

Técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento ante el tratamiento odontológico del niño

Non-pharmacological techniques in the management of behavior before the dental treatment of the child

Ronald Rosendo Enriquez-Quispe¹ <https://orcid.org/0000-0001-8857-1446>

Britto Ebert Falcón-Guerrero^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-9585-7052>

Henry Quispe-Cruz¹ <https://orcid.org/0000-0003-4607-7073>

¹ Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú.

² Asociación Peruana de Periodoncia y Oseointegración. Lima, Perú.

*Autor para la correspondencia (email): artdent2000@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Muchas veces la experiencia del niño encuentra la manera de responder ante un problema de una forma más verosímil, siendo más real que se concentre la atención en la clínica del niño.

Objetivo: Determinar la efectividad de esas técnicas en el control de la ansiedad en niños ante el tratamiento estomatológico.

Métodos: La investigación fue de carácter experimental y cuantitativo, se tomó una población muestral de 16 niños de 6-11 años de edad. Los cuales fueron hechos para la intervención con técnicas no farmacológicas.

Resultados: Después de realizado en análisis, se utilizó la prueba *t* de Student, que constituyó el 56,25 % de los niños del grupo experimental y el 50 % del grupo control se encontraron en el rango de edad de 8-9 años, 31,25 % y 37,5 % entre 6-7 años y el 12,50 % en ambos grupos de 10-11 años respectivamente; a diferencia del grupo control que el 75 % de los niños, presentaban alta ansiedad, y el 68,75 % estaban en una ansiedad moderada.

Conclusiones: Las técnicas no farmacológicas son efectivas en el manejo de los comportamientos en la consulta odontológica, a diferencia en niños del grupo control sin esta intervención disminuyen a nivel moderado.

DeCS: NIÑO; ANSIEDAD AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO; ANSIEDAD; TERAPIAS COMPLEMENTARIAS; RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

ABSTRACT

Introduction: Many times the experience of the child finds a way to respond to a problem in a more credible way, being more real than the attention of the child's clinic is combined.

Objective: To determine the effectiveness of these techniques in the control of anxiety in children before dental treatment.

Methods: It was an experimental and quantitative subject; a sample population of 16 children from 6 to 11 years of age was taken. Which were made for intervention with non-pharmacological techniques.

Results: After the analysis, the *t*-Student test was used, which is 56.25 % of the children of the experimental group and 50 % of the control group are in the age range of 8 to 9 years, 31.25% and 37.5% between 6 to 7 years and 12.50 % in both groups from 10 to 11 years respectively; unlike the control group, 75 % of the children before the care presented high anxiety, after which 68.75 % presented moderate anxiety.

Conclusions: Non-pharmacological techniques are effective in managing behaviors in the dental office, unlike children in the control group without this intervention, they decrease to a moderate level.

DeCS: CHILD; DENTAL ANXIETY; ANXIETY; COMPLEMENTARY THERAPIES; TREATMENT OUTCOME.

Recibido: 07/02/2023

Aprobado: 02/08/2023

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

Se considera que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, por su comportamiento muy variable en el consultorio, es casi lógico que se llegue a observar manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y fóbicos. Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.⁽¹⁾

La investigación en niños debe lograr el equilibrio adecuado entre la protección de los sujetos de estudio menores de edad y el avance en el campo de la medicina. Los niños que acuden a la clínica odontológica, presentan similares particularidades; es que tienen ciertas limitaciones, por el comportamiento poco cooperativo del niño en la consulta odontológica ocasionado por varios factores como el ambiente odontológico, las actitudes de los padres y el tipo de conducta de cada niño en particular por el problema que padece.⁽²⁾

No obstante, cabe señalar, que no existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación dual odontólogo-niño. Sin embargo, adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante una labor a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva durante la conducta.^(3,4)

La mayoría de los niños tienen un comportamiento muy variable en el consultorio odontológico, la respuesta al tratamiento dental afecta al comportamiento emocional del niño, que genera comúnmente estrés que proviene del miedo y de la ansiedad que se tiene ante lo desconocido.⁽⁵⁾ El miedo y la ansiedad son uno de los problemas más frecuentes cuando de acudir al dentista se trata, por lo que el manejo del paciente en clínica debe ser cuidadoso en este sentido; porque el tratamiento dental puede dificultar su ejecución, ya que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento altamente negativo^(6,7) y son estos, por su naturaleza pueden deberse a otras causas no inherente al profesional, con frecuencia la principal causa de problemas de manejo del comportamiento, de interrupciones del tratamiento y de subsecuentes derivaciones a especialistas o clínicas especializadas en miedo dental o cuidados especiales.^(8,9)

Dándose a conocer que la cooperación del niño es fundamental para permitir al odontopediatra efectuar el tratamiento, haciendo que éste sea lo menos desgastante para ambos sin embargo, la condición se puede lograr cuando el niño confía en el profesional, ya que las opiniones de los adultos influyen de un modo importante en la vida de los niños. El éxito perdura en la consulta hecha de manera no farmacológica con el manejo del comportamiento de niños que poseería la satisfacción y sentirse más familiarizado al niño con el equipo.^(10,11,12)

La situación descrita nace como una necesidad de implementar técnicas no farmacológicas para mejorar el manejo del comportamiento del niño, durante la consulta en la clínica odontológica del niño que se propone realizar la investigación.

MÉTODOS

El método de la investigación es experimental porque se sometió a prueba dos grupos, el experimental donde se llegaron a aplicar las técnicas no farmacológicas utilizando la metodología activa y el grupo de control donde no se aplican las técnicas. Además, para el procesamiento de la información fue deductivo, cuantitativo y aplicada.

La población de estudio estuvo constituida por 120 niños en edad escolar que han acudido a la consulta en la clínica odontológica del niño, los que han sido tomados de referencia para el cálculo del tamaño de muestra. Luego la muestra definitiva estuvo conformada por 16 niños en edad escolar de 6-11 años de edad, que es la edad escogida para determinar el grupo problema; obteniéndose finalmente 16 para el grupo control y 16 del grupo experimental; grupo que duró en el periodo de investigación, el estudio para el registro de datos se utilizaron las técnicas de la encuesta; en el estudio permitió recabar la información sobre la ansiedad y miedo dental en los niños de 6-11 años; y toda la observación que en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos: Variable Independiente (Técnicas no-farmacológicas: Decir-Mostrar-Hacer, Distracción-Voz-Distracción, Modelado y Refuerzo positivo); variable dependiente (Manejo del Comportamiento: Nivel de ansiedad, Nivel de miedo dental).

Los instrumentos de recolección de datos han incluido la escala de ansiedad de Corah que es una versión adaptada de un cuestionario de evaluación de miedos infantiles en general (FSS-FC) desarrollado por Cuthberg y Melamend,⁽¹³⁾ que consiste en una escala constituida por 15 ítems relacionados a los diversos aspectos del tratamiento odontológico. La escala de evaluación de miedos dentales en niños que tiene cuatro ítems, con cinco alternativas para cada una, siendo atribuida los siguientes puntajes: puntuaciones igual a 4 (sin ansiedad), puntuaciones entre 5 y 9 (baja ansiedad), puntuaciones entre 10 y 14 (ansiedad moderada) y puntuaciones entre 15 y 20 (ansiedad alta). La confiabilidad de la escala ha sido evaluada, es calificada como satisfactoria, mientras que la validez se ha determinado como mejorado; y los instrumentos de recolección de datos incluyen los recursos metodológicos que materializan la obtención de las informaciones o aspectos relevantes de la investigación.⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

Los resultados de la tabla 1 muestran que, el 56,25 % de los niños del grupo experimental que acudieron a la clínica odontológica del niño y del adolescente tenían entre 8-9 años de edad, el 31,25 % se encontraban en el grupo de 6-7 años, y el 12,50 % entre 10-11 años de edad; en el grupo control, el 50 % en edades de 8-9 años, 37,50 % entre 6-7 años y el 12,50 % de 10-11 años de edad (Tabla 1).

Tabla 1 Edad de los niños que acuden a la clínica del niño y adolescente antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas

Edad	Grupo experimental		Grupo control	
	No.	%	No.	%
6-7 años	5	31,25	6	37,50
8-9 años	9	56,25	8	50
10-11 años	2	12,50	2	12,50
Total	16	100	16	100

Fuente: Registro de datos.

Se muestran los resultados en la composición de los grupos experimental y control (Figura 1).

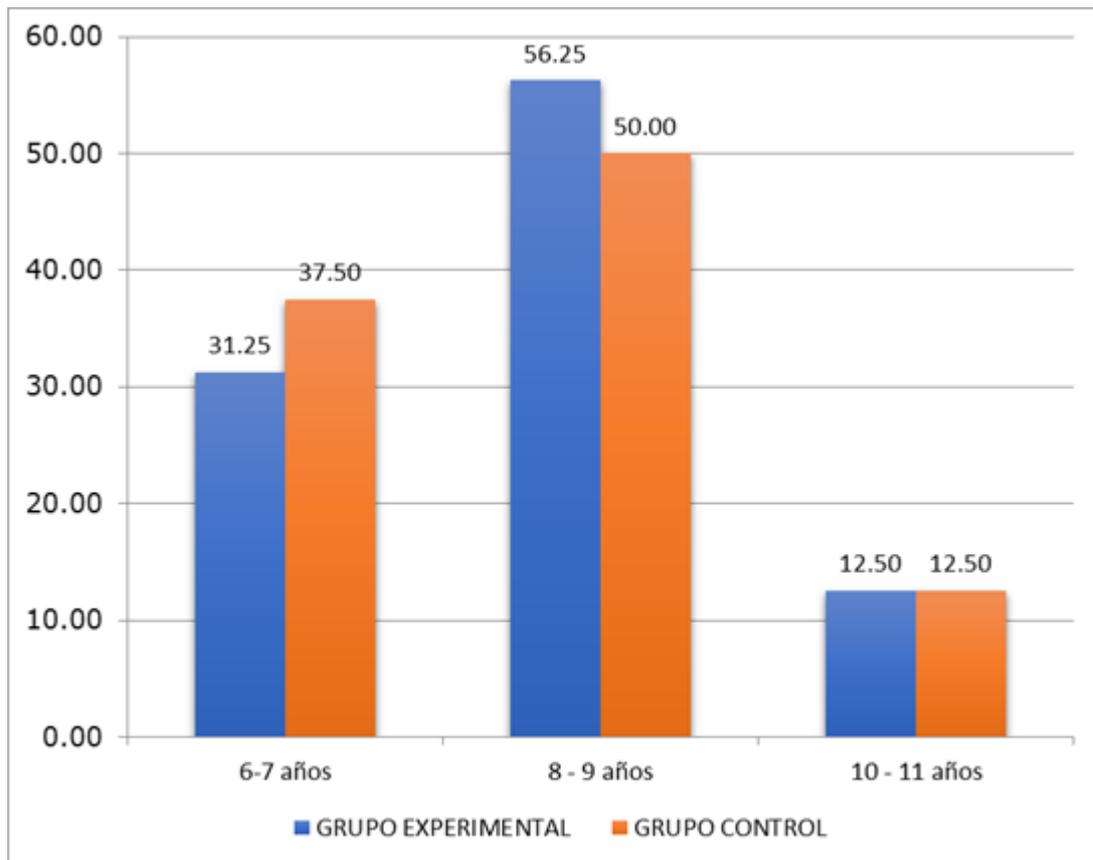


Figura 1 Edad de los niños que acuden a la clínica del niño y adolescente antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas.

Los resultados de la tabla 2 muestran que el 87,50 % de los niños del grupo experimental antes de recibir atención presentaban nivel de ansiedad alta y el 12,5 % nivel de ansiedad moderada; después de aplicar las técnicas no farmacológicas el 87,50 % de los niños presentaron nivel de ansiedad baja y el 12,5 % sin ansiedad. En el grupo control en la evaluación inicial el 75 % de los niños presentaban alta ansiedad, 18,75 % ansiedad moderada y 6,25 % baja ansiedad; en la evaluación post test, el 68,75 % presentó ansiedad moderada y el 31,25 % baja ansiedad (Tabla 2).

Tabla 2 Nivel de ansiedad en el comportamiento de los niños que acuden a la clínica del niño y adolescente antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas

Nivel de ansiedad	Grupo experimental				Grupo control			
	pre test		post test		pre test		post test	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sin ansiedad	0	0	2	12,50	0	0	0	0
Baja ansiedad	0	0	14	87,50	1	6,25	5	31,25
Ansiedad moderada	2	12,50	0	0	3	18,75	11	68,75
Alta ansiedad	14	87,50	0	0	12	75,00	0	0
Total	16	100	16	100	16	100	16	100

Fuente: Registro del Test de Escala de ansiedad de CORAH.

La figura 2, es un cuadro más que aclara el comportamiento de los niños que son atendidos en nuestra clínica (Figura 2).

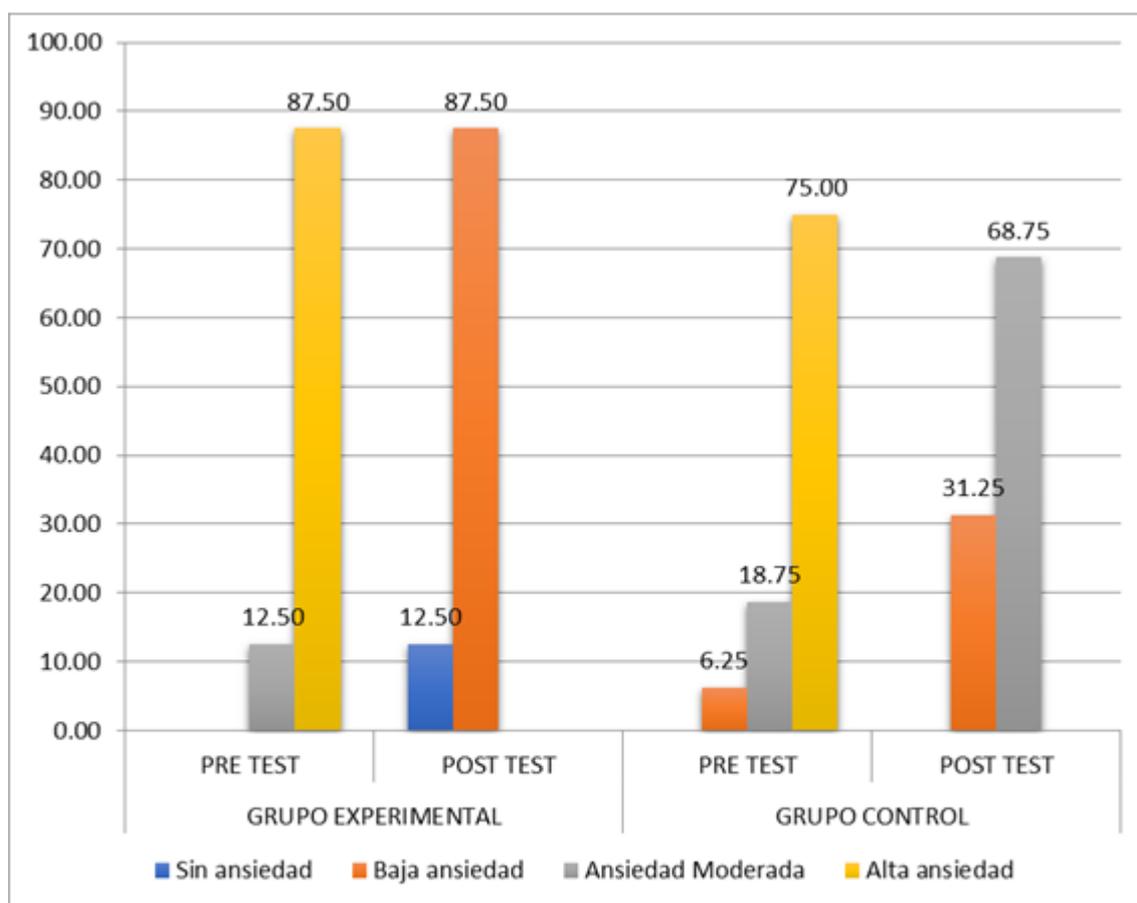


Figura 2 Nivel de ansiedad en el comportamiento de los niños que acuden a la clínica del niño y adolescente antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas.

En esta prueba se obtuvo $p=0,001$ que es mucho menor a un error de 0,05 y el valor T es igual a -3,937 mayor que el punto crítico de la distribución hallada en las tablas estadísticas que es igual a 2,131; lo que significa que el nivel de ansiedad de los niños del grupo experimental que recibieron las técnicas no-farmacológicas son significativamente diferentes al nivel de ansiedad de los niños del grupo control que no recibe este tratamiento.

Al estudiar el nivel de miedo dental en el comportamiento de los niños de 6 a 11 años de edad que acuden a la consulta odontológica muestran que, el 75 % de los niños antes de recibir atención presentaban un nivel de miedo alto y el 25 % nivel de miedo medio; después del manejo del comportamiento con la aplicación de técnicas no farmacológicas el 100 % presentaron nivel de miedo bajo. En el grupo control, a la evaluación inicial el 75 % de niños presentaron miedo alto, 18,75 % miedo moderado y 6,25 % bajo miedo, a la evaluación con el post test el 62,5 % presenta miedo moderado y el 37,50 % miedo bajo (Tabla 3).

Tabla 3 Nivel de miedo dental en el comportamiento de los niños que acuden a la clínica del niño y adolescente antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas

Nivel de miedo dental	Grupo experimental				Grupo control			
	pre test		post test		pre test		post test	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo miedo	0	0	16	100	1	6,25	6	37,50
Miedo Moderado	4	25	0	0	3	18,75	10	62,50
Miedo alto	12	75	0	0	12	75	0	0
Total	16	100	16	100	16	100	16	100

Fuente: Registro del Test de Escala de evaluación de miedos dentales.

Con los valores obtenidos en la prueba *t* de Student se ha obtenido $p=0,000$ que es mucho menor a un error de 0,05 y el valor *T* es igual a -7,881 mayor que el punto crítico de la distribución hallada en las tablas estadísticas que es igual a 2,131; por tanto, el nivel de miedo dental de los niños del grupo experimental que recibieron las técnicas no-farmacológicas son significativamente diferentes al nivel de miedo dental de los niños del grupo control que no recibe este tratamiento.

DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que el mayor porcentaje de niños que acudieron a la consulta odontológica tanto en el grupo experimental y control fueron en edades de 8-9 años y menor porcentaje niños de 10-11 años, lo que difiere con los señalado por la Organización Panamericana de la Salud, donde se señala que los problemas dentales aumentan en relación con la edad del niño.⁽¹⁵⁾ Sin embargo, pudo observar en los resultados que los problemas dentales vienen apareciendo a muy temprana edad entre los 6-7 años, a pesar que aumenta a los 8-9 años, disminuye el porcentaje de niños que consultan entre los 10-11 años, lo cual revela el incremento de afecciones dentarias en el medio donde se desarrolló el estudio en edades entre los 8-9 años.

Los resultados evidencian que los niños de ambos grupos de estudio antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas presentaron un comportamiento ansioso. Al respecto, se pudo señalar que el comportamiento descrito es compatible con los hallazgos, porque se ha señalado que todo niño en edad escolar antes y durante la consulta odontológica, son concomitantes con su desarrollo físico, mental y emocional, muchas veces está relacionado por temores adquiridos desde la niñez o en forma

reciente, por ello durante el comportamiento desfavorable aparece la ansiedad, como se muestra en los resultados la mayoría presenta ansiedad alta.

La ansiedad dental ante el tratamiento odontológico,⁽¹⁶⁾ es un complejo patrón de conducta asociado a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales), que pueden aparecer antes y durante el proceder odontológico en los pacientes sin que se identifique, de ahí la importancia de manejar este comportamiento para lograr la debida adaptación.⁽¹⁷⁾ Adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje a través del cual se promueve en el niño una actitud positiva a la Odontología.

Los logros obtenidos en niños del grupo experimental después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas como Decir-Mostrar-Hacer, ya que los niños gracias a este aprendizaje mostraron un comportamiento cooperativo, porque el nivel de ansiedad alta disminuye de manera drástica a un nivel bajo, donde juega un rol importante la capacidad de las técnicas no farmacológicas, porque están encaminadas a controlar diversas emociones, mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación, considerando que cada niño posee reacción diferente a situaciones estresantes.⁽¹⁸⁾

Presenta semejanza con otro estudio realizado por Marcano et al.,⁽¹⁹⁾ en Colombia, donde se demostró que el 80,8 % los niños escolares presentaban ansiedad. Se encontró que el mayor porcentaje de niños presentaron ansiedad alta y que ésta disminuye a medida que aumenta la edad.⁽²⁰⁾

Los autores consideran que en niños del grupo control que no recibieron orientación con técnicas no farmacológicas, el nivel de ansiedad desciende a niveles moderados y baja ansiedad, esto implica que las acciones de solo una explicación breve al niño sobre los procedimientos que se realizaran durante la consulta odontológica y sin ayuda metodológica, no controla emociones en el niño. Se puede observar en los resultados que los problemas dentales vienen apareciendo a los 6-7 años, lo cual revela el incremento de afecciones dentarias en el medio donde se realizó el estudio entre los 8-9 años de edad. Indudablemente, con el cambio producido; el niño continuará con ansiedad y esta se constituirá en una experiencia negativa.

En consecuencia el nivel de ansiedad está presente antes de la consulta odontológica y requiere de un manejo adecuado con técnicas no farmacológicas para establecer comunicación con el niño, esto permitirá no solo a que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino, mayor aceptación del niño hacia el tratamiento odontológico y también podrá lograrse a que el niño se relaje y coopere con los procedimientos a aplicarse durante el tratamiento.^(21,22)

Con estos resultados se demuestra que el miedo dental que experimentan los niños del grupo experimental y control cuando visitan al Odontólogo, les impide aceptar el tratamiento que requieren. Al respecto Carrillo et al.,⁽²²⁾ manifiestan que este sufrimiento se ve traducido en la boca, donde están

expresadas las emociones más primitivas del placer, dolor, agresión y pérdida. La situación resulta de por sí angustiante si se tiene en cuenta, la posición que adopta el niño en el sillón que lo deja en un estado indefenso, sumado a que en muchos casos llega a la consulta con dolor.

De ahí la importancia de actuar acorde a lo que aqueja al paciente, brindándole un ambiente de confianza; como se logró con la aplicación de las técnicas no farmacológicas, que gracias a sus propiedades, no solo facilitan al odontólogo el tratamiento clínico del paciente infantil, sino que permiten proporcionarle un ambiente acogedor y una relación afectiva y cariñosa, sobre la base de un abordaje psicológico realizado con conciencia, honestidad y criterio objetivo, además de tratar de lograr una adecuada comunicación entre el niño y el odontólogo.^(23,24)

La disminución de miedo obtenido en los niños del grupo control no son del todo alentadores, porque la mayoría de los niños aún son tratados con un nivel de miedo moderado, que va ocasionar definitivamente experiencia negativa sobre la consulta odontológica, lo que no favorece para la continuidad del tratamiento o la visita odontológica en tiempos posteriores.⁽²⁵⁾

Al comparar los resultados obtenidos antes de la intervención con las técnicas no farmacológicas, porque se demostró que el miedo al dentista en niños de 9 a 14 años de edad; está relacionado a la ansiedad, diferentes tipos de temperamento y emociones y que los niveles de miedo en el niño, por una parte, se vinculan con el estilo que el dentista desarrolla durante su actuación, lo que repercute de gran manera en su comportamiento aumentando el nivel de miedo dental, así como se encontró en los niños del estudio.^(26,27) Asimismo, los resultados son compatibles con el estudio de Marcano et al.,⁽¹⁹⁾ en Colombia, al aplicar la Escala de evaluación de miedos dentales el 70,9 % presentó niveles altos de miedo en edad escolar.

Consolidando este análisis, se puede inferir que los niños antes de la consulta odontológica presentan altos niveles de miedo y esto puede ser revertida si en la primera visita odontológica se maneja el comportamiento del niño, para crear una experiencia satisfactoria y estimulante, a fin de que esta no se convierta más tarde en miedo, que pueda dar origen a fobias y verdaderos traumas a futuro. A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, al mostrar manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos.⁽²⁸⁾

Por esta razón en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del niño, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular, de ahí que la aplicación de una sola técnica es suficiente para disminuir el miedo dental o tener que utilizar otras técnicas más para lograr el objetivo propuesto.^(28,29)

CONCLUSIONES

Las técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento en niños que acuden a la Clínica del niño, fueron efectivas, porque logró disminuir los niveles altos de ansiedad y miedo a niveles bajos en niños del grupo experimental, porque el manejo del comportamiento con técnicas no-farmacológicas, se fundamentan en el conductismo que plantea que el comportamiento de las personas es modificable a diferencia en los niños del grupo control que no reciben este tratamiento se disminuye solo a niveles moderados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leko J, Škrinjarić T, Goršeta K. Reliability and Validity of Scales for Assessing Child Dental Fear and Anxiety. Acta Stomatol Croat [Internet]. 2020 [citado 29 Ene 2022];54(1):22-31. Disponible en: <https://ascro.hr/wp-content/uploads/2020/04/3-Leko-2020-1.pdf>
2. Padding AM, Rutjes NW, Hashimoto S, Vos A, Staphorst MS, van Aalderen WMC, et al. Young children experience little emotional burden during invasive procedures in asthma research. Eur J Pediatr [Internet]. 2019 [citado 29 Ene 2022];178(2):207-211. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6339656/>
3. Wu L, Buchanan H, van Wijk AJ. Translation and Validation of the Short Form of the Fear of Dental Pain Questionnaire in China. Front Psychol [Internet]. 2021 Nov [citado 29 Ene 2022];12:721670. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8649632/>
4. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. Eur J Paediatr Dent. 2017 Jun;18(2):121-130. doi:10.23804/ejpd.2017.18.02.07.
5. Martignon S, Cortes A, Douglas GVA, Newton JT, Pitts NB, Avila V, et al. Caries Care International adapted for the pandemic in children: Caries OUT multicentre single-group interventional study protocol. BMC Oral Health [Internet]. 2021 Jul [citado 29 Sep 2022];21(1):329. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8248759/>
6. Kumar A, Zubair M, Gulraiz A, Kalla S, Khan S, Patel S, et al. An Assessment of Risk Factors of Delayed Speech and Language in Children: A Cross-Sectional Study. Cureus [Internet]. 2022 Sep [citado 29 Sep 2022];14(9):e29623. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9608900/>
7. Munayco Pantoja ER, Mattos-Vela MA, Torres Ramos G, Blanco Victorio DJ. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. ODOVTOS-Int J Dental Sc [Internet]. 2018 [citado 29 Ene 2022];1(20-3):81-91. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odovtos/v20n3/2215-3411-odovtos-20-03-81.pdf>
<http://revistaamc.sld.cu/>

8. Bajrić E, Kobašlija S, Huseinbegović A, Zukanović A, Marković N, Selimović-Dragaš M, et al. Predictors of Dental Fear and Anxiety in 9-12-year-old Children in Bosnia and Herzegovina. *Acta Stomatol Croat* [Internet]. 2022 Sep [citado 29 Ene 2022];56(3):246-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9635503/>
9. Nazari N, Shabbir MS, Sevbitov AV, Sadeghi M, Griffiths MD. Psychometric evaluation of the Russian version of the Gaming Disorder Scale for Adolescents. *Current Psychology* [Internet]. 2022 [citado 29 Ene 2022];42(2023):13754-68. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-021-02575-w>
10. Abanto Alvarez J, Pinto e Carvalho Rezende KM, Bönecker M, Nahas Pires Corrêa F, Salette Nahás Pires Correa M. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2010 Abr-Jun [citado 29 Sep 2022];20(2):101-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539358009.pdf>
11. Benito A, Calvo G, Real-López M, Gallego MJ, Francés S, Turbi Á, et al. Creation of the TXP parenting questionnaire and study of its psychometric properties. *Adicciones*. 2019 Abr;31(2):117-35. doi:10.20882/adicciones.983
12. Wright N, Pickles A, Sharp H, Hill J. A psychometric and validity study of callous-unemotional traits in 2.5-year-old children. *Sci Rep* [Internet]. 2021 [citado 29 Sep 2022];11(2021):8065. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-87416-3>
13. Cuthberg MI, Melamend BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *J Dent Child* [Internet]. 1982 Nov-Dic [citado 29 Ene 2022];49(6):432-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6960031/>
14. Buchanan H. Development of a computerised dental anxiety scale for children: validation and reliability. *Br Dent J* [Internet]. 2005 Sep [citado 29 Sep 2022];199(6):359-62. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/4812694>
15. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Educación Continuada Odontológica No Convencional [Internet]. Washington, DC: OPS; 1999 [citado 29 Sep 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3117/Curso%2520I%2520Odontologia%2520preventiva.%2520Modulo%25203%2520Medidas%2520y%2520programas%2520preventivos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Babaji P, Chauhan P, Churasia VR, Kaur T, Singh S, Augustine M. A cross-sectional evaluation of children preference for dentist attire and syringe type in reduction of dental anxiety. *Dent Res J* [Internet]. 2018 Nov-Dic [citado 29 Ene 2022];15(6):391-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6243804/>
17. Garrocho-Rangel JA, Ruiz-Rodríguez MS, Pozos-Guillén AJ. Fundamentals in Biostatistics for Research in Pediatric Dentistry: Part I - Basic Concepts. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2017 [citado 29 Ene 2022]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/>

Sep 2022];41(2):87-94. Disponible en: <https://oss.jocpd.com/files/article/20220708-341/pdf/JOCPD41.2.87.pdf>

18. Garrocho-Rangel A, Ruiz-Rodríguez S, Gaitán-Fonseca C, Pozos-Guillén A. Randomized Clinical Trials in Pediatric Dentistry: Application of Evidence-Based Dentistry through the CONSORT Statement. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2019 [citado 29 Sep 2022];43(4):219-30. Disponible en:

https://oss.jocpd.com/files/article/20220630-160/pdf/1053-4625-43_4_1.pdf

19. Marcano AA, Figueredo AM, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Rev Odontopediatria Latinoam* [Internet]. 2012 Jul-Dic [citado 29 Sep

2022];2(2):1-10. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/65/173>

20. Jiang YN, Wang JX, Chen LY, Yao JJ, Ni L, Sheng JM. Reliability and Validity of the Composite Activity-Related Fall Risk Scale. *Front Neurol* [Internet]. 2022 Mar [citado 29 Ene 2022];13:832691.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8980318/>

21. Quek JS, Lai B, Yap AU, Hu S. Non-pharmacological management of dental fear and anxiety in children and adolescents: An umbrella review. *Eur J Paediatr Dent*. 2022 Sep;23(3):230-42.

doi:10.23804/ejpd.2022.23.03.11.

22. Carrillo-Díaz M, Migueláñez-Medrán BC, Nieto-Moraleda C, Romero-Maroto M, González-Olmo MJ. How Can We Reduce Dental Fear in Children? The Importance of the First Dental Visit. *Children*

[Internet]. 2021 Dic [citado 29 Sep 2022];8(12):1167. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8700154/>

23. Kroniņa L, Rasčevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. *Stomatologija* [Internet]. 2017 [citado 29 Ene 2022];19(3):84-90. Disponible en: <https://sbdmj.lsmuni.lt/173/173-03.pdf>

24. Pop-Jordanova N. Different Clinical Expression of Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment and Treatment. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)* [Internet]. 2019 May

[citado 29 Ene 2022];40(1):5-40. Disponible en: <https://sciendo.com/article/10.2478/prilozi-2019-0001>

25. Lin M, Thornton-Evans G, Griffin SO, Wei L, Junger M, Espinoza L. Increased Dental Use May Affect Changes in Treated and Untreated Dental Caries in Young Children. *JDR Clin Trans Res*

[Internet]. 2019 Ene [citado 29 Sep 2022];4(1):49-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8928738/>

26. Cebalo N, Negovetić Vranić D, Bašić Kes V. The Effect of Transcutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS) on Anxiety and Fear in Children Aged 9-14 Years. *Acta Stomatol Croat* [Internet]. 2020

Dic [citado 29 Sep 2022];54(4):412-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7871430/>

<http://revistaamc.sld.cu/>

27. Szeska C, Richter J, Wendt J, Weymar M, Hamm AO. Promoting long-term inhibition of human fear responses by non-invasive transcutaneous vagus nerve stimulation during extinction training. *Sci Rep* [Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2022];10:1529. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-58412-w>
28. Kheir OO, Ziada HM, Abubakr NH, Abdel-Rahman ME, Fadl SM, Ibrahim YE. Patient-dentist relationship and dental anxiety among young Sudanese adult patients. *Int Dent J* [Internet]. 2019 Feb [citado 29 Sep 2022];69(1):35-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9378979/>
29. Sivaramakrishnan G, Makki H, AlDallal S, Alaswad Z, Sultan E, Ahmed S, et al. The variables associated with dental anxiety and their management in primary care dental clinics in Bahrain: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2022 Abr [citado 29 Sep 2022];22(1):137. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9026669/>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Ronald Rosendo Enriquez-Quispe (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Recursos. *Software*. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción. Redacción–revisión y edición).

Britto Ebert Falcón-Guerrero (Conceptualización. Análisis formal. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. *Software*. Supervisión. Validación. Redacción. Redacción–revisión y edición).

Henry Quispe-Cruz (Curación de datos. Metodología. Administración del proyecto. Recursos. *Software*. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción).