- Falta de atención.
- Andar con ritmo.
- Preocupación excesiva.
- Estallido de emociones.

#### 1.2.2 Clasificación de los síntomas de la ansiedad (Mathis et al., 2008) <sup>(12)</sup>.

##### 1.2.2.1 Físicos <sup>(12)</sup>.

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, maneras, inestabilidad.
- Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor pericordial.
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: nauseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteoritos.
- Genitourinarios: micción frecuente.

##### 1.2.2.2 Fisiológicos y conductuales <sup>(12)</sup>.

- Preocupación, aprensión.



- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.

### 1.3 El Miedo dental.

El nombre miedo existe desde los orígenes del idioma y figura más de una docena de veces en el poema Mío Cid (1140). Es una palabra heredada del latín *medus*, -us "miedo" es exclusiva del castellano y del dominio gallego- portugués (*medo*). Las demás lenguas romances para expresar esta noción de miedo recurren a la voz latina pavor. Otros derivados del latín *medus* sería medroso, miedoso, meticuloso y el verbo amedrentar. La etimología del latín *medus* es oscura y no tiene ningún parentesco conocido con otras lenguas indoeuropeas (13).

El miedo es una emoción básica, primaria, universal e irracional que nace en nuestro cerebro, el cual origina una reacción física de alarma en el organismo. La principal estructura encargada de la respuesta del miedo es la amígdala. El miedo esta presente en todos los seres humanos y su función es activar mecanismos de supervivencia para adaptarnos al entorno y sus peligros, protegiéndonos (13).

Si sumamos estos dos términos anteriores, ansiedad o estrés, junto al miedo. Tenemos la llamada odontofobia. En la actualidad la OMS define la odontofobia, como el miedo irracional que se manifiesta ante la idea de acudir al odontólogo. Afectando tanto a adultos como a niños. Por lo general, esta fobia al odontólogo engloba un conjunto de miedos, muy frecuentes, que comienzan a edades muy tempranas. En estados Unidos de 10 a 12



millones de personas sufren severa fobia dental <sup>(14)</sup>.

El miedo, ansiedad o estrés que ocasiona acudir al odontólogo tiene una alta importancia debido a que no acudir a las cita puede comprometer la salud dental y general, así, cómo la adherencia a los tratamientos <sup>(14)</sup>.

La prevalencia del miedo y la ansiedad dental y los problemas de conducta pueden tener relación directa con la edad, el sexo y el temperamento, teniendo un origen multifactorial <sup>(15)</sup>.

Diferentes autores sustentan que podemos evaluar la ansiedad o estrés del niño de diferentes maneras:

#### 1.4 Técnicas de evaluación de la ansiedad odontológica.

##### 1.4.1 Evaluación de la ansiedad a través de respuestas fisiológicas:

La ansiedad puede valorarse a través de cambios de las respuestas fisiológicas corporales, puesto que este fenómeno mantiene al paciente alerta condicionando la activación fisiológica periférica <sup>(16)</sup>.

##### 1.4.2 Evaluación de la ansiedad a través de Técnicas Proyectivas:

Las técnicas proyectivas son una forma muy especial de descubrir las emociones inconscientes u ocultas de los niños. Revela toda sensación que el paciente no se atreve a hablar o no puede expresar con sus propias palabras. Esta incluye, la interpretación de cuadros en historias, dibujos libres y dibujos de la figura humana <sup>(17)</sup>.

##### 1.4.3 Evaluación de la a través de la observación del comportamiento:

La evaluación de la ansiedad a través del comportamiento es una técnica empleada en el área de psicología exclusivamente. Tiene como base la observación de la conducta del niño



durante un evento estresante. En odontología se han empleado las siguientes formas <sup>(16)</sup>:

- Observación independiente.
- Video simulación dental.
- Escala de ansiedad.

#### 1.4.4 Evaluación de la ansiedad dental a través de cuestionarios escritos.

Los expertos consideran que detectar el estrés dental es una parte muy importante, para darle al niño una experiencia positiva. En la actualidad se han desarrollado diversos procedimientos para evaluar la ansiedad o estrés. Puede ser a través de: autoinformes, escalas de observación y otras de evaluación. Debemos evaluar en conjunto el comportamiento verbal, las respuestas fisiológicas y el comportamiento motor <sup>(15,16)</sup>.

Para valorar el ansiedad dental, existen escalas como: *Facial image scale* (FIS) (I), *Corah's Dental Anxiety Scale* (C-DAS) (II), *The Smiley Faces Program* (SFP), *Dental anxiety scale* (DAS), *A modified dental anxiety scale for children* (CDAS), *Escala de Venham* (VPT) (III) o *The Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDAS). Desarrollaremos las dos escalas de valoración de la ansiedad que han mostrado mayor éxito son la Escala de Corah (C-DAS), la Escala de Venham (VPT) <sup>(14)</sup>.

Norman Corah (1934-2001) psicólogo estadounidense fue pionero en el estudio de la valoración y tratamiento de la ansiedad. La Escala de Corah fue creada por Norman Corah et al., (1969) para valorar la ansiedad dental en adultos, es un cuestionario corto y rápido que consta de cuatro preguntas referentes a situaciones que los pacientes reportan con mayor ansiedad, 1. ¿Si tuviera que ir al dentista mañana cómo sentiría?, 2. Cuando está esperando al dentista en la sala de espera, ¿Cómo se siente?, 3. Cuando está en el sillón del dentista esperando mientras éste coge el “motorcito” para comenzar a trabajar en el diente, ¿Cómo se siente?, 4. Cuando está en el sillón del dentista para una limpieza dental. Mientras usted está esperando que el dentista coja los instrumentales que usará para raspar



los dientes alrededor de la encía, ¿Cómo se siente?. Este modelo tiene cinco alternativas de respuesta para cada una a) Relajada b) Preocupada c) Tensa d) Ansiosa e) Muy ansiosa. Siendo atribuidos los siguientes puntajes totales:

- 0 = sin ansiedad (puntuación igual a 4).
- 1 = baja ansiedad (puntuación entre 5 y 9).
- 2 = ansiedad moderada (puntuación entre 10 y 14).
- 3 = alta ansiedad (puntuación entre 15 y 20).

Basándose en el Test de Corah original Humphris et al., (1995) desarrollaron el test de Corah Modificado, este posee una validez, fiabilidad mayor, con un sistema de respuesta mas sencillo, debido a que tiene un grado de comprensión y empatía con el sujeto mucho mas elevado. Difiere de la original que incluyen un ítem más. Formula 5 cuestiones finales, incluye una pregunta sobre inyección de anestésico local, con 5 posibles respuestas que van desde 1. Muy relajado,; 2. Ligeramente ansioso; 3. Preocupado-tenso; 4. Intranquilo con temor; 5. Ansioso-sudoroso. Esta versión se puede aplicar a adultos y niños, ha sido traducida y validada en países como China, Turquía, Inglaterra, Finlandia, India, Brasil, Grecia, etc., teniendo resultados muy prometedores (18).

La Escala de Venham fue creada por el Dr. Larry L. Venham en 1979. Consiste en la representación a través de dibujos animados de los distintos estados emocionales. El niño debe elegir el dibujo que mejor representa su estado emocional en ese momento. Distinguiendo la figura ansiosa de otra no ansiosa. Es una prueba fácil y rápida de entender e ideal para niños pequeños de hasta tres años de edad. El puntaje total va entre 0 y 8, contando las veces que el niño señala una figura ansiosa (18).

Posteriormente Urbina (2006) modificó este Test de dibujos de Venham a través de una versión masculina y otra femenina. Dicha modificación fue empleado en su Tesis sobre la *“relación entre ansiedad y respuesta fisiológica en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica”*. Los resultados fueron que los niños presentaban un mayor puntaje que las niñas, aunque sin diferencia estadística significativa. Además los niños de 6 años



presentaban mayor puntaje a diferencia de los niños de 8 años que presentaban el valor menor, aunque sin diferencia estadística significativa entre los dos grupos (19).

La ansiedad dental es un problema importante en la sociedad, se considera como la primera barrera para culminar cualquier tratamiento odontológico con éxito, debido a la pérdida del manejo del comportamiento del niño en la consulta, siendo por ello, motivo de estudio (19).

En la actualidad hay infinidad de estudios descriptivos transversales que comparan las diferentes escalas de ansiedad.



Imagen No1: Escala de dibujos de Venham.



Fuente: Venham, L.L and Gaulin-Kremer, E (19).



Estas escalas deben tener una serie de características: han de ser cortas, fáciles y simples para los niños.

## 1.5 Técnicas de modificación de conducta.

### 1.5.1 Técnicas convencionales de modificación de conducta en el paciente pediátrico.

Recomendaciones básicas para tratar a un paciente pediátrico en la consulta según la Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) <sup>(12)</sup>:

#### 1.5.1.1 Imágenes positivas antes de la visita dental.

A los pacientes se les muestra fotografías positivas o imágenes de odontología y tratamiento dental mientras se encuentra en la sala de espera. Con ello proporcionamos información visual a los niños y padres durante la visita y dotan al niño con la capacidad para que puedan preguntar cualquier duda de las imágenes del dentista, antes de que pasen al sillón <sup>(12)</sup>.

#### 1.5.1.2. Observación directa.

Se les muestra un video o se les permite observar a otro paciente joven cooperando durante un tratamiento. Se familiarizan con el tratamiento dental mientras observan <sup>(12)</sup>.

#### 1.5.1.3 Decir-mostrar- hacer.

Consiste en explicar verbalmente con frases adecuadas y adaptadas a su nivel de comprensión (decir), demostrar mediante apoyos visuales, auditivos, olfativos y táctiles el procedimiento (hacer) <sup>(12)</sup>.



#### 1.5.1.4 Preguntar-contestar-preguntar.

Se basa en indagar sobre la visita y sus sentimientos (preguntar), explicar el procedimiento con un lenguaje adaptado (contestar) (12).

#### 1.5.1.5 Control de voz.

Se utiliza deliberadamente el volumen, el tono, el ritmo con el fin de mantener la atención y evitar comportamientos negativos estableciendo los roles propios (12).

#### 1.5.1.6 Comunicación no verbal.

Consiste en guiar a través de contacto, la postura, la expresión facial, el lenguaje corporal (12).

#### 1.5.1.7 Refuerzo positivo y elogio descriptivo.

Premia los comportamientos deseados, incluyen la voz positiva, expresión facial, elogio verbal, y demostraciones físicas por parte del equipo dental (12).

#### 1.5.1.8 Distracción.

Es la técnica de desviar la atención del paciente de lo que puede percibirse como amenaza, el objetivo es disimular la percepción desagradable y evitar conductas negativas o de evitación (12).

#### 1.5.1.9 Reestructuración de la memoria.

Consiste en reconducir la memoria asociada a un evento negativo a otro positivo (12).



1.6 Técnicas no convencionales de modificación de conducta en el paciente pediátrico.

Son técnicas no tradicionales y no farmacológicas, aceptadas por la mayoría de padres ya que desvían la atención durante el procedimiento dental. Son técnicas de bajo coste, reducen el riesgo de trauma, entre ellas esta la hipnosis, la aromaterapia, la musicoterapia o las técnicas audiovisuales (20).

#### 1.6.1 Hipnosis.

Es un estado de inconsciencia comparable al del sueño pero se logra a través de la sugestión, esta técnica provoca una relajación profunda alejando del entorno clínico, llevándole hacia experiencias positivas (20).

#### 1.6.2 Aromaterapia.

Se define como la *“ciencia y arte que explora la fisiología, psicología y el ámbito espiritual bajo los efectos de esencias aromáticas extraídas de plantas naturales”*.

Su uso se remonta desde hace 5000 años. Se puede administrar por ingestión oral, vapor, o aplicaciones externas. El aceite es el más utilizado en el ámbito clínico, siendo los más utilizados orégano, lavanda, rosa, salvia. Que reducen la ansiedad y estimulan los sentimientos de felicidad (20).

#### 1.6.3 Musicoterapia.

Es una excelente técnica, permite el manejo de conducta por que ayuda al niño a relajarse y además influye en su estado de ánimo (20).



#### 1.6.4 Técnica audiovisual.

Hace posible una completa distracción del niño, es muy efectiva cada vez más odontólogos tienen pantallas, gafas virtuales, tipo *Cardboards*... en el gabinete. Fue desarrollado por google en 2014, con versión para móvil <sup>(20)</sup>.

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en base a los principios del conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que le rodean. El comportamiento es la manera que tienen las personas de relacionarse con su entorno o mundo. Todas estas técnicas arriba mencionadas, de manera aislada o simultáneamente, nos pueden ayudar a mantener la colaboración del paciente a través de la adquisición de valores, actitudes y conocimientos que van a proveer que el niño tenga una actitud positiva frente al tratamiento. En aquellos niños que tuvieron experiencias previas negativas en la consulta, el odontopediatra, debe reconducir y transformar esa vivencia a una positiva <sup>(12)</sup>.



---

## 2. Justificación del estudio

La ansiedad es un problema en el manejo del pacientes el gabinete dental, los efectos que esta produce psicológicamente repercuten inclusive hasta entrada la edad adulta, evitando acudir y/o rechazando el tratamiento aun cuando presentan dolor, esto conlleva al deterioro de su salud bucal. El comportamiento del niño frente a situaciones que le generan ansiedad se inicia en la infancia, como consecuencia de tratamientos dolorosos o experiencias negativas.

La valoración del grado de ansiedad en la primera visita del paciente pediátricos nos ayuda en gran manera a determinar las técnicas de manejo que se deben aplicar en cada caso, para conseguir la realización del tratamiento odontológico idóneo a la patología dental presentada por el paciente.



---

### 3. Objetivos

#### Objetivo principal:

- Determinar el grado de ansiedad con la escala de dibujos de Venham que genera una primera visita en el paciente pediátrico.

#### Objetivos secundarios:

- Determinar dentro del rango de edad de 5 a 12 años, con cuantos años evidencian un mayor número de respuesta ante la ansiedad dental.
- Establecer la correlación entre la diferencia de género y la ansiedad dental durante la primera visita.
- Cuantificar la influencia de las actitudes anticipatorias de los progenitores frente a la ansiedad dental del niño.
- Evaluar si la herramienta de anticipación como un vídeo explicativo de la primera visita influye en la ansiedad dental.



---

#### 4. Hipótesis de estudio

H<sub>1</sub>

- Existe relación entre la visualización del video y una menor ansiedad dental en la primera visita.
- Existe relación entre la edad y la ansiedad dental de la primera visita.
- Existe relación entre la ansiedad dental y el sexo.
- Existe relación entre la ansiedad dental de los padres y la del niño frente a la primera visita dental.

H<sub>0</sub>

- No existe relación entre la visualización del video y una menor ansiedad dental en la primera visita.
- No existe relación entre la edad y la ansiedad dental de la primera visita.
- No existe relación entre la ansiedad dental y el sexo.
- No existe relación entre la ansiedad dental de los padres y la del niño frente a la primera visita dental.



---

## 5. Material y Método

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica San Vicente Mártir referente al IP UCV/2022-2023/063.

### 5.1 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

#### 5.1.1 Criterios inclusión.

- Edad comprendido entre 5 y 12 años.
- Ser primera visita odontológica en la Clínica Universitaria, de la Universidad Católica san Vicente Mártir.
- Padre/tutor/representante que haya firmado el consentimiento del estudio y firma del niño en el asentimiento.

#### 5.1.1 Criterios de exclusión.

- Niños que por alguna razón física o cognitiva no puedan contestar el cuestionario.
- Niños que el motivo de consulta sea urgencia odontológica.

### 5.2 Diseño.

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo llevado a cabo desde noviembre de 2022 hasta mayo 2023. Los pacientes se dividieron, de forma aleatoria, en dos grupos que acudieron para una primera visita dental. El grupo control se le realizó una primera visita sin visualización previa de un vídeo explicativo y el grupo de estudio se trató con el empleo de un video explicativo previo a la realización de la primera visita.



### 5.3 Población de estudio.

Se valorara la ansiedad dental a niños entre 5 y los 12 años, que sean primera visitas en la clínica de la Universidad Católica de Valencia.

### 5.4 Intervención/ Procedimiento a realizar.

Se preparó un instrumento de medida ajustando para el caso: primeramente se elaboró un video demostrativo (**Anexo I**), utilizando un paciente muestra sobre una primera visita rutinaria en las clínicas de la Universidad Católica de Valencia, contamos con el consentimiento para el mismo (**Anexo II**). Además, se elaboró un cuestionario tipo para valorar ítems referentes a la ansiedad dental (**Anexo III**) siguiendo el patrón de la escala.

Venham Pictorial Test. La interpretación de la escala se basa en la suma del valor final de cada cuadro. Si se obtiene un resultado menor o igual a 4 indica que el paciente no es ansioso, no obstante, si el resultado oscila entre 5 y 8 el paciente es ansioso. Por último, se consignaron los datos personales de edad, sexo y ansiedad de los padres.

Se localizaran a los pacientes en la sala de espera de la clínica, donde el encuestador entregara una hoja informativa al paciente (**Anexo IV**) explicando todos los datos y los objetivos del estudio, posteriormente se firmara el consentimiento informado (**Anexo V**), la protección de datos (**Anexo VI**), el asentimiento informado (**Anexo VII**).

Al grupo experimental se le mostrara el vídeo explicativo de la primera visita y tras su visualizaran se le pasara el cuestionario a los padres y las niños visualizaron el pictografía de Venham, formando por 8 cuadros numerados de forma creciente, en los que cada cuadro contiene dos figuras (una ansiosa y otra no ansiosa). Los cuadros se mostrarán en orden consecutivo, para esto, se les indicará que escojan la imagen con la que se sientan más identificados en el momento de la evaluación. Si el niño selecciona la figura ansiosa de alguno de los 8 cuadros se le asigna un valor de 1 y si escoge la figura no ansiosa se le asignará un valor de 0. Tras la recopilación de datos se realizará la primera visita.



Al grupo control se le pasará la encuesta a los padres y pictograma a los niños seguido de la primera visita.

#### 5.5 Cálculo del tamaño muestra.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, sobre una población estimada de 460 pacientes que consultan mensualmente en las clínicas odontológicas, con un nivel de confianza del 95 %, una precisión de 5 % se necesitó reclutar 138 sujetos y, estimando un margen de error del 7 %, se llegó a un tamaño muestral de 69 para el grupo control y 69 personas para el grupo experimental, aplicando un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

#### 5.6 Variable principal.

La variable principal de este estudio es conocer la ansiedad que se genera en el niño en una primera visita. De esta manera, definimos esta variable como cualitativa dicotómica atendiendo a la medición con la escala de Venham Pictorial Test <sup>(21)</sup>.

#### 5.7 Variable secundaria.

A continuación desarrollamos las variables secundarias correspondientes a este estudio: Edad, género, actitud de los progenitores y herramienta de anticipación. Una vez definidas estas variables las catalogamos de la siguiente manera. La edad, es una variable cuantitativa discreta ya que solo puede tener un valor determinado por año para representar la edad <sup>(21)</sup>. El género, es una variable cualitativa puesto que son características de un individuo que se puede expresar con palabras <sup>(21)</sup>. La actitud de los progenitores, es una variable independiente debido a que su valor no depende de otra variable <sup>(21)</sup>. La herramienta de anticipación, es una variable dependiente influenciada por la visualización del video <sup>(21)</sup>.

#### 5.8 Cronograma.

- En noviembre recogida de documentos y solicitud de Ip para aplicar al comité ético del 15 de diciembre. La fecha prevista de inicio para la recogida de datos será del 9 de Enero al 15 Abril de 2023, previa aceptación del comité ético.
- El análisis estadísticos se realizará entre el 10 de abril y el 15 abril.



- La descripción de resultados y discusión se realizará del 16 de abril al 19 de mayo.

#### 5.9 Fuente de financiación

Todo gasto referente a la confección de los anexos, vídeo y fotocopias necesarias para el cuaderno de recogida de datos, será abonado por el investigador principal. Así como cualquier otro gasto que derive de la realización de este trabajo de fin grado.

#### 5.10 Análisis estadísticos.

Utilizaremos una estadística descriptiva para analizar las distintas variables medidas para ambos grupos (control y estudio). Además de una estadística inferencias mediante la prueba Chi-cuadrado para determinar si las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas o no con un valor significativo del 5%.



---

## 6. Aspectos Éticos

Se respetará la normativa vigente en materia de investigación y de protección de datos. Se respetaran los derechos y garantías para las participaciones contenidas en la Ley orgánica 3/2018, del 5 de Diciembre, de protección de datos personales y garantías de derechos digitales.

Se respetara la Ley 14/2007, de investigación biomédica, la declaración de Helsinki en su versión de Fortaleza de 2013 y el código deontológico del colegio de odontólogos.

Este estudio no presentó implicaciones éticas ya que no se proveen riesgos por participar en esta fase del estudio puesto que sólo se tomaron datos de la ansiedad al aplicar un tipo de técnica no farmacológica y no invasiva en la atención odontológica.

Mantuvimos de la manera más confidencial la información del participante, el estudio fue completamente anónimo. Se realizó un consentimiento a los padres de los pacientes implicados (**Anexo V**) y el asentimiento a los pacientes (**Anexo VI**), todo paciente que entre en la investigación debió ser informado y firmar el consentimiento.

Se procedió a realizar una solicitud dirigida al Comité de Ética de la Universidad Católica San Vicente Mártir, para que autorice la ejecución del proyecto.



## 7. Resultados

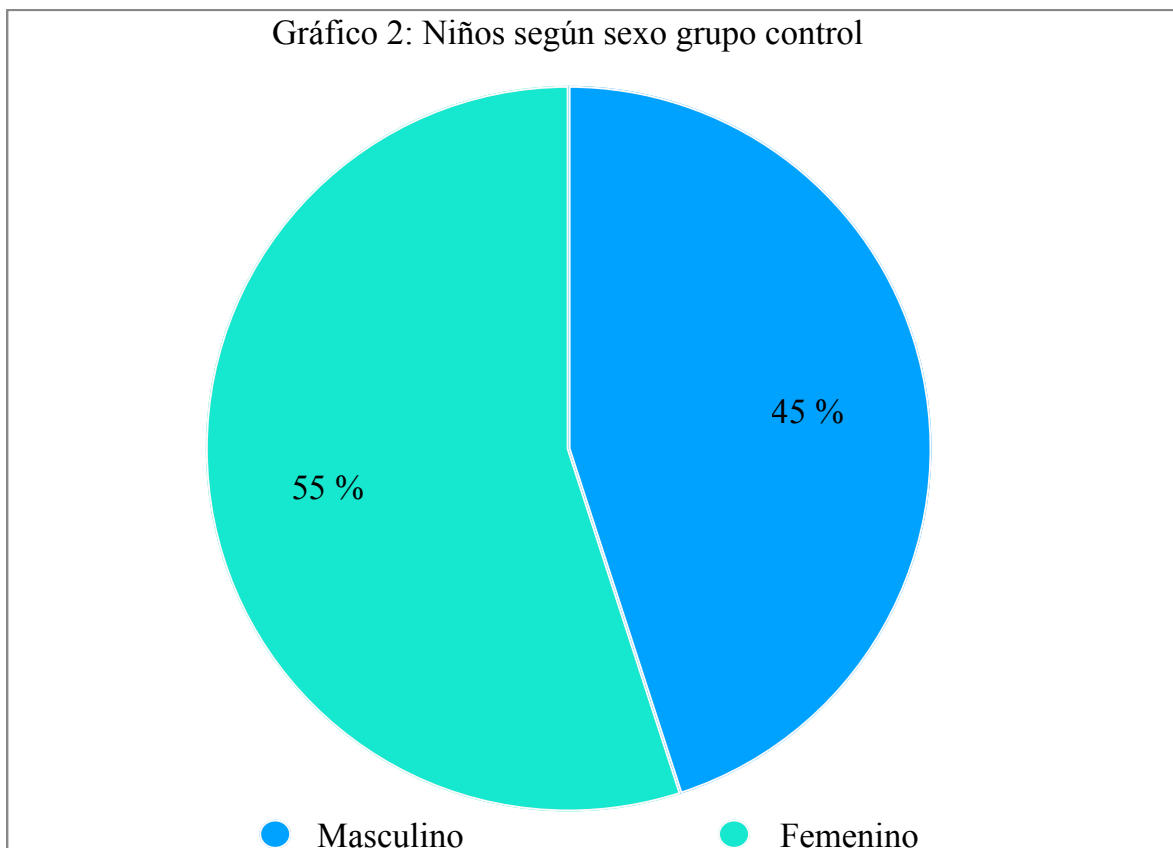
### 7.1 Tabla Resultados.

En la tabla 1 y gráfica 2 se muestra la relación del total de niños con respecto al sexo. De los niños, el 55 % (33) fueron del sexo femenino y el 45% (27) restante son del sexo masculino.

Tabla 1: Niños según sexo grupo control

	Niños	%Total	%Acumulado
Masculino	27	45%	45%
Femenino	33	55%	100%
Total	60	100%	

### 7.2 Gráfico Resultados.





### 7.3 Tabla Resultados.

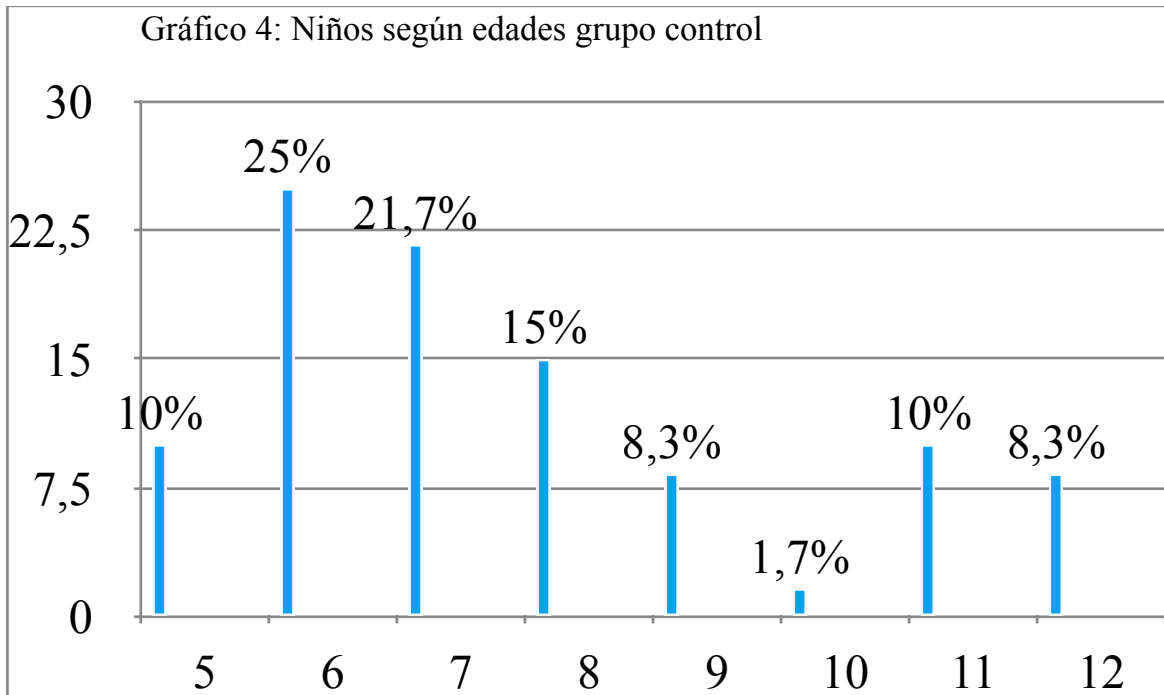
En la tabla 3 y gráfico 4, podemos observar la distribución de niños relacionados con la edad, correspondiendo a 10% (6) a niños de 5 años; 25% (15) a 6 años, 21,67% (13) de 7 años; 15% (9) al grupo de 8 años; 8,34% (5) a niños de 9 años; 1,67% (1), 10 años; para niños de 11 años corresponde a 10% (6) y en grupo de 12 años 8,33% (5).

Tabla 3: Niños según edades grupo control

Años	Total Niños	%Total de Niños	% Acumulado
5	6	10%	10%
6	15	25%	35%
7	13	21,67%	56,67%
8	9	15%	71,67%
9	5	8,33%	80%
10	1	1,67%	81,67%
11	6	10%	91,67%
12	5	8,33%	100%
Total	60	100%	



#### 7.4 Gráfico Resultados.



#### 7.5 Tabla Resultados.

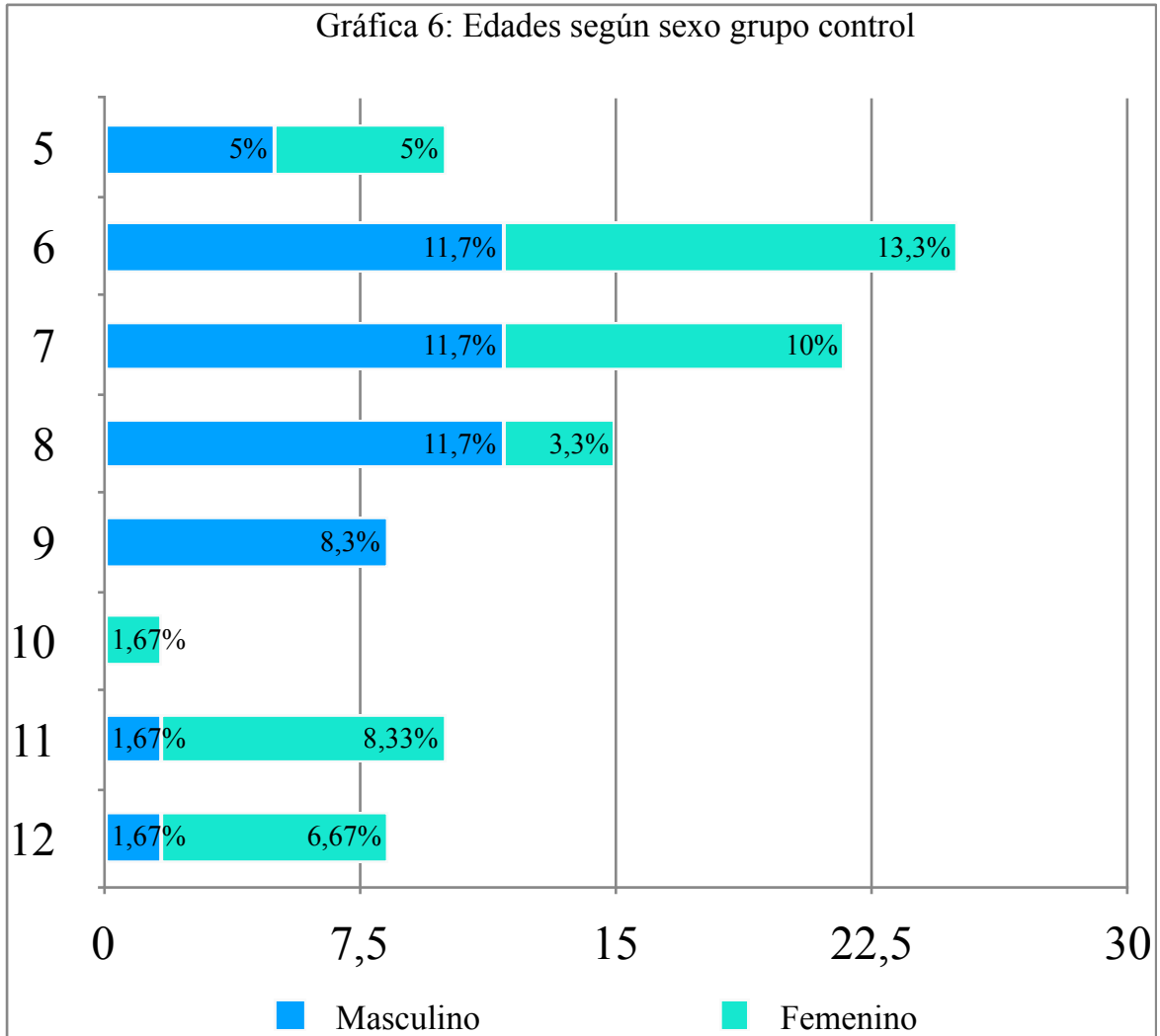
En esta tabla 5, gráfica 6, se detalla la relación de la edad y el sexo de los participantes de este estudio.

Tabla 5: Edades según sexo grupo control

Años	Masculino	Femenino	%Masculino	%Acumulado Masculino	%Femenino	%Acumulado Femenino
5	3	3	5%	5%	5%	5%
6	7	8	11,67%	16,67%	13,33%	18,33%
7	7	6	11,67%	28,33%	10%	28,33%
8	7	2	11,67%	40%	3,33%	31,67%
9	5	0	8,33%	48,33%	0	31,67%
10	0	1	0	48,33%	1,67%	33,33%
11	1	5	1,67%	50%	8,33%	41,67%
12	1	4	1,67%	51,67%	6,67%	48,33%
Total	31	29	51,67%		48,33%	
<b>Total General</b>	<b>60</b>					



## 7.6 Gráfico Resultados.





### 7.7 Tabla Resultados.

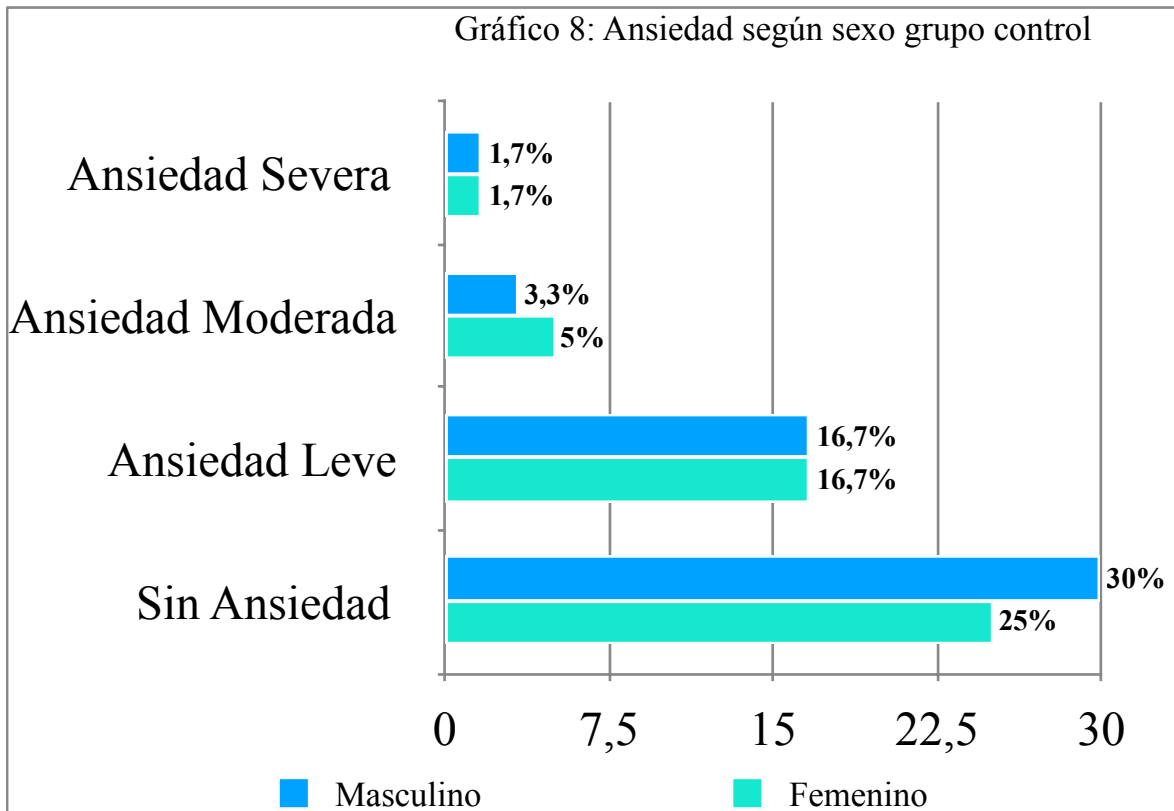
La tabla 7 y gráfico 8, se relaciona la ansiedad según sexo, se observo una ansiedad leve en un 16,67% para ambos sexos, una ansiedad modera mayor con un 5 % para el sexo femenino, una ansiedad severa con un 1,67% para ambos sexos y por ultimo sin ansiedad con un 30% para el genero masculino.

Tabla 7: Ansiedad según sexo grupo control

	Masculino	Femenino	% Masculino	%Acumulado masculino	% Femenino	%Acumulado femenino
Sin ansiedad	18	15	30%	30%	25%	25%
Ansiedad leve	10	10	16,67%	46,67%	16,67%	41,67%
Ansiedad Moderada	2	3	3,33%	50%	5%	46,67%
Ansiedad severa	1	1	1,67%	51,67%	1,67%	48,33%
Total	31	29	51,67%		48,33%	
<b>Total General</b>	<b>60</b>					



### 7.8 Gráfico Resultados.



### 7.9 Tabla Resultados.

El chi-cuadrado calculado fue de 0,24 menor que el valor crítico 3,84. Por tanto, los resultados muestran un  $p < 0,05$ .

	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	0,24	1	0

Nivel de significancia = 0,05



## 7.10 Tabla Resultados.

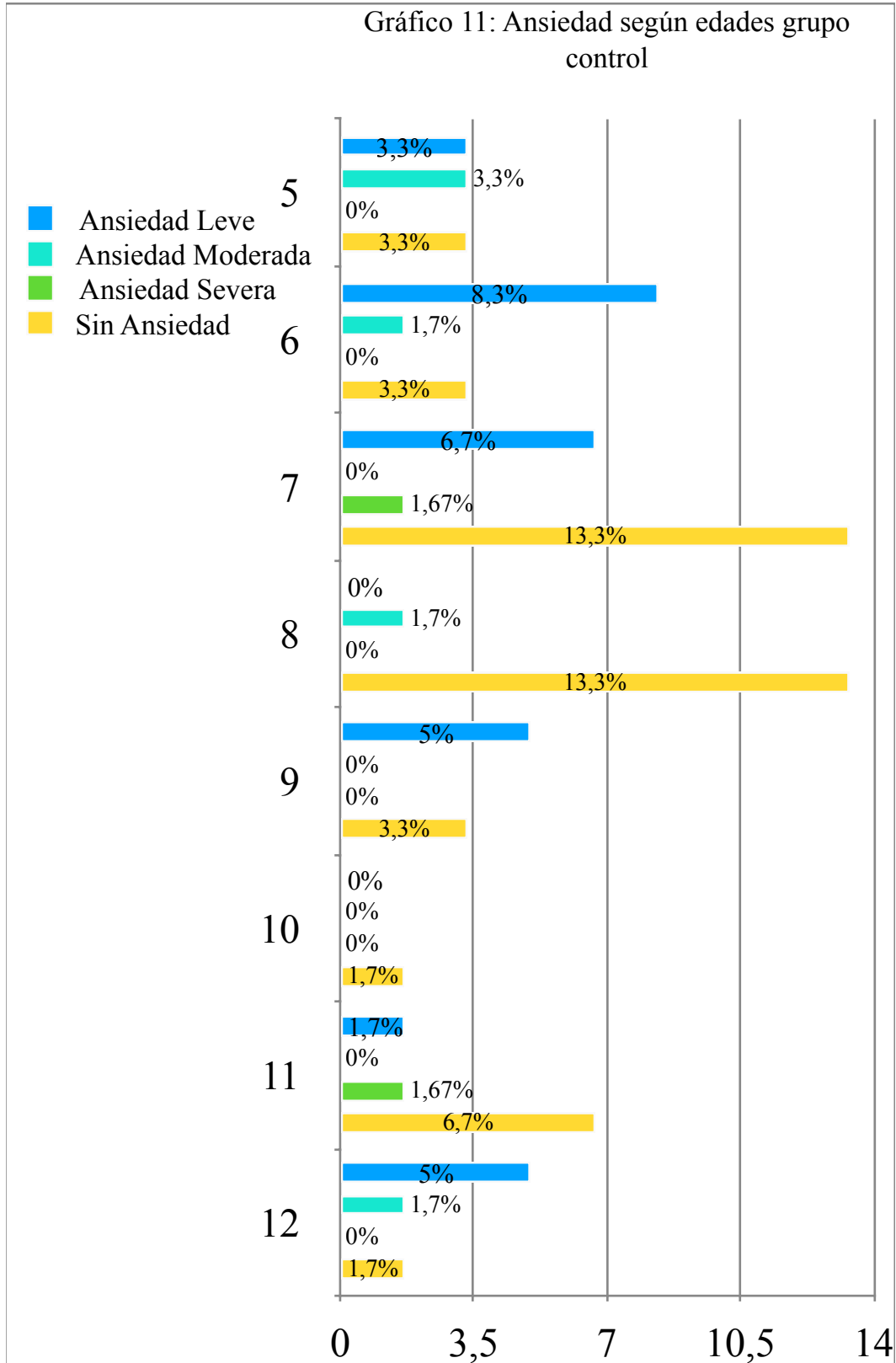
En la tabla 10 y gráfico 11, se relaciona el nivel de ansiedad según edad.

Tabla 10: Ansiedad según edades grupo control

Edades	Sin Ansiedad	%sin Ansiedad	Ansiedad Leve	%Ansiedad Leve	Ansiedad moderada	%Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	%Ansiedad Severa
<b>5</b>	2	3,33%	2	3,33%	2	3,33%	0	0 %
<b>6</b>	9	15%	5	8,33%	1	1,67%	0	0 %
<b>7</b>	8	13,33%	4	6,67%	0	0%	1	1,67%
<b>8</b>	8	13,33%	0	0 %	1	1,67%	0	0 %
<b>9</b>	2	3,33%	3	5%	0	0 %	0	0 %
<b>10</b>	1	1,67%	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>11</b>	4	6,67%	1	1,67%	0	0 %	1	1,67%
<b>12</b>	1	1,67%	3	5%	1	1,67%	0	0%
<b>Total</b>	<b>35</b>		<b>18</b>		<b>5</b>		<b>2</b>	
<b>Total General</b>	<b>60</b>							



### 7.11 Gráfico Resultados.





### 7.12 Tabla Resultados.

El chi-cuadrado calculado fue de 8,27 menor que el valor crítico 14,06. Por lo tanto, los resultados muestran un valor de  $p < 0,05$ .

	Valor	Gl	Sig. asintótica
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	8,27	7	0

Nivel de significancia = 0,05

### 7.13 Tabla Resultados.

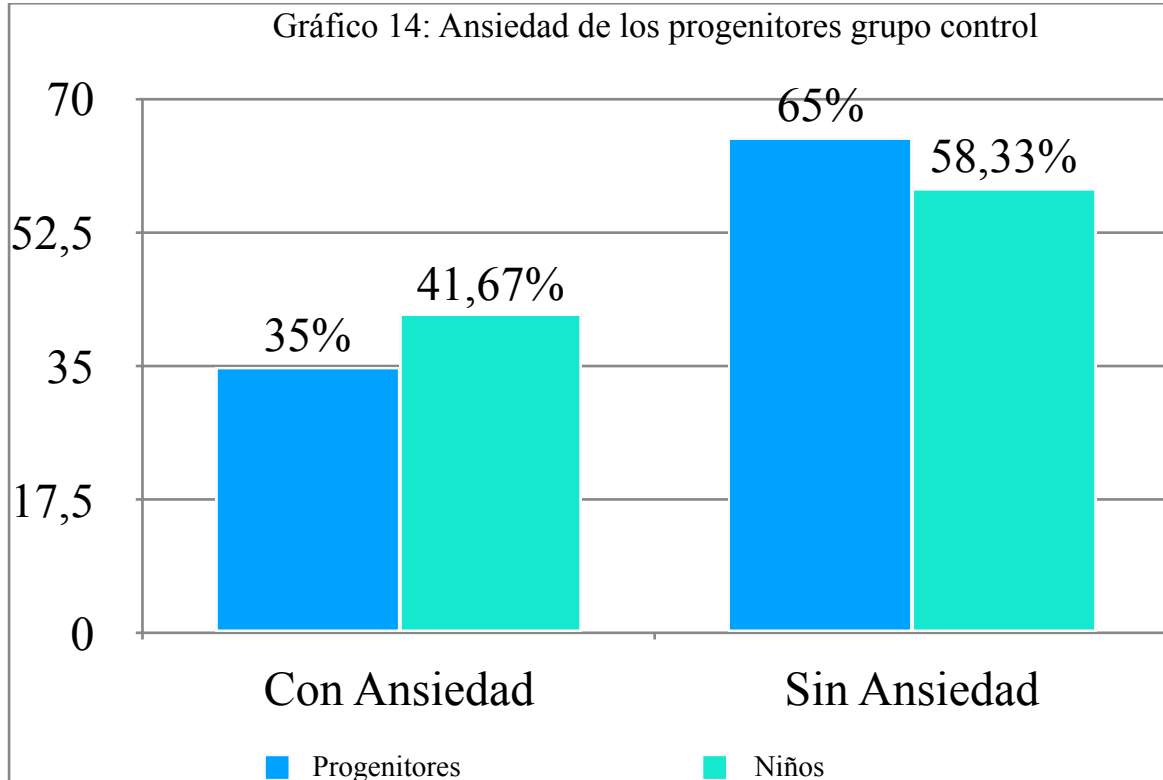
En la tabla 13 y gráfica 14, muestra los datos de la ansiedad de los progenitores, el 35% (21) de los acompañantes sufría ansiedad cuando ellos acudían como pacientes al odontólogo. Por contra, el 65% (39) los progenitores no presentaban ansiedad.

Tabla 13: Ansiedad de los progenitores grupo control

	Total progenitores	Total de niños	%Total progenitores	%Total de niños	%Acumulado de progenitores	%Acumulado de niños
Sin ansiedad	39	35	65%	58,33%	65%	58,33%
Con ansiedad	21	25	35%	41,67%	100%	100%
Total	60	60	100%	100%		



### 7.14 Gráfico Resultado.



### 7.15 Tabla Resultados

El chi-cuadrado calculado fue de 0,56 menor que el valor crítico 3,84. Por lo tanto, los resultados muestran un valor de  $p < 0,05$ .

	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	0,56	1	0

Nivel de significancia = 0,05



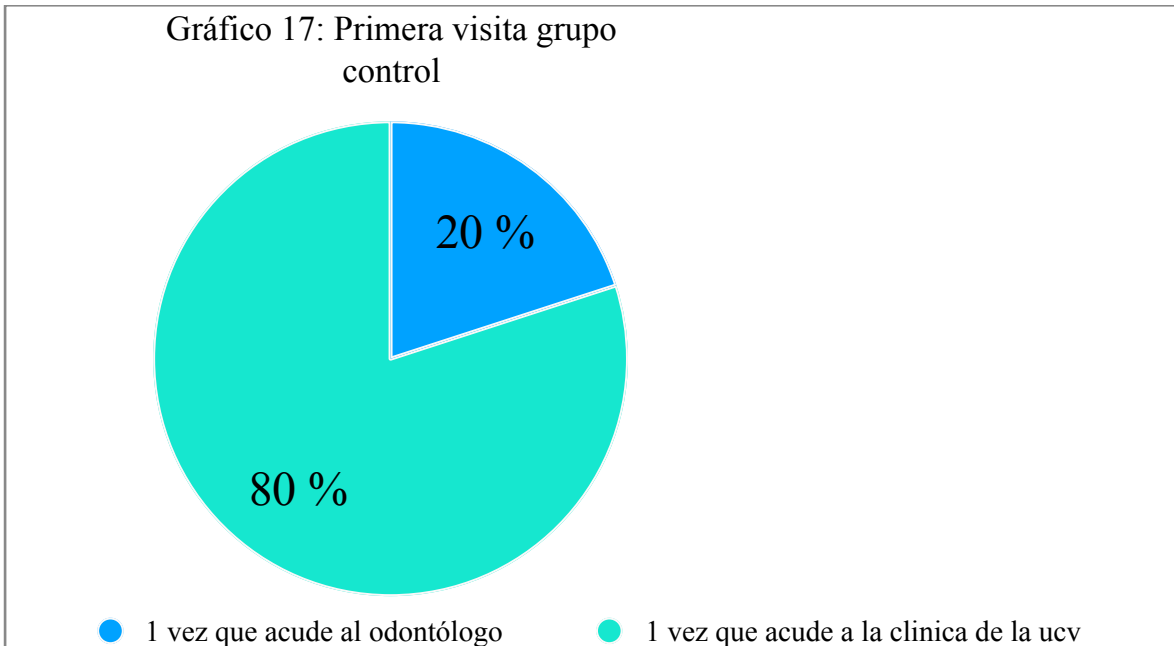
### 7.16 Tabla Resultados.

En la tabla 16 y gráfico 17, los resultados de nuestro estudio se muestra que el 20% (12) de los niños visitaban al dentista por la primera vez y el 80% (48) restante visitaban la clínica de la universidad por primera vez, ya habiendo acudido al odontólogo en anteriores ocasiones.

Tabla 16 : Primera visita en el grupo control

	Total	%Total	%Acumulado
1 vez que acude al odontólogo	12	20%	20%
1 vez que acude a la clínica de la ucv	48	80%	100%
<b>Total</b>	<b>60</b>		

### 7.17 Gráfico Resultados.





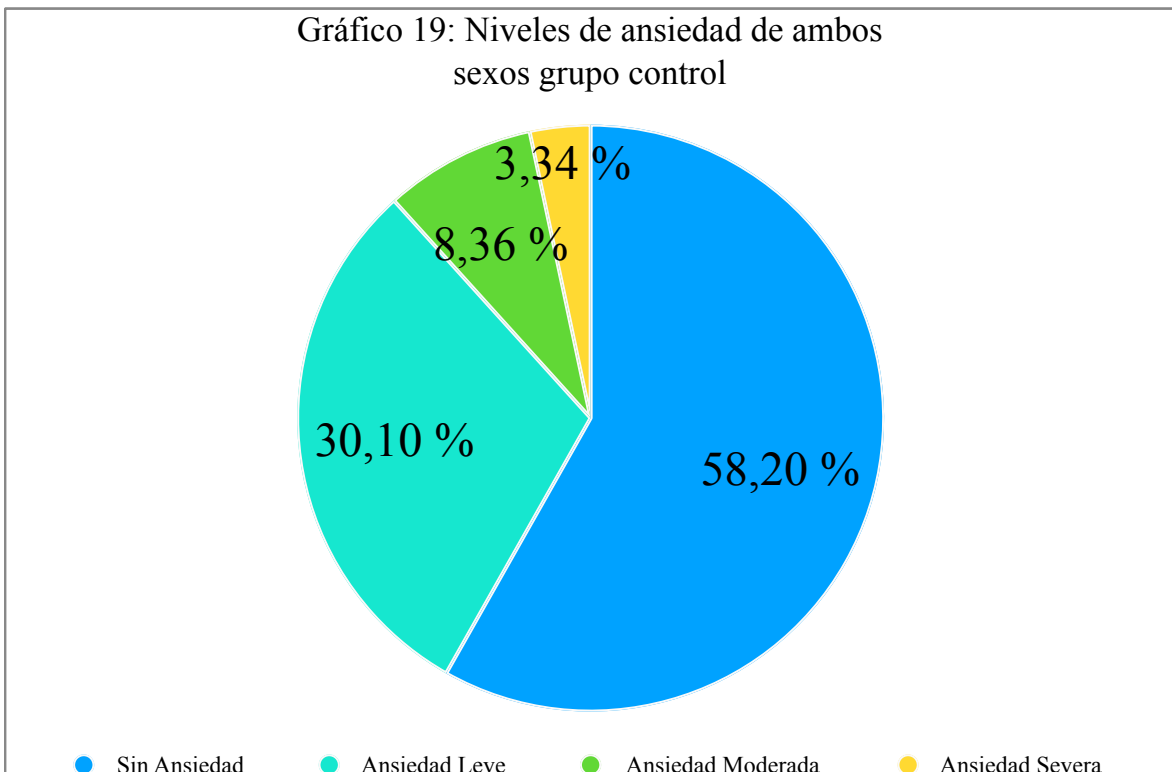
### 7.18 Tabla Resultados.

En la tabla 18 y su gráfico 19, se muestra la distribución de los niveles de ansiedad en ambos sexos, el 30% (18) tienen ansiedad leve, 8,33% (5) con ansiedad moderada, 3,33% (2) que mostraron una ansiedad severa y 58,33% (35) no mostraron ansiedad.

Tabla 18: Niveles de ansiedad de ambos sexos grupo control

	Total	% Total	%Acumulado
Sin Ansiedad	35	58,33%	58,33%
Ansiedad Leve	18	30%	88,33%
Ansiedad Moderada	5	8,33%	96,67%
Ansiedad Severa	2	3,33%	100%
Total	60	100%	

### 7.19 Gráfico Resultados.





## 7.20 Tabla Resultados.

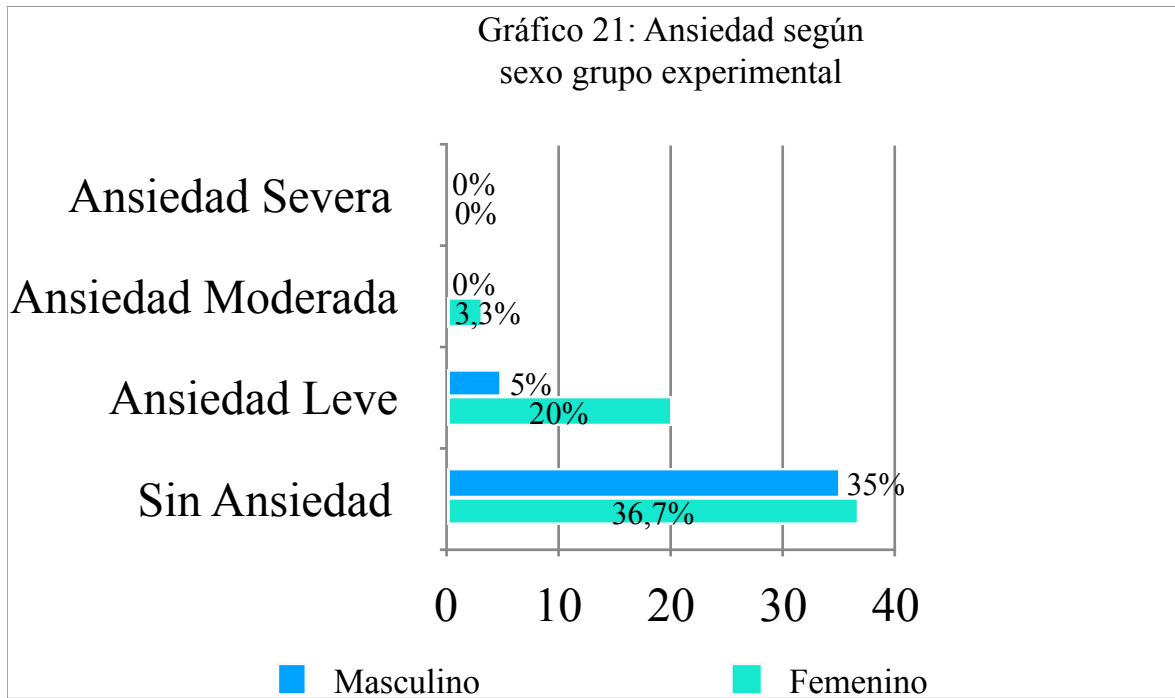
En la tabla 20 y su gráfica 21, muestran la relación de niveles de ansiedad y sexo tras la visualización del video. Los datos concluyen que para una ansiedad leve el 20% eran mujeres, mientras que el 5% eran hombres; para una ansiedad moderada el 3,33% eran mujeres; para la ansiedad severa el 0% en ambos grupos y sin ansiedad el 36,67% eran mujeres y el 35% eran hombres.

Tabla 20: Ansiedad según sexo grupo experimental

	Masculino	Femenino	%Masculino	%Acumulado masculino	%Femenino	%Acumulado femenino
Sin ansiedad	21	22	35%	35%	36,67%	36,67%
Ansiedad leve	3	12	5%	40%	20%	56,67%
Ansiedad Moderada	0	2	0%	40%	3,33%	60%
Ansiedad severa	0	0	0%	40%	0%	60%
Total	24	36	40%		60%	
<b>Total General</b>	<b>60</b>					



### 7.21 Gráfico Resultado.



### 7.22 Tabla Resultados.

El chi-cuadrado calculado fue de 4,93 mayor que el valor crítico 3,84. Por lo tanto, los resultados muestran un valor de  $p > 0,05$ .

	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	4,93	1	0

Nivel de significancia = 0,05



### 7.23 Tabla Resultados.

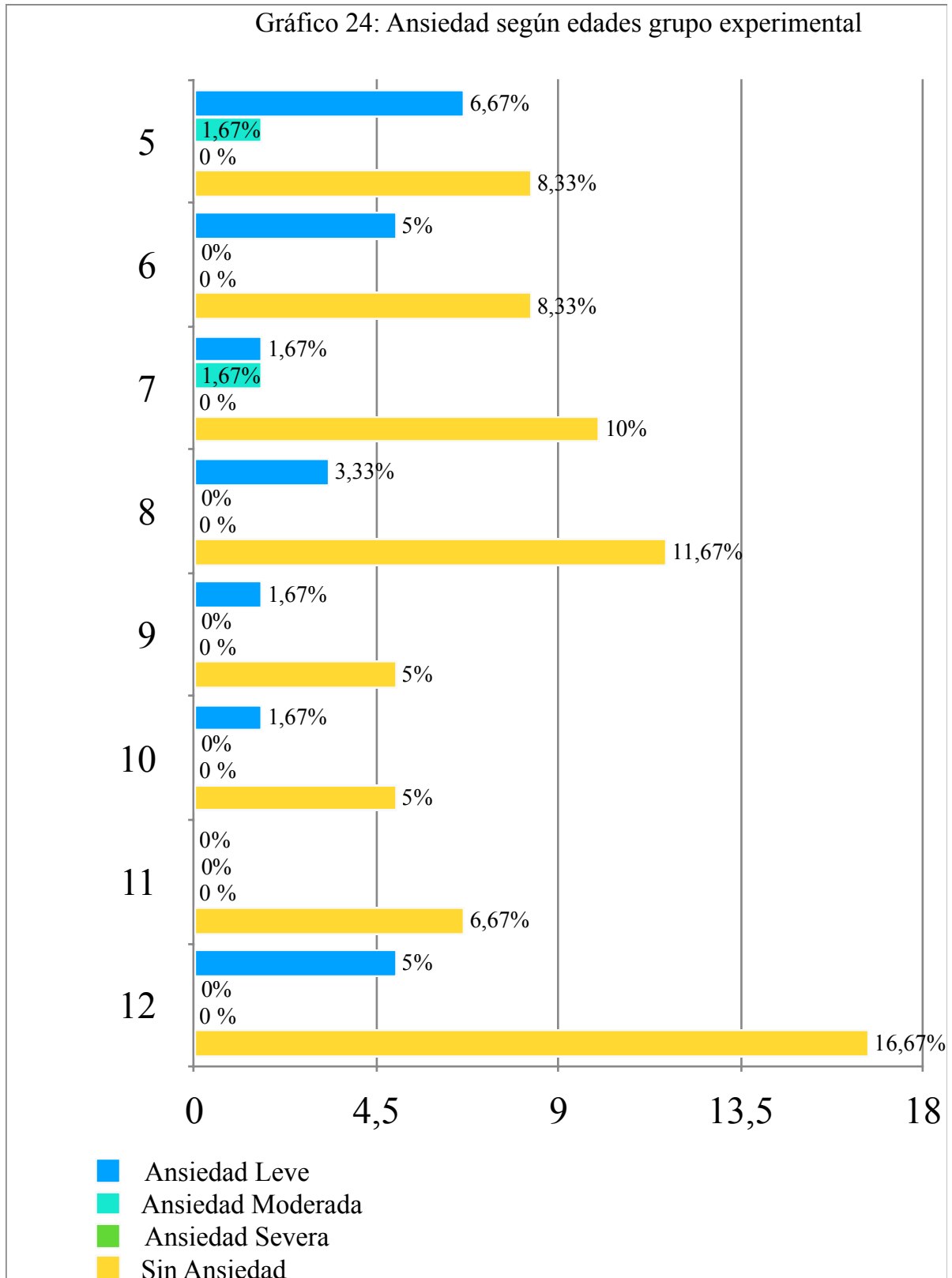
En la tabla 23, gráfico 24, se relaciona el nivel de ansiedad según edades tras la visualización del video.

Tabla 23: Ansiedad según edades grupo experimental

Edades	Sin Ansiedad	% sin Ansiedad	Ansiedad Leve	% Ansiedad Leve	Ansiedad moderada	%Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	% Ansiedad Severa
5	5	8,33%	4	6,67%	1	1,67%	0	0%
6	5	8,33%	3	5%	0	0%	0	0%
7	6	10%	1	1,67%	1	1,67%	0	0%
8	7	11,67%	2	3,33%	0	0%	0	0%
9	3	5%	1	1,67%	0	0%	0	0%
10	3	5%	1	1,67%	0	0%	0	0%
11	4	6,67%	0	0%	0	0%	0	0%
12	10	16,67%	3	5%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>43</b>		<b>15</b>		<b>2</b>		<b>0</b>	
<b>Total General</b>	<b>60</b>							



## 7.24 Gráfico Resultados.





### 7.25 Tabla Resultados.

El chi-cuadrado calculado fue de 4,65 menor que el valor crítico 14,06 por lo tanto, los resultados muestran un valor de  $p < 0,05$ .

	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	4,65	1	0

Nivel de significancia = 0,05

### 7.26 Tabla Resultados.

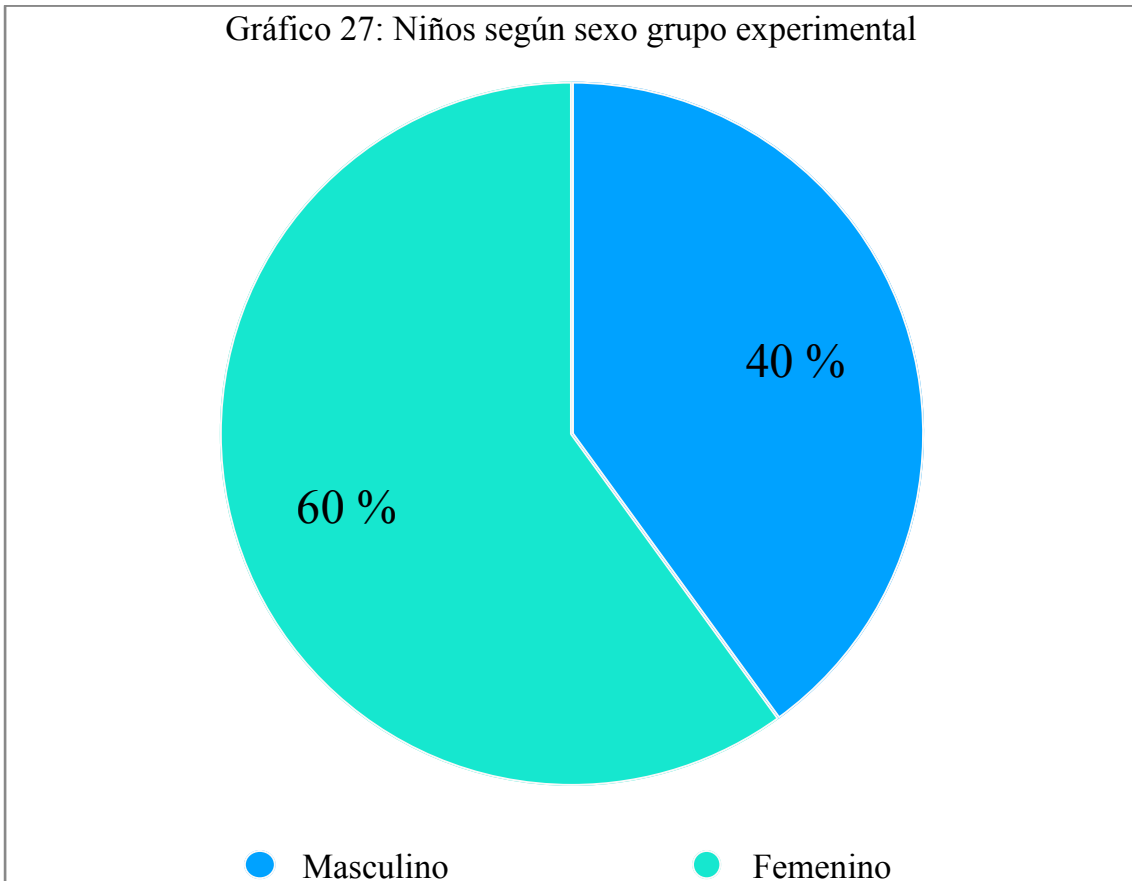
En la tabla 26, gráfico 27, se muestra la relación del total de niños con respecto al sexo de los niños tras la visualización del video, se representa en la gráfica a continuación que el 60 % (36) fueron del sexo femenino y el 40% (24) restante son del sexo masculino.

Tabla 26: Niños según sexo grupo experimental

	Niños	%Total	%Acumulado
Masculino	24	40%	40%
Femenino	36	60%	100%
Total	60	100%	



### 8.27 Gráfico Resultado.





### 8.28 Tabla Resultados.

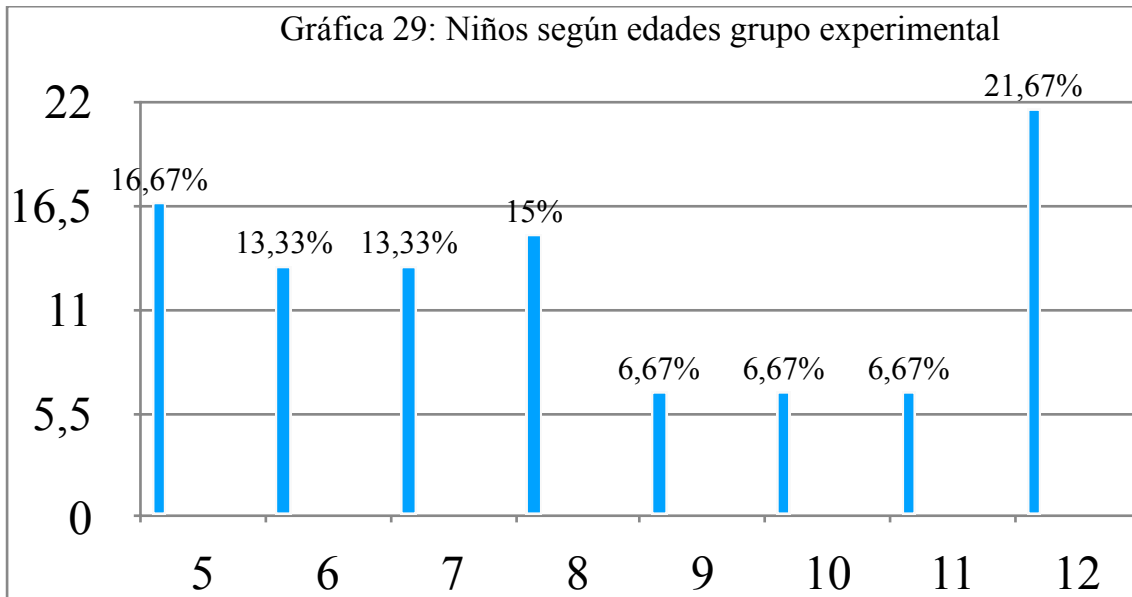
En la tabla 28 representada en la gráfica 29, podemos observar el total de niños relacionados con la edad tras la visualización del video, correspondiendo a 16,67% (10) a niños de 5 años; 13,33% (8) a 6 años, 13,33% (8) a 7 años; 15% (9) al grupo de 8 años; 6,67% (4) a niños de 9 años; 6,67% (4) 10 años; para niños de 11 años corresponde a 6,67% (4) ; y en grupo de 12 años 21,67% (13).

Tabla 28: Niños según edades grupo experimental

Años	Total Niños	%Total de Niños	%Acumulado
5	10	16,67%	16,67%
6	8	13,33%	30%
7	8	13,33%	43,33%
8	9	15%	58,33%
9	4	6,67%	65%
10	4	6,67%	71,67%
11	4	6,67%	78,33%
12	13	21,67%	100%
Total	60	100%	



### 7.29 Gráfico Resultados.



### 7.30 Tabla Resultados.

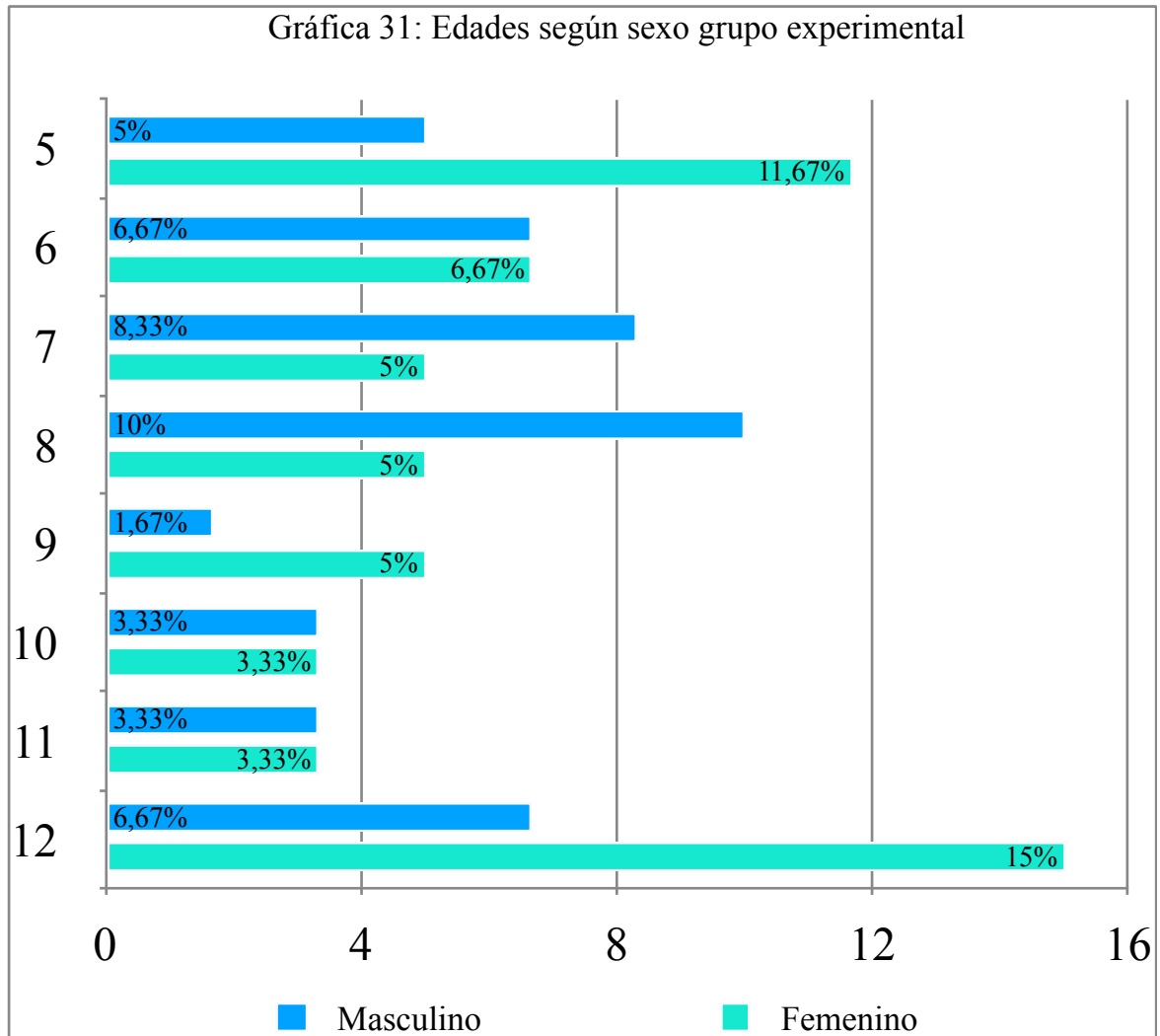
En la tabla 30 representada en el gráfico 31, se detalla la relación de la edad y el sexo de los participantes de este estudio tras la visualización del video.

Tabla 30: Edades según sexo grupo experimental

Años	Masculino	Femenino	%Masculino	%Acumulado	%Femenino	%Acumulado
5	3	7	5%	5%	11,67%	11,67%
6	4	4	6,67%	11,67%	6,67%	18,33%
7	5	3	8,33%	20%	5%	23,33%
8	6	3	10%	30%	5%	28,33%
9	1	3	1,67%	31,67%	5%	33,33%
10	2	2	3,33%	35%	3,33%	36,67%
11	2	2	3,33%	38,33%	3,33%	40%
12	4	9	6,67%	45%	15%	55%
Total	27	33	45%		55%	
<b>Total General</b>	<b>60</b>		<b>90%</b>		<b>110%</b>	



### 7.31 Gráfico Resultados.





### 7.32 Tabla Resultados.

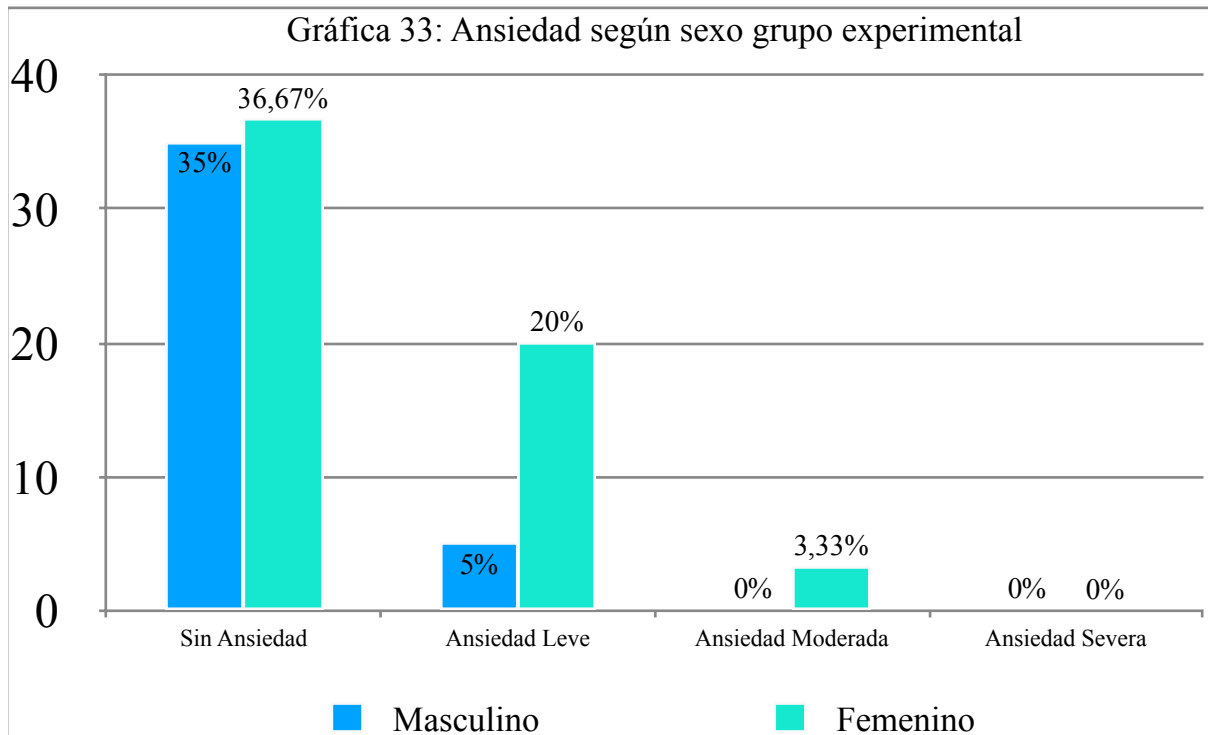
La tabla 32 y gráfico 33, se relaciona la ansiedad según sexo tras la visualización del video, se obtuvo que: el 20% (12) era mujeres, mientras que el restante 5% (3) eran hombres y tenían una ansiedad leve, 3,33 % (2) era mujeres, el restante 0% (0) eran hombres tenían ansiedad moderada, 0% (0) era mujeres, el resto 0% (0) eran hombres que mostraron una ansiedad severa y 36,67% (22) de mujeres y el 35% (21) de hombres, no mostraron ansiedad.

Tabla 32: Ansiedad según sexo grupo experimental

	Masculino	Femenino	% Masculino	%Acumulado masculino	% Femenino	%Acumulado femenino
Sin ansiedad	21	22	35%	35%	36,67%	36,67%
Ansiedad leve	3	12	5%	40%	20%	56,67%
Ansiedad Moderada	0	2	0%	40%	3,33%	60%
Ansiedad severa	0	0	0%	40%	0%	60%
Total	24	36	40%		60%	
<b>Total General</b>	<b>60</b>					



### 7.33 Gráfico Resultados.



### 7.34 Tabla Resultados.

El chi-cuadrado calculado fue de 4,93 mayor que el valor crítico 3,84. Por lo tanto, se observa un valor de  $p > 0,05$ .

	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	4,93	1	0

Nivel de significancia = 0,05



### 7.35 Tabla Resultados.

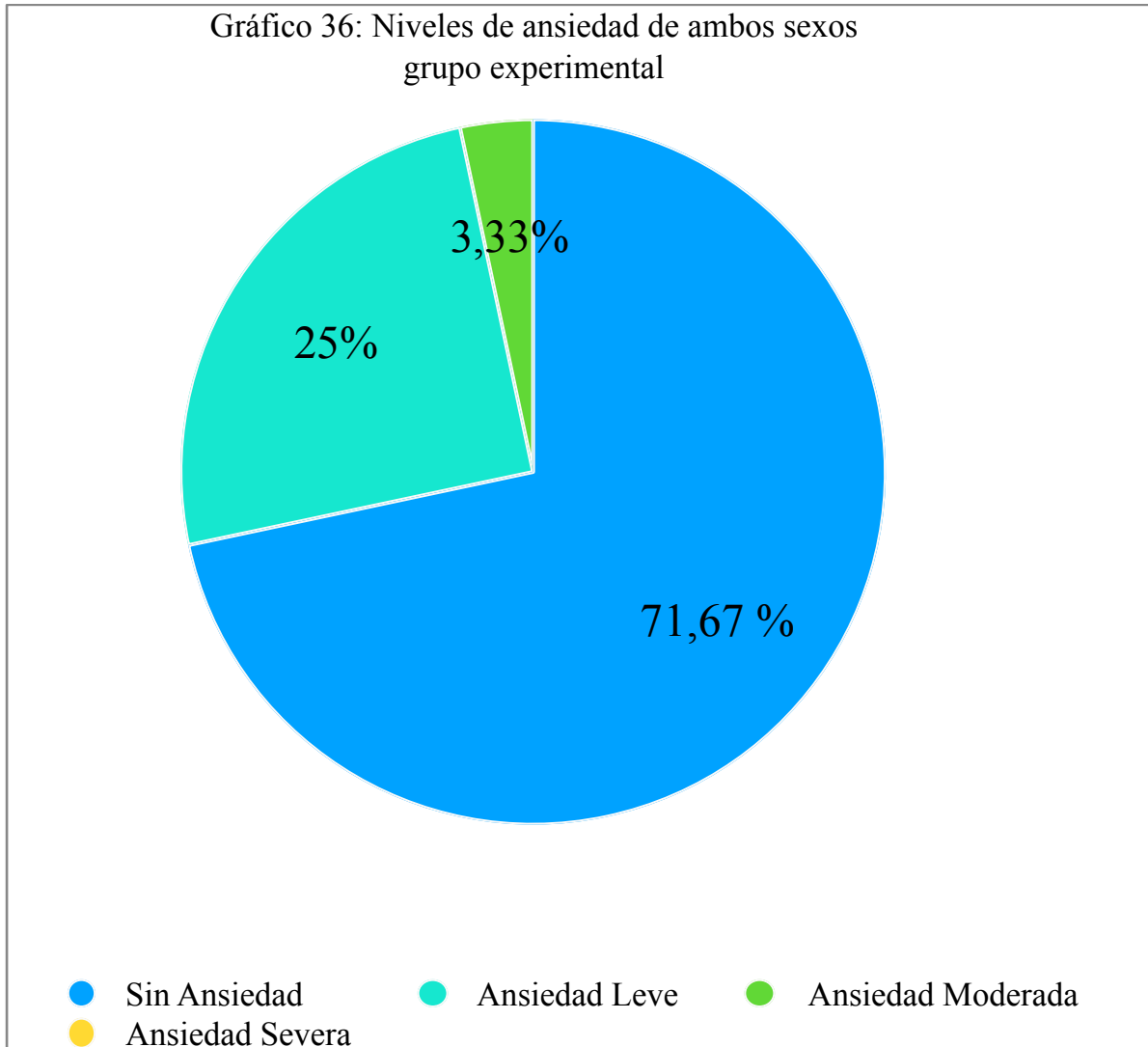
En la tabla 35 y gráfica 36, se muestra la distribución de los niveles de ansiedad en ambos sexos tras la visualización del video, el 25% (15) tienen ansiedad leve, 3,33% (2) con ansiedad moderada, 0% (0) que mostraron una ansiedad severa y 71,67% (43), no mostraron ansiedad.

Tabla 35: Niveles de ansiedad de ambos sexos grupo experimental

	Total	%Total	%Acumulado
Sin Ansiedad	43	71,67%	71,67%
Ansiedad Leve	15	25%	96,67%
Ansiedad Moderada	2	3,33%	100%
Ansiedad Severa	0	0%	100%
Total	60	100%	



### 7.36 Gráfico Resultados.





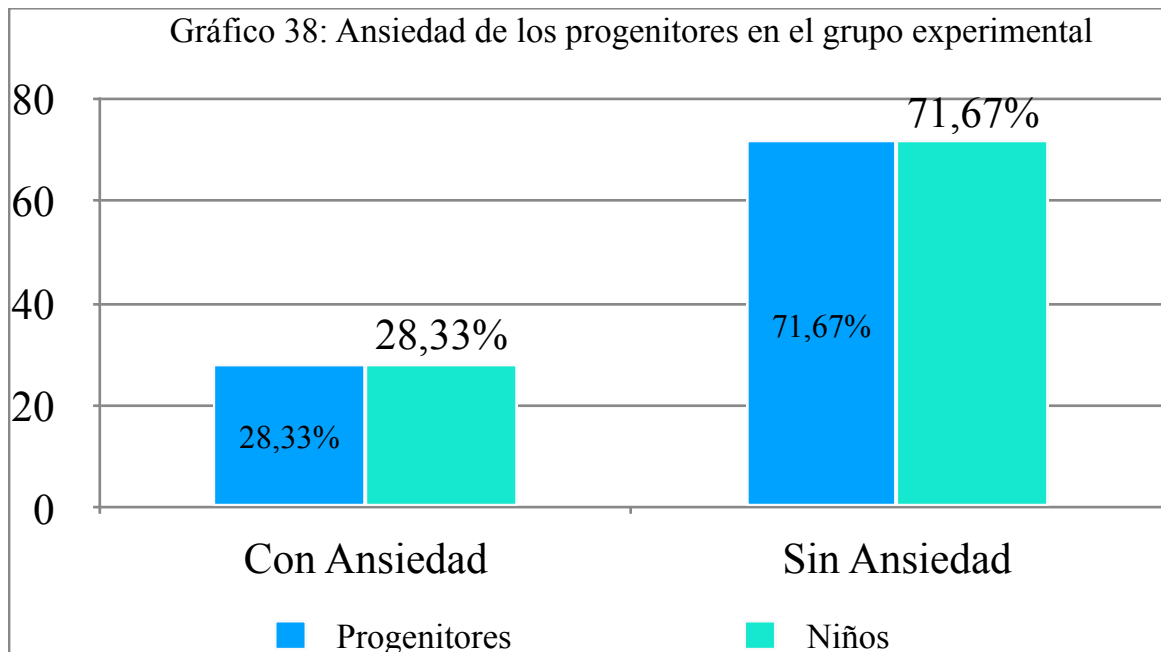
### 7.37 Tabla Resultados.

En la tabla 37 y gráfica 38, muestra los datos de la ansiedad de los progenitores, el 35% (21) de los acompañantes sufría ansiedad cuando ellos acudían como pacientes al odontólogo. Por contra, el 65% (39) los progenitores no presentaban ansiedad.

Tabla 37: Ansiedad de los progenitores grupo experimental

	Total progenitores	Total de niños	%Total progenitores	%Total de niños	%Acumulado de progenitores	%Acumulado de niños
Sin ansiedad	43	43	71,67%	71,67%	71,67%	71,67%
Con ansiedad	17	17	28,33%	28,33%	100%	100%
Total	60	60	100%	100%		

### 7.38 Gráfico Resultado.





### 7.39 Tabla Resultados.

El chi-cuadrado calculado fue de 0, menor que el valor crítico 3,84. Por lo tanto, se muestra un valor de  $p < 0,05$ , .

	Valor	Gl	Sig. asintótica
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	0	1	0

Nivel de significancia = 0,05

### 8.40 Tabla Resultados.

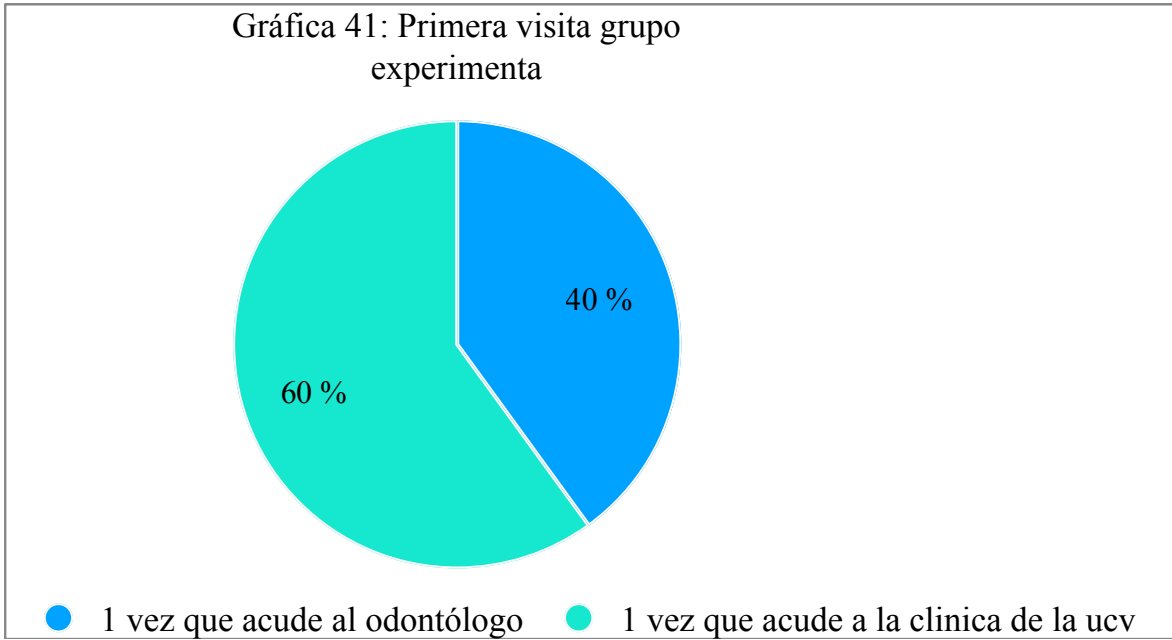
En la tabla 40 y gráfico 41, los resultados de nuestro estudio se muestra que el 40% (24) de los niños visitaban al dentista por la primera vez y el 60% (36) restante visitaban la clínica de la universidad por primera vez, ya habiendo acudido al odontólogo en anteriores ocasiones.

Tabla 40: Primera visita en el grupo experimental

	Total	%Total	%Acumulado
1 vez que acude al odontólogo	24	40%	40%
1 vez que acude a la clinica de la ucv	36	60%	100%
<b>Total</b>	<b>60</b>		



#### 8.41 Gráfico Resultados.





---

## 8. Discusión

Estudios como el de Fonseca et al., (2013), Heima (2022), Ampuntaya (2020), Srinath (2013), comparan las diferentes escalas para la valoración de la ansiedad. La utilización de escalas es de gran ayuda a los odontólogos, porque, orientan sobre cómo realizar el manejo con cada niño en particular <sup>(15,17,25,26)</sup>.

El método utilizado en este estudio ha sido la escala de Venham. Algunos expertos como Buchanan (2002) la considera una medida limitada para medir la ansiedad dental en los niños, debido a que tiene una validez moderada y dudosa fiabilidad, comparada con otras escalas, por el contrario, Konstantinos (2008) resalta que es una de las escalas de mayor éxito <sup>(22,23)</sup>. Del mismo modo, Aguirre (2019) compara la ansiedad con la prueba de Dibujos de Venham, la Subescala Dental de Miedos (CFSS) y la Escala FIS; en una muestra de 121 niños, entre 6 y 12 años y concluye que los tres instrumentos resultan eficaces para medir el nivel de ansiedad, mostrando mayor detalle y precisión en el estudio de prueba de Dibujos Venham y la escala FIS <sup>(25)</sup>. De igual forma, Namankany (2012) la considera muy beneficiosa precisamente en niños escolares, ya que su contenido es didáctico con imágenes fáciles de deducir y responder, siendo útil hasta los 15 años, se podría considerar este ítem como un límite en cuanto al uso en edades superiores, para los cuales existen otras medidas de determinación de ansiedad frente a situaciones odontológicas <sup>(24)</sup>. En esta misma línea, Srinath et al., (2013) evaluó a 52 niños entre 6 y 12 años utilizando la Escala de imagen facial (FIS) y Test de imágenes de Venham (VPT) y observo que ambas escalas son medios válidos para evaluar la ansiedad dental infantil en un contexto clínico <sup>(26)</sup>.

Debido a su uso en diferentes estudios ya publicados, la consideramos válida para nuestro estudio.



Al comparar la muestra total de nuestro de estudio con otras muestras, observamos que las muestras utilizadas totales en los estudio publicados son mucho más amplias. En el estudio de Piedra (2023) se evaluaron a 159 niños (28); Berthony et al., (2022) en su estudio utilizo una muestra de 112 participantes (27). Asimismo, en el estudio de Donoso et al., (2019) se realizo la prueba a 45 niños (30); Lozada (2019) obtuvo resultados sobre una muestra de 50 niños (31); y en el estudio de Marcano et al., (2012) donde la muestra fue de 120 escolares (35). En contraste con nuestro estudio cuenta con un total de 120 niños, repartidos en 60 niños en el grupo control y 60 niños en el grupo experimental. Lamentablemente, no pudimos alcanzar la muestra final deseada debido a diferentes obstáculos que enfrentamos al inicio de este proyecto, como la no confirmación de los pacientes días previos a la cita en la clínica, la falta de asistencia de los pacientes a la primera visita y los criterios de inclusión y exclusión seleccionados han hecho difícil la recolección total de la muestra. Por lo tanto, nos hemos visto obligados a realizar un estudio piloto.

Es fundamental para este estudio entender la relación que existe entre la ansiedad dental de los niños y la ansiedad de los progenitores. Según los resultados obtenidos por Berthony et al., (2022) tras pasar el test de Venham modificado y escala de Corah, concluyen que existe una relación significativa de dependencia entre estas variables (27); igualmente, Piedra (2023) utilizó la prueba de Imágenes de Venham para evaluar la ansiedad de los niños y la Escala de Ansiedad Dental de Corah para las madres y concluyó que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad de la madre y el nivel de ansiedad del niño con un chi-cuadrado de  $p= 0,025$  (28). En cambio, Munayco et al., (2018) utilizando el cuestionario de miedo dental, la escala de ansiedad de Corah, la escala de miedo infantil y la prueba gráfica de Venham concluye que no existe relación entre la ansiedad del niño y la de los padres, cuyo valor fue de chi-cuadrado de  $p= 0,326$  (36).

Esto podría ser porque, en comparación con otros vínculos de parentesco con el niño, se da más importancia a la relación madre-hijo, aunque en nuestro estudio no hemos hecho distinción entre los diferentes tipos de acompañantes, el predominio eran madres, que son las que acuden principalmente como acompañantes durante las primeras visitas.



La madre es considerada la cuidadora principal durante la vida del niño y está presente en todas las actividades que el niño realiza por primera vez. El tipo de personalidad de la madre influye en la capacidad del niño para enfrentarse a situaciones de miedo como el tratamiento dental. Existen diferentes tipos de comportamiento madre-hijo que están documentados en la literatura. Pudiéndose clasificar en tres tipos diferentes (27). Comportamiento materno-infantil competente: caracterizado porque la madre se comporta de manera consistente, ansiosa e interactúa de una manera emocional positiva. Desarrollando en el niño independencia, haciéndolo capaz de lidiar con situaciones estresantes como el tratamiento dental (27); comportamiento agresivo madre-hijo: la madre es incapaz de establecer límites claros para los comportamientos del niño. Caracterizándose por ser demasiado atentos o desatentos, inclusivos o distantes. Cuando los niños muestran un comportamiento negativo, responden de manera inconsistente y agresiva (27); comportamiento madre-niño ansioso: las madres son autoritarias y negativa, poca calidez y capacidad de respuesta a las necesidades de desarrollo del niño. Hay límites y controles estrictos para el niño donde se inhibe la autonomía y las habilidades sociales del niño (27).

Otra hipótesis que pensamos es, que en la actualidad, las madres poseen mayor conocimiento sobre el cuidado de la salud oral y comprensión de los tratamientos dentales. Esto podría influir en los niveles de ansiedad, transmitiendo al niño una actitud más positiva, la cual, le permita afrontar la primera visita odontológica de la mejor manera (28). No sólo se trata de la ansiedad que presente el niño, si no que, hay que añadir lo que el niño conoce indirectamente a través de la madre; muchas veces, debido a las malas experiencias de los progenitores pueden referirse al odontólogo como una amenaza, frente a las madres que han tenido experiencias positivas, las cuales, transmiten esas experiencias de forma positiva (28). Otra hipótesis es la propuesta por Huber (2010) que observo que el miedo y la ansiedad dental infantil están asociados con ciertas creencias de personalidad materna. Estas creencias o patrones de pensamiento y conductas de las madres pueden favorecer la ansiedad general y de manera particular la ansiedad dental. Los hijos, que no encuentran en su madre la seguridad, estabilidad y confianza que requieren en el momento



de someterse a un procedimiento desconocido y en muchos casos invasivo, mostrarán ansiedad frente al procedimiento (29).

Si analizamos si existe dimorfismo sexual autores como Winer (1892), Chellapah (1990), Milgrom (2004) describen que el grupo que más frecuentemente muestra niveles de ansiedad es el grupo de género femenino (32,33,34). Se ha observado que las niñas presentan niveles más altos de ansiedad que los niños. En nuestra sociedad las niñas son más vulnerables y expresan más sus emociones, mientras que de los niños se espera que sean fuertes, valientes y controlen sus sentimientos. Seguramente esta diferencia puede aparecer en edad escolar. En contraposición, autores como Apumayta (2020) tras la realización de la prueba de Dibujos de Venham (VDT), obtuvo un valor de chi-cuadrado de ( $P \geq 0,05$ ), no existiendo diferencia significativa de la ansiedad presentada entre los ambos sexos (25). Igualmente, encontramos el estudio de Piedra (2023) donde utilizó la prueba de Imágenes de Venham para evaluar la ansiedad de los niños y la Escala de Ansiedad Dental de Corah para las madres. Señalando que el valor de chi-cuadrado fue de ( $p= 0,622$ ) y concluyendo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el género y el nivel de ansiedad del niño (28). A la vez, Berthony et al., (2022) observo que no existía una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y el género de los niños (27). En la misma línea, Donoso et al., (2019) no encontró una asociación estadísticamente significativa entre las dos variables siendo el valor de chi-cuadrado de ( $p= >0,05$ ) (30). Del mismo modo, en el estudio de Lozada (2019) con un valor de ( $p= 2,301$ ) no obtuvo suficiente evidencia para aceptar la hipótesis nula de que no hay diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a la prevalencia de ansiedad (31). Con el mismo resultado, Carrión (2021) concluye que el valor de chi-cuadrado fue de ( $p= 1,17$ ) y por tanto, acepta la hipótesis nula de que no hay diferencia significativa, pero su muestra no presentaba diferencias, y el grupo de mayor tendencia a la ansiedad fue el de mujeres (41). Y por último, en el estudio de Ciraz (2015) tampoco pudieron hallar relación estadísticamente significativa con un valor de  $p= 0,0059$  en el que se advierte que la tendencia es que las niñas posean mayores niveles de ansiedad (39).



En el presente estudio hemos obtenido una discrepancia entre el grupo control y el experimental, obteniendo una relación estadística significativa para el grupo control, mientras que para el en grupo experimental no se ha podido relacionar estas variables y esta diferencia pensamos que es debida a que la respuesta en el grupo experimental se ha visto modificada por la visualización previa de un video explicativo, que ha modificado favorablemente los niveles de ansiedad, disminuyéndola tanto en el género femenino como en el género masculino.

Otra variable a estudiar es la edad, al comparar el estudio de Berthony et al., (2022) concluyen que existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la edad de los niños (27). Piedra (2023) encontró una asociación entre las variables, observando que los niños con ansiedad presentaron un rango edad entre los de 6 a 8 años (28). Donoso et al., (2019) por su parte, concluyeron que, el valor de chi-cuadrado fue de ( $p = <0,05$ ) observando también una asociación estadísticamente significativa (30). Igual que el estudio de Lozada (2019) (31). Así mismo, Ciraiz (2015) concluye que si existe diferencia estadística significativas mostrando mayores niveles de ansiedad dental en los pacientes entre los 5 y 7 años, con respecto a los pacientes de mayor edad (39). También en un último lugar Sandoval (2022) muestra un valor chi-cuadrado de ( $p\text{-valor} > 0,05$ ) con un nivel de significancia del 5%. Concluye que existe suficiente evidencia estadística para determinar que la edad y la ansiedad están relacionadas (40). En contraposición, Apumayta (2020) concluye que con un valor de chi-cuadrado de  $p = 0,155$  ( $p \geq 0,05$ ) no halló diferencia estadística significativamente entre la edad y el nivel de Ansiedad tras la prueba de Dibujos de Venham (VDT) (25). Por su parte, Carrión (2021) con un valor chi- cuadrado obtenido de  $p = 21,34$  afirma que no hay una asociación significativa entre la edad y la presencia de ansiedad (41). Similares características encontramos el estudio de Marcano et al., (2012) quienes aplicaron la Escala de Ansiedad de Corah, Escala de evaluación de miedos dentales y Test de dibujos de Venham a niños de 6 a 12 años y encontraron que los niveles ansiedad dental infantil disminuyen conforme avanza la edad (35).

Esta relación entre estas las dos variables se podría explicar a través de la Teoría Cognitiva del Desarrollo de Piaget, donde los niños más pequeños, generalmente, entre las edades de



2 a 6 años no tienen la capacidad de hacer frente a los procedimientos dentales, por lo tanto, podrían ser más propensos a la adquisición de miedos y problemas de manejo de conducta durante la visita al odontólogo <sup>(36)</sup>. Otra hipótesis es la propuesta por Withe (1952) donde hace referencia a la etapa de 5 a 7 años como una época de muchos cambios en la personalidad del niño. En esta etapa se da la conciencia del temor, el inicio del desarrollo de la madurez mental y también se da la mayor influencia del medio ambiente sobre el niño <sup>(38)</sup>.



---

## 9. Conclusiones

Atendiendo a los resultados de nuestro estudio podemos concluir:

1. Se determina un grado de ansiedad leve tanto para el grupo control como el grupo experimental.
2. Existe una relación entre la edad y la ansiedad dental en el grupo control. Aceptamos  $H_1$ . No existe relación entre la edad y la ansiedad dental en el grupo experimental. Aceptamos  $H_0$
3. No se observa relación entre el sexo y la ansiedad dental para ambos grupos. Aceptamos  $H_0$ .
4. La presencia de ansiedad dental del progenitor influye en la ansiedad del hijo tanto para el grupo control como experimental. Aceptamos  $H_1$ .
5. Existe una relación entre la visualización del video y una menor ansiedad dental en la primera visita, siendo el vídeo un medio eficaz. Aceptamos  $H_1$



## 10. Anexos

### Anexo I: Video demostrativo.

[https://drive.google.com/file/d/1\\_mc5V4zxPDCD0z8al3lhuu7KRI\\_6xeC-/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1_mc5V4zxPDCD0z8al3lhuu7KRI_6xeC-/view?usp=sharing)





## Anexo II: Consentimiento para la toma de imágenes.



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

### CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO

Nombre de la persona: Nicolás SAMPULO Juncz  
Teléfono: 632462772 Dirección: Calle Actor Boixó 29 pta 15  
Nombre del padre, madre o tutor/a: FABRICA JUNCZ

### CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías. El término "imagen" incluye vídeo o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes. Por la presente, autorizo el uso con fines didácticos o educativos o investigación.

### PROPÓSITO

Por la presente, autorizo el uso de la(s) imágenes(s) para el propósito de difusión al personal de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, con fines educativos, de tratamiento, de investigación en el Trabajo de fin de Grado de:

### Valoración de la ansiedad dental en el paciente odontológico pediátrico

Doy mi consentimiento para que se tomen imágenes de mi hijo/a o autorizado/a y autorizo el uso o la divulgación de tal(es) fotografía(s) a fin de contribuir con los objetivos científicos, que consisten en la realización de un vídeo demostrativo de tratamiento, educativos, y por la presente renuncio a cualquier derecho a recibir compensación por tales usos en virtud de la autorización precedente. Por la presente, yo y mis sucesores o cesionarios eximimos al centro y a sus empleados, a mi(s) médico(s) y a cualquier otra persona que participe en mi atención, y a sus sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja de las actividades autorizadas por este acuerdo.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: 

REESCISIÓN



### Anexo III: Encuesta de valoración de estrés.



#### Cuestionario sobre ansiedad dental

- Edad:
- Sexo:
- Es la 1 vez que acude al dentista: si / No
- Considera usted tener ansiedad dental cuando acude a la consulta: Si / NO





## Anexo IV: Hoja de información al paciente



### **Información al paciente**

**Título del protocolo:** Valoración de la ansiedad dental en el paciente pediátrico

**Investigador principal:** María Puchol Alonso

**Tutor:** Andrea Armengol Olivares

**Sede donde se realizará el estudio:** Clínicas Universitarias de la Universidad Católica de Valencia.

**Introducción:** El presente estudio es libre de participar. Antes de decidir si quiere participar o no, debe conocer y entender todos los apartados del estudio. Ante cualquier duda que le surja sobre el consentimiento puede preguntar con libertad para aclarar sus dudas al respecto. Una vez haya entendido el estudio y si desea hacerlo se le pedirá que firme el consentimiento informado, protección de datos y asentimiento.

**Justificación del estudio:** El motivo de esta investigación es conocer el nivel de ansiedad que provoca una primera visita odontológica en pacientes entre 5 y 12 años atendidos en las clínicas de la universidad Católica de Valencia.

**Objetivo del estudio:** El estudio de investigación es libre y voluntario. En el estudio se quiere evaluar los diferentes grados de ansiedad dental durante la primera visita odontológica.

**Beneficios del estudio:** El estudio ayudará a conocer si la visualización de un video explicativo de la primera visita influye en la ansiedad dental.

**Procedimiento del estudio:** Cuando acepte participar en el estudio, las pruebas que se le podrán realizar aleatoriamente son:

1. Cuestionario sobre la ansiedad dental.
2. Visualización de un video explicativo.

**Riesgos asociados del estudio:** En el presente estudio no existen riesgos asociados, ya que solo se realizará un cuestionario y no se trabajará ni evaluará a pacientes.

**Privacidad y confidencialidad:** Si participa en el estudio, la información será confidencial, el investigador se hace cargo de los datos. No se compartirá la identidad de los participantes en el estudio.

**Incentivos:** Si participa en el estudio, no recibirá nada de dinero por los datos obtenidos.

**Derecho a negarse o retirarse:** No estás obligado a colaborar en el estudio, puede negarse. Si se niega, sus tratamientos siguientes no se verán afectados.

En el caso de participar, usted puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento.

En cualquiera de las dos opciones, su tratamiento en esta clínica no será afectado de ninguna forma.

**A quién contactar:** si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, también las puede hacer después de iniciar el estudio. Si quiere hacer preguntas más tarde puede contactar conmigo al teléfono: 656 94 79 40

Gracias por participar en el estudio,  
Atentamente



## Anexo V: Consentimiento informado.



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR COMO SUJETO EN LA INVESTIGACIÓN  
TITULADA: Valoración de la ansiedad dental en el paciente pediátrico

Código proyecto:

Fecha:

D./Dña. ...., mayor de edad,  
con DNI....., en nombre propio; en su caso, en nombre y representación del  
paciente....., con DNI..... y en calidad  
de..... acepto la participación en el estudio realizado por, Maria Puchol Alonso con  
DNI: 22589522A y estudiante del Grado de la Universidad Católica de Valencia

El Presente TFG consiste en la valoración de la ansiedad dental durante la primera visita en el paciente  
pediátrico.

Contemplo la garantía de confidencialidad y el resguardo de mi identidad o la de mi representado/a, de la  
información suministrada, así como la utilización de los récords diagnósticos y/o suministros audiovisuales.  
Asimismo, se me garantiza que se cumplirá con Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de  
Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y asegurando el cumplimiento de las normas éticas y  
legales vigentes.

El uso que se dará a la investigación sólo se realizará con fines académicos, científicos y de investigación,  
pudiendo ser presentados en clases o eventos científicos.

Soy consciente que esta investigación no contempla pagos de mi parte, compensaciones ni indemnizaciones por  
parte del investigador. Además, hay que aclarar que el tratamiento odontológico a realizar será pagado por el  
representante, según las tarifas de las clínicas de la universidad u otro servicio al cual acuda, ya que el  
tratamiento no forma parte de la investigación. Confirmo que tras aclarar mis dudas, me siento bien informado/  
a, comprendo la información, libre, sin persuasión, manipulación ni coacción para decidir voluntariamente, con  
el tiempo suficiente para consultar la decisión con quien considere pertinente, de acuerdo con mis valores e  
intereses, me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan.

En tal sentido, DOY MI CONSENTIMIENTO AL INVESTIGADOR A REALIZAR LOS  
CONSENTIMIENTOS PERTINENTES \_\_\_\_ O NO CONSIENTO \_\_\_\_, con el buen entendido que puedo  
retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna.

En Valencia, a ..... de..... de.....

Fdo: representante legal

Fdo: investigador principal



## Anexo VI: Asentimiento informado.



### ASENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días mi nombre es, Maria Puchol y soy estudiante de Grado de Odontología de la Universidad Católica de Valencia. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer acerca de la "Ansiedad dental en el paciente odontológico pediátrico".

EL objetivo del estudio es conocer el nivel de ansiedad que provoca una primera visita odontológica en pacientes entre 5 y 12 años atendidos en las clínicas de la universidad Católica de Valencia.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papa' o mama' hayan dicho que puedes participar, si tu no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema y podrá ser revocado cuando tú lo indiques.

Esta información será confidencial, esto quiere decir que no diremos a nadie lo que veamos en tus dientes, y solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido por favor que pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice "Si quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribe tu nombre.

Si quiero participar

Nombre : \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Investigador principal

Fecha : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.



## Anexo VII: Protección de datos.



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

### **PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

#### **Datos del Estudio:**

Título: Valoración de la ansiedad dental en el paciente pediátrico

Institución: UCV. San Vicente Martí

Código del Proyecto:

Nombre y apellidos del/de los investigador/es principal/es: Maria Puchol Alonso

Los datos de carácter personal recabados son incluidos en fichero titularidad de la Universitaria Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV). La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos es a los únicos efectos de identificar a las personas físicas, cuya información es sometida a estudio o análisis, en la labor de investigación.

Los investigadores/as o equipos de investigación tratan los datos con las medidas de seguridad, conforme a Ley, necesarias para garantizar la confidencialidad y la integridad de toda esta información.

En todo caso, a partir de la necesaria identificación real y veraz de la persona, el investigador/a o equipo de investigación disocia (anonimiza u omite) los datos, de manera que no puede llegar a ser identificada por terceros.

Los resultados provisionales y finales del estudio están completamente compuestos de información no identificativa de personas.

Los datos sensibles (salud, violencia doméstica, origen racial o étnico, entre otros) que, en su caso, pudiera proporcionar se entenderá que la UCV (y, en concreto, el investigador/a o equipo de investigación) está autorizado, de forma expresa, para el tratamiento y, en su caso, cesión o comunicación. Así, informamos que sus datos pudieran ser cedidos o comunicados a las entidades o profesionales, sanitarios o científicos, en los supuestos necesarios para el desarrollo, control y seguimiento de un estudio epidemiológico.

De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, presentando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su D.N.I., Pasaporte, N.I.E. u otro documento de identificación equivalente, dirigida a la Secretaria de la Universidad Católica de Valencia - LOPD INVESTIGACIÓN C/ Quevedo, 2 46001 de Valencia.

De acuerdo con lo anterior, **CONSENTO** al personal de la UCV a que trate mis datos personales, en las condiciones y términos expuestos. Y, como prueba de conformidad, suscribo la presente.

En Valencia, a                    de                    de 2022

Nombre y Apellidos:

D.N.I.

Fdo.

**Nota.-** En caso de actuar como tutor o representante legal de la persona objeto de estudio, por tratarse de un menor de 14 años y/o padecer una discapacidad, física o psíquica.

Nombre y Apellidos: .....

D.N.I.: .....

Fdo.



## Anexo IIX: Memoria Economica



### MEMORIA ECONÓMICA (los conceptos aparecen sólo a efectos indicativos)

	PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO	COSTE POR SUJETO	TOTAL
<b>I.</b>	<b>Costes extraordinarios al centro y a participantes/pacientes</b>	.-€	.-€
	I.a. Compensación a la Institución	.-€	.-€
	I.b. Compensación a los participantes/	.-€	.-€
<b>II.</b>	<b>Costes ordinarios (participantes/paciente reclutado)</b>	.-€	.-€
	II.a. Costes indirectos	.-€	.-€
	II.b. Compensación para Investigador y Colaboradores	.-€	.-€
	Investigador principal	6,15.-€	315.-€
	Colaboradores	.-€	.-€
	Compensación a otros servicios	.-€	.-€
	Otros costes de personal	.-€	.-€
	II.c. Material necesario para el proyecto	.-€	.-€
	Material 1	.-€	.-€
	Material 2	.-€	.-€
<b>III.</b>	<b>Participantes/Pacientes que no finalizan el estudio</b>	.-€	.-€
	<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>	<b>.-€</b>	<b>315.-€</b>

ESTAS CANTIDADES NO INCLUYEN IVA

Fdo. El Investigador Principal:



## Anexo XI: Aceptación por los responsables.



*Doña María Puchol Alonso, mayor de edad, con DNI 22589522A, con domicilio en Calle Ingeniero Joaquín Benlloch 73, 13 de Valencia, actuando en su propio nombre en calidad de estudiante, de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.*

*Solicita, ejercer el derecho de acceso a las historias clínicas, de los pacientes que participen en el Trabajo fin de grado*

### **Valoración de la ansiedad dental en el paciente pediátrico**

Conforme con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria.

Valencia, de octubre de 2022



---

## 11. Bibliografía

1. Sociedad Española de Odontopediatria. 2022.
2. Marcano AA., Figueredo AM., Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*. 2021 Feb. 5;2(2):7.
3. Detalles del documento | Estrés, homeostasis y enfermedad - Instituto de Psicoterapia e Investigación.
4. Psicología Ambiental elementos básicos. El modelo de Selye.
5. Estrés | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE.
6. Consejo dentistas. El 15% de los españoles sufre odontofobia. Organización Colegial de Dentistas de España. 2020 Sep. 4.
7. Sociedad. Entre todos pretendemos mejorar la investigación, nuestros conocimientos y el papel de nuestra área de trabajo en la ¿Se puede resolver el problema de la ansiedad ante los exámenes?.
8. Etimología del Ansiedad. In: Real Academia Española.
9. Ríos Eranzo M., Herrera Ronda A., Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Scielo*. 2014 Jan;Vol.·30 no1.
10. Donoso-Delgado CL., Campos-Campos KJ. Comparación de tres escalas de ansiedad: RMS pictorial scale (RMS-PS); Venham picture test (VOT) y Facial Image Scale (FIS). 2019 Sep.16;26–34.
11. Gustafsson A., Broberg A, Bodin L., Berggren, U., Arnrup K. Dental behaviour management problems: The role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent*. 2010 Jul;20(4):242–53.
12. Rodela Martinez T. Protocolo de atención dental ara disminuir la ansiedad en odontopediatria. Nueva Leos - Mexico : Universidad Autónoma de Nuevo Leon ; 2022. 12.
13. Etimología del miedo . In: Real Academia Española.
14. Control Dental Europeo. Cómo superar la odontofobia. 2022.
15. Fonseca Garcia L., Sanchis Fores C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatria. *Revisión Bibliográfica*. Valencia: Universidad Católica San Vicente Mártir; 2013. 81–95 p.



16. Urbina Huaman SL. Relación entre ansiedad y respuesta fisiológica en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica. Lima- Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia ; 2016.
17. Heima M, Stehli K. Reliability and Validity of the Dental Anxiety Question Used With Children. National Library of Medicine . 2022. p. 13–29.
18. Albuquerque W., Cunha D., Nahás MS., Corrêa P., Alvarez, JA. Artículo Original. Vol. 17, Rev Estomatol Herediana. 2007.
19. Ramos K Alfaro L. Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad. Cartagena - Bolívar : Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología; 2014.
20. Alcaro Cadillo L. Comparación de dos técnicas no farmacológicas en el control de la ansiedad en niños antes, durante y después del tratamiento dental. Lima -Perú:Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas ; 2016.
21. Palacio Martínez I., Rosa Alonso Alonso MCV., Calvo Benzies Y., Fernando Polo FX., Gomez Garcia L., Lopez Rua P. Diccionario electrónico de enseñanza y aprendizaje de lenguas . 2019. p. 10971–5.
22. Buchanan H., Niven N. Validation os a facial image scale to assess child dental anxiety . INT J Paedlatr Dent. junio de 2002;12(1):47-52. 23.
23. Konstantinos NA., Trilby Coolidgge Dimitris E., Kotsanos N. Reliability and validity of the greek version of the children´s fear survey schedule-dental subscale. Int J paediatr Dent . septiembre de 2008;18(5):374-9.
24. Namankany- Al A., M de Souza PA. Evidence- based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children . Br Dent. marzo de 2012;212(5):219-22.
25. Apumayta, MA. Eficacia de instrumentos de medición del nivel de ansiedad previa administración de anestesia dental en niños tratados en el centro odontológico de la UCSM. Arequipa 2019. Arequipa - Perú.
26. Srinath krichnappa SS. Evaluation of facial image scale and Venham picture test used to assess dental anxiety children. Journal of Indian Association of Public Health Dentistry (2013;11 : (3);31-35).
27. Berthony Palomino Vilca., Ninanya Pérez., J. Nivel de ansiedad en la primera cita en pacientes pediátricos y madres según el test de Venham modificado y Escala de Corah. facultad de ciencias de la salud Roosevelt- Perú . 2022.
28. Piedra Quispe D. Asociación entre los niveles de ansiedad dental que presentan los pacientes



pediátricos en su primera cita según el test de imágenes de Venham y la ansiedad dental de las madres con la escala de ansiedad dental de Corah en el centro universitario de salud de la UPC. Universidad Peruana de ciencias aplicadas. 2023.

29. Themessl-Huber M., Freeman R., Humphris G., MacGillivray S., Terzi N. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: A structured review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. marzo de 2010 [citado 26 de marzo de 2023];20(2):83-101. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/43130051\\_Empirical\\_evidence\\_of\\_the\\_relationship\\_between\\_parental\\_and\\_child\\_dental\\_fear\\_A\\_structured\\_review\\_and\\_meta-analysis](https://www.researchgate.net/publication/43130051_Empirical_evidence_of_the_relationship_between_parental_and_child_dental_fear_A_structured_review_and_meta-analysis).
30. Donoso-Delgado CL., Campos-Campos KJ. Comparación de tres escalas de ansiedad: RMS (Pictorial Scale )RMS-PS); Venham Picture Test (VOT) y Facial Image Scale (FIS). 2019 Sep.16;26–34.
31. Lozada Perez M. Test de Venham en el control de la ansiedad en niños que acuden al centro de salud ex fundo Naranjal. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019.
32. Winer G. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings . *Child Dev* . 1892;1111-33. 35.
33. Chellappah NK., Vigneshsa PMilgrom LGL. Prevalence of dental anxiety and fear in children in Singapore . *community Dent Oral Epidemiology* . 18 de octubre de 1990;(5):269-71.
34. Osario R., Toledano M., Sanchez Aguilera F. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. Facultad de Odontología de Granada . julio de 2004;20 n.º4.
35. Marcano AA., Figueredo AM., Orozco, G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. 2012.
36. Munayco Pantoja, ER., Mattos-Vela, MA., Torres Ramos, Gilmer., Blanco Victorio, Daniel. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños tratamiento odontológico. *ODOVTOS- International Journal of Dental Sciences*. septiembre de 2018;20(3):97-107.
37. Cuya Lescano L. Niveles de ansiedad en la atención odontológica en niños en una clínica odontológica . [Lima ]; 2021.
38. Wikipedia. Robert W. Ehite Biografía.
39. Ciraz Azurdia EP. Niveles de ansiedad previo y posterior al tratamiento dental mediante el test de dibujos de Venham modificado en pacientes niños que asisten a la clínica de la facultad de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala. [Guatemala]; 2015.



40. Sandoval Rivera G. Eficacia de la distracción audiovisual en ansiedad dental y dolor en niños que acuden a un centro odontológico . Universidad César Vallejo . 2022.
41. Carrión González KB. Ansiedad dental en los niños de 4 a 12 años en la clínica odontopediátrica del hospital universitario de Motupe, periodo Marzo-Julio 2015. [Ecuador ]: Universidad Nacional de Loja; 2015.



# PÓSTER CIENTIFICO

## Valoración de la ansiedad dental en el paciente pediátrico estudio piloto

Autora: María Puchol Alonso

Directora: Dra. Andrea Armengol Olivares



Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

### INTRODUCCIÓN

El estrés (1-7), la ansiedad (5-12) y el miedo (13-15) son tres conceptos importantes que envuelven al niño al acudir a la consulta dental. Manifestándose como conductas evitativas y disruptivas. La valoración del grado de ansiedad (14-19) durante la primera visita ayuda de gran manera a determinar las técnicas de manejo que se deben aplicar en cada caso (20).

### OBJETIVOS

1. Determinar el grado de ansiedad con la escala de dibujos de Venham que genera una primera visita en el paciente pediátrico.
2. Determinar dentro del rango de edad de 5 a 12 años, con cuantos años evidencian un mayor número de respuesta ante la ansiedad dental.
3. Establecer la correlación entre la diferencia de genero y la ansiedad dental durante la primera visita.
4. Cuantificar la influencia de las actitudes anticipatorias de los progenitores frente a la ansiedad dental del niño.
5. Evaluar si la herramienta de anticipación como un video explicativo de la primera visita influye en la ansiedad dental.

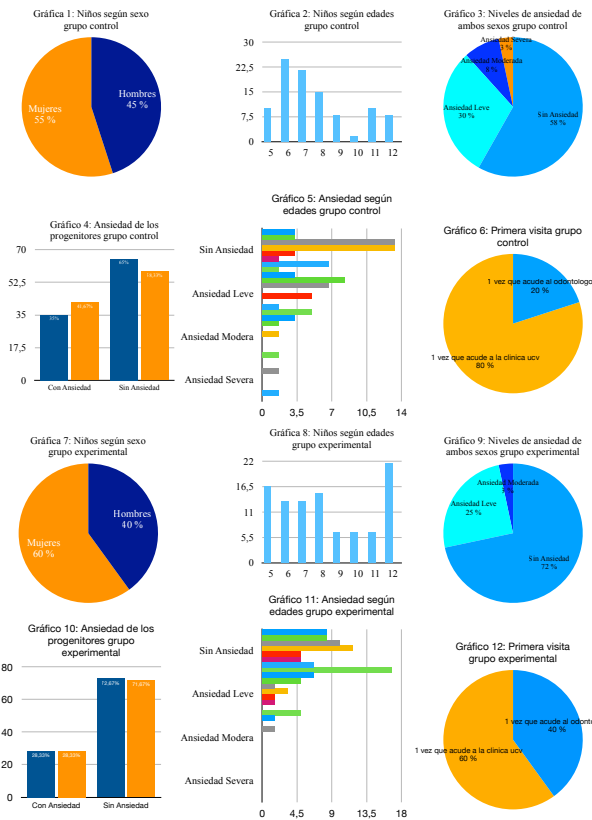
### METODOLOGÍA

Se plantea un estudio descriptivo prospectivo llevado a cabo desde noviembre de 2022 hasta mayo 2023 sobre un total de 120 niños, (n= 60 grupo control, n= 60 grupo experimental), que acuden a la clínica de la UCV de Valencia, para la realización de una primera visita, utilizando el método Venham.



Imagen N°1: Escala de dibujos de Venham Fuente: Venham, L.L. and Gullis-Kremet, E. (19)

### RESULTADOS



### CONCLUSIONES

1. Se determina un grado de ansiedad leve tanto para el grupo control como el grupo experimental.
2. Existe una relación entre la edad y la ansiedad dental en el grupo control. Aceptamos H<sub>0</sub>; No existe relación entre la edad y la ansiedad dental en el grupo experimental. Aceptamos H<sub>0</sub>.
3. No se observa relación entre el sexo y la ansiedad dental para ambos grupos. Aceptamos H<sub>0</sub>.
4. La presencia de ansiedad dental del progenitor influye en la ansiedad del hijo tanto para el grupo control como experimental. Aceptamos H<sub>0</sub>.
5. Existe una relación entre la visualización del video y una menor ansiedad dental en la primera visita, siendo el video un medio eficaz. Aceptamos H<sub>1</sub>.

### BIBLIOGRAFIA



¡Escanéame!