

**Tecnologías de la información y
la comunicación (TIC), ansiedad
dental y comportamiento en
niños en edad escolar**

**Information and communication
technologies (ICT), dental
anxiety, and behavior in school
kids**

10.20960/odontolpediatr.00001

08/04/2023

**Tecnologías de la información y la comunicación (TIC),
ansiedad dental y comportamiento en niños en edad escolar**

Silvia Reyes Guerra¹, Xenia Moliner Rodrigo², Francisco Félix Zarzuela³, Miguel Hernández Juyol⁴, Juan Ramón Boj Quesada⁵

¹Odontopediatra. Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona. Barcelona. ²Psicóloga infanto-juvenil. Hospital Universitari Dexeus. Barcelona. ³Biólogo. Máster de Estadística. Universidad Nebrija. Madrid. ⁴Profesor Titular Odontopediatría. Universidad de Barcelona. Barcelona. ⁵Catedrático de Odontopediatría. Universidad de Barcelona. Barcelona

Recibido: 04/07/2022

Aceptado: 14/02/2023

Correspondencia: Silvia Reyes Guerra / Juan Ramón Boj Quesada.
Departamento de Odontopediatría. Universidad de Barcelona.
Campus de Ciencias de la Salud de Bellvitge. Carrer de la Feixa
Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona
e-mail: dra.silviareyesguerra@gmail.com

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESUMEN

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden llegar a incidir en el afrontamiento de situaciones estresantes como acudir al odontopediatra. El objetivo de este estudio fue determinar si existe relación entre el tiempo, el tipo y el contenido de las TIC, con la ansiedad dental y el comportamiento, en una población de 98 niños en edad escolar (6-12 años). Se observó que, ante la misma encuesta, los adultos acompañantes y los menores, discrepan en la información que dan sobre el uso de TIC por parte de los niños y que, este uso, no está relacionado con su ansiedad y comportamiento clínico.

Palabras clave: TIC. Escolares. Tecnología. Ansiedad y comportamiento.

ABSTRACT

Information and communication technologies (ICT) could have an impact on coping with stressful situations like going to the pediatric dentist. The objective of this study was to determine whether there is a relationship between the time, type and content of ICT, with dental anxiety and behavior, in a population of 98 children in school age (6-12 years). It was seen that, in the same survey, accompanying adults and minors disagree in the information they give on the use of ICT by children, and that such use is not related to their anxiety and clinical behavior.

Keywords: ICT. School. Technology. Anxiety and behavior.

INTRODUCCIÓN

Indiscutiblemente, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han llegado para quedarse. Tanto es así, que han dado nombre a las generaciones más recientes: “nativos digitales”; niños y niñas que han nacido inmersos en una corriente tecnológica y de conexión cambiante (1-3).

El interés por investigar los aspectos más desconocidos de esta nueva sociedad ha llevado a la realización de diversos estudios que coinciden en que las nuevas tecnologías inciden en actitudes, comportamientos, hábitos, comunicación y modo de relacionarnos ya sea a nivel familiar o comunitario (1-5).

Las innovaciones tecnológicas no deben ser un motivo de preocupación en sí, pues son sinónimo de progreso. Nuestra atención debe recaer en el uso que hacen los menores de las mismas, así como los factores de vulnerabilidad inherentes en cada uno de ellos y que pueden instigar a comportamientos indeseados o alteraciones emocionales (4).

La evidencia científica actual avala el uso de TIC en la clínica dental para disminuir la ansiedad y favorecer comportamientos positivos durante el tratamiento (6). Sin embargo, desconocemos la relación existente entre el uso de TIC en un ambiente no odontológico, el nivel

de ansiedad dental y el comportamiento en la clínica odontopediátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación ha sido aprobada por el comité de ética de la Universitat de Barcelona. Los autores declaran no presentar conflicto de intereses y todos los procedimientos realizados fueron de conformidad con la Declaración de Helsinki de 1964 y su posterior enmienda o estándares éticos comparables. Los adultos acompañantes autorizaron la participación de los menores a su cargo con el consentimiento informado.

Se realizó un estudio descriptivo transversal observacional en el que participaron 98 adultos acompañantes de 98 niños en edad escolar (entre 6 y 12 años), que requerían tratamiento dental con anestesia local, en el Servicio de Odontopediatria del Hospital Odontològic de Bellvitge. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que no acudieran por primera vez a este servicio y que la relación entre el adulto y el menor fuese estrecha, como cohabitante o cuidador principal. Se excluyeron todas aquellas familias con las que no se podía establecer un adecuado intercambio de información.

Como hipótesis nula se consideró que los niños y niñas que usen durante más tiempo las TIC y que accedan a contenido inapropiado para su edad, no presentarán niveles más altos de ansiedad y peor comportamiento en clínica y que, estos últimos no variarán en función del tipo de TIC que se utilice. La hipótesis alternativa es que los niños

y niñas que usen durante más tiempo las TIC y que accedan a contenido inapropiado para su edad presentarán niveles más altos de ansiedad y peor comportamiento en clínica y que, estos últimos, variarán en función del tipo de TIC que se utilice.

Se elaboraron dos encuestas en exclusiva para este estudio acerca del uso de TIC en menores en edad escolar: una para adultos y otra para niños, con un lenguaje adaptado, que garantizaba su comprensión. Ambas constaban de 11 preguntas, repartidas en 4 bloques temáticos (tipo de uso, tiempo de uso, contenido y vida cotidiana) con distinto formato de respuesta (sí o no, ordena por frecuencia de uso o escala de Likert de frecuencia y cantidad) (Figs. 1 y 2).

La recogida de datos fue realizada por el mismo investigador, siguiendo el mismo procedimiento para minimizar sesgos. Una vez el adulto responsable leyó detenidamente el documento de información del proyecto y aceptó el consentimiento informado, teniendo siempre en cuenta la voluntad del menor a participar en el estudio, el investigador principal acompañó al niño al gabinete odontológico, mientras su acompañante rellenaba la encuesta (acerca del uso de TIC en niños en edad escolar -formato adulto-) en la sala de espera. Antes de sentarse en el sillón dental, se pasó al menor la encuesta del uso de TIC en niños en edad escolar -formato niños-. Una vez sentado/a en el sillón dental y previo al tratamiento odontológico se le indicó al niño que realizara el test de Venham o Venham Picture Test (VPT) (Fig. 3).

Cuando la visita del niño/a finalizó y el tratamiento dental fue realizado por las alumnas del Máster de Odontopediatría de la Universitat de Barcelona, el investigador rellenó la escala de “The Frankl Behavior Rating Scale” en función del comportamiento del niño o niña en esa sesión (Fig. 4).

Análisis estadístico

Variables

Para el análisis estadístico se utilizaron cinco variables cualitativas o categóricas:

1. El tipo, el tiempo y el contenido:

- El tipo de pantalla del que hacen uso los niños en edad escolar.
- El tiempo de uso entre semana de las TIC en niños en edad escolar.
- El contenido al que tienen acceso los niños en edad escolar mediante las TIC.
- Los datos fueron obtenidos mediante 3 preguntas, que el adulto acompañante debida contestar.

2. La ansiedad dental y el comportamiento en la clínica odontológica:

- La ansiedad previa al tratamiento dental, presentada por el paciente escolar, se evaluó mediante el test de Venham que discrimina entre niños ansiosos y no ansiosos en función de la puntuación obtenida (de 0 a 8 puntos), al visualizar ocho pares de figuras que muestran al mismo niño en dos estados de ánimo diferentes y seleccionar de cada pareja, aquella figura

que mejor represente su estado emocional en ese momento. La puntuación de ansiedad se define por la frecuencia de elección del dibujo más ansioso.

- El comportamiento del niño en edad escolar se evaluó mediante el test de comportamiento de Frankl al finalizar la visita odontológica. Normalmente, según la calificación obtenida, se divide en cuatro categorías, que van desde “definitivamente negativo” hasta “definitivamente positivo”. En este caso, debido al volumen y distribución de la muestra, se optó por sintetizarlo en dos únicas variables: “comportamiento positivo” y “comportamiento negativo”.

Plan de análisis

El plan de análisis de este estudio se basa en comparar varios grupos de variables cualitativas o categóricas para determinar si existe relación entre el tiempo, el tipo y el contenido de las TIC con la ansiedad dental y el comportamiento en clínica, utilizando los datos recopilados a partir de la encuesta sobre el uso de TIC en niños-adultos. Los datos fueron analizados con el programa estadístico RStudio. Se utilizó el test de Barnard como test estadístico de elección para determinar si existe relación estadísticamente significativa entre variables.

RESULTADOS

La muestra de este estudio está constituida por 98 adultos acompañantes de 98 menores en edad escolar, en su mayoría de sexo femenino (55,10 %) y de corta edad (6 años: 23,47 %; 7 años: 20,41 %; 8 años: 23,47 %). El adulto acompañante por excelencia ha sido la figura materna (75,52 %) en comparativa a padres (20,40 %) abuelos (2,04 %) o hermanos/as (2,04 %) (Tablas I-VII).

No existen evidencias estadísticamente significativas para decir que hay diferencias entre los grupos de ansiedad/no ansiedad, y comportamiento en clínica positivo/negativo ($p\text{-valor} > 0,05$). Por tanto, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula.

DISCUSIÓN

Se requieren estudios con mayor tamaño muestral que permitan extrapolar los datos expuestos a continuación a la población general. En este caso, el único requisito terapéutico a considerar fue la utilización de anestésico local, sin discernir entre las distintas posibilidades de tratamiento, ni tener en cuenta las distintas técnicas anestésicas, lo que podría actuar como efecto confusor. Sería interesante plantear una diferenciación de estas en estudios a mayor escala.

Como cabría esperar, los datos reflejan una mayor proporción de niños pequeños, ya que por las características comportamentales inherentes a su edad, precisan de atención especializada y los niños de edad más avanzada -por lo general más cooperadores- pueden ser atendidos en otros servicios. De igual forma, coincidiendo con

numerosas investigaciones en la clínica dental (7), la mayor parte de los acompañantes son madres.

Con el fin de determinar la ansiedad que siente el paciente infantil, previa a un tratamiento odontológico bajo anestesia local y el comportamiento del menor tras la realización del mismo, se opta por excluir a aquellos niños que acuden por primera vez a la consulta dental. El carácter introductorio es notable en las visitas iniciales de odontopediatría; de haberse tenido en cuenta, probablemente los datos reflejarían el impacto emocional de las primeras veces, sumado a un comportamiento que deriva de sensaciones exploratorias agradables que, ocasionalmente no coinciden con las que experimentará el niño durante un tratamiento dental más invasivo.

Ansiedad

Ante determinados estímulos la ansiedad leve es adaptativa y necesaria. Por ejemplo, para los niños, la visita al dentista supone un acontecimiento desconocido e inquietante. Sería singular que no experimentaran cierto grado de ansiedad. Por ello, se ha considerado en el test de Venham la puntuación de 0 a 4 puntos como no ansioso y la de 5 a 8 puntos como ansioso (8).

Los resultados obtenidos concuerdan con la realidad, solo una minoría del total de la muestra estudiada (7 puntos: 1,02 %; 8 puntos: 1,02 %) –y de la sociedad (9)– cuenta con niveles desmedidos de ansiedad que no les permite afrontar llanamente situaciones de la vida cotidiana como puede ser una visita con el odontopediatra.

Parece ser que, en este estudio, la proporción de niñas ansiosas (φ : 7,41 %) es mayor que la de niños ansiosos (σ : 2,27 %) y que los niveles de ansiedad desmesurados (puntuación de 5 a 8 en el test de Venham) recaen fundamentalmente en los escolares de menor edad (6 años: 17,4 % ansiedad alta), al tratarse de dos variables que mantienen relación (7,9,10).

Comportamiento

Tras unificar la clasificación de comportamiento de Frankl en dos únicos grupos “comportamiento positivo” (81,63 %) y “comportamiento negativo” (18,37 %) se evidencia la percepción que los dentistas pediátricos tienen del comportamiento de sus pacientes. Solo una mínima parte, fue reacio a aceptar el tratamiento dental. En consideración a la distribución del comportamiento según el sexo en la muestra estudiada, las niñas tienden a tener un comportamiento más negativo (σ : 4,54 % φ : 11,11 %) y definitivamente negativo (σ : 9,09 % φ : 11,11 %) que los niños. Coincidiendo con la literatura científica del momento, el comportamiento tiende a mejorar con la edad (11-13), conforme el niño va madurando y adquiriendo las herramientas necesarias para hacer frente a situaciones que le generen estrés, como puede ser el tratamiento en la clínica dental. Se ha registrado comportamiento definitivamente negativo fundamentalmente en escolares de 6 (17,39 %) y 7 años (15 %). En la muestra estudiada no hay datos acerca de niños de 10 a 12 años que tengan comportamiento negativo, a pesar de que todos los grupos de

edad cuentan con niños con comportamiento positivo y definitivamente positivo, en su mayoría pertenecen al grupo de 10 años (positivo: 44,44 %) y de 12 años (definitivamente positivo: 66,67 %).

Otro sesgo a tener en cuenta, es que el tratamiento fue realizado por alumnas de Máster, que no todas tienen las mismas habilidades para realizar una anestesia dental y un tratamiento adecuado, por lo que es un sesgo que no ha sido tenido en cuenta...

Tiempo

Probablemente, el factor “tiempo” sea el aspecto que más genera incertidumbre en lo que al uso de pantallas se refiere, pues relega actividades necesarias para el correcto desarrollo psicosocial de los niños (14-16). Las horas de uso de dispositivos electrónicos aumentan de forma paralela a la edad del menor (17). Se ha registrado que los niños de 11 y 12 años son los que durante más tiempo utilizan las nuevas tecnologías (3-5 h: 40 % de los niños de 11 años y > 5 h: 33,33 % de los niños de 12 años). A pesar de que en la literatura no se aprecia una diferencia clara entre sexos. En esta población, las niñas pasan más horas utilizando las nuevas tecnologías (> 2 h ♂: 47,72 % > 2 h ♀: 55,55 %). Solo un 4,08 % de los niños no utilizaba TIC entre semana. Parece ser que la muestra, en general, se inclina por la utilización de los dispositivos electrónicos mayoritariamente durante el fin de semana (3-5 h: 34,69 % fines de semana vs. 15,31 %

entre semana; > 5 h: 17,35 % fines de semana vs. 7,14 % entre semana) y que el total de la misma las utiliza en algún momento sábados y domingos.

Contenido

Acontecimientos trágicos aislados como “el tiroteo en Munich, 2016, Alemania”, “el asesino de la Catana, 2000, España” o “La masacre de Nueva Zelanda, 2019” (18-20) en el que violencia, asesinato y uso de videojuegos de carácter violentos se ven ligados en numerosos titulares sensacionalistas, invitan al lector a pensar que se trata de una relación causa -efecto en la que el uso de videojuegos afecta al comportamiento humano- (21). Evidentemente, la literatura científica desmiente este hecho. No todos los usuarios que utilizan videojuegos de contenido adulto polémico desarrollan conductas disruptivas, lesivas o incluso homicidas pues depende de la vulnerabilidad y la propensión individual (22). En atención a la distribución por sexos de la misma forma que ocurre en otras investigaciones previas y siguiendo los cánones socialmente establecidos (23), el sexo masculino accede con mayor frecuencia a contenido violento (79,55 %) que el femenino (51,85 %), según los testimonios de los propios niños. Los padres parecen no tener constancia del contenido audiovisual que consumen los colegiales a su cargo (23). Mientras un 56,25 % de los adultos refiere que el menor al que acompañan tiene acceso a contenido violento, el 64,28 % de los niños indica que las

armas, disparos, guerra, robos o peleas son elementos que forman parte del contenido que visualizan digitalmente.

Tipo de uso

Tanto padres como hijos coinciden en que el dispositivo más utilizado con diferencia por los niños en edad escolar es la televisión, seguida de la *tablet* y el teléfono móvil (televisión: 48,98 %; *tablet*: 17,35 %; móvil: 17,35 %). La base de datos del Instituto Nacional de Estadística entre otros estudios (24), alberga datos equivalentes: la televisión está presente en más del 97 % de los hogares españoles con al menos un miembro de 16 a 74 años (25). Por otra parte, los teléfonos inteligentes están presentes en casi la totalidad de los hogares (99,5 % del total de los hogares españoles con al menos un miembro de 16 a 74 años) según la encuesta realizada por el INE en el año 2020 (25) y la edad a la que los niños comienzan a utilizarlos y poseerlos es cada vez menor. En España —líder mundial en el uso de dispositivos móviles— el 25 % de los niños españoles ya tienen móvil a los 10 años, el 75 % a los 12 años y el 94,5 % a los 15 años (26,27). Los resultados de ambas encuestas coinciden en que la mayoría de la muestra estudiada no posee móvil propio en edad escolar. No obstante, la proporción de escolares que tiene móvil propio es notablemente mayor en los datos proporcionados por los niños ($n = 34$) frente a los datos proporcionados por los adultos ($n = 19$). Los datos recopilados reflejan el desconocimiento de algunos padres respecto al uso de redes sociales por parte de sus hijos: un 66,33 %

de los adultos constatan que él o la menor a su cargo no hacen uso de redes sociales y un 9,18 % no sabe si las utiliza. En cambio, tan solo un 26,53 % de los niños asegura no usarlas y un 32,65 % desconoce qué son, aunque este hecho no les exime de su uso. TikTok es, con diferencia y por unanimidad, la red social que más usan los niños en edad escolar, seguida de Snapchat, Instagram y Facebook (según la encuesta sobre el uso de TIC -formato niño-: TikTok: 35,71 %; Snapchat: 3,06 %; Instagram: 1,02 %; Facebook: 1,02 %).

CONCLUSIONES

1. No existe relación estadísticamente significativa entre el tipo, el tiempo y el contenido de las TIC con la ansiedad dental y el comportamiento en clínica.
2. Los niños de mayor edad cuentan con menores niveles de ansiedad y mejor comportamiento en la clínica dental.
3. Los niños y los adultos discrepan en la información que dan sobre el uso de las TIC por parte de los niños.
4. Se precisan estudios con mayor tamaño muestral para indagar con más profundidad la relación de las TIC en ambiente no odontológico con la odontopediatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solano Altaba M, Viñarás Abad M. Las nuevas tecnologías en la familia y la educación: retos y riesgos de una realidad inevitable. CEU Ediciones; 2013.
2. UNICEF. The State of the World's Children. Niños en un mundo digital. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2017.
3. Martínez Pastor E, Catalina García B, López de Ayala MC. Smartphone, menores y vulnerabilidades. Revisión de la literatura. Revista Mediterránea de Comunicación 2019;10(2):257-68.
4. Malo Cerrato S. The impact of mobile phones in the life of adolescents aged 12-16 years old. Comunicar 2006;14(27):105-12.
5. Bianchi A, Phillips JG. Psychological Predictors of Problem Mobile Phone Use. Cyberpsychol Behav 2005;8(1):39-51.
6. Marcano A, Figueredo AM, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. Rev Odontopediatr Latinoam 2012;2(2):65-71.
7. American Academy of Pediatrics. Recomendaciones para el uso de los medios de comunicación por parte de los niños; 2016.
8. Blanco N, Alvarado ME. Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. Rev Cienc Soc 2005;XI(3):537-44.
9. Rodríguez, N, Olmo R, Mourelle R, Gallardo NE. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. Rev Gaceta Dental 2008;15(195):150-64.

10. Ratson T, Blumer S, Peretz B. Dental Anxiety of Parents in an Israeli Kibbutz Population and their Prediction of their Children's Behavior in the Dental Office. J Clin Pediatr Dent 2016;40(4):306-11.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent 2020;III(Reference Manual):321-39.
12. Bartolomé Villar B, Vilar Rodríguez C, Cañizares V, Torres Moreta L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. Cien Dent 2020;17(1):27-34.
13. Peretz B, Kharouba J, Blumer S. Pattern of Parental Acceptance of Management Techniques Used in Pediatric Dentistry J Clin Pediatr Dent 2013;38(1):27-30.
14. MedlinePlus. Desarrollo de los niños en edad escolar. A.D.A.M., Inc.; 2020.
15. Blanco E. El niño desde los 6 años hasta la adolescencia. Persum; 2019.
16. AEP. Asociación Española de Pediatría. Niños de 6 a 11 años: cómo se desarrollan. En familia; 2019. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es>
17. Ferrer López M, Ruiz San Román JA. Efectos del uso de videojuegos en niños de 7 a 12 años. Una aproximación mediante encuesta. ICONO14. Revista de Comunicación y Tecnologías Emergentes 2012;4(1):205.

18. Gobierno de España. Seguridad Nacional. Tiroteo en Múnich DSN; 2016.
19. Álvarez MG. El 'Asesino de la Catana': "Siguen considerándome un monstruo". La Vanguardia; 2019.
20. Jover A. Cadena perpetua para el autor de la masacre en Nueva Zelanda. EL PAÍS; 2020.
21. Wiederhold BK. Violent Video Games: Harmful Trigger or Harmless Diversion? Cyberpsychol Behav Soc Netw 2021;24(1):1-2.
22. Shifrin D, Brown A, Hill D, Jana L, Flinn S. Growing Up Digital: Media Research Symposium. American Academy of Pediatrics; 2015.
23. Shumei L, Fong Ching C, Chiung Hui C, Fubao L, Ping-Hung C, Chen Yu C, et al. Parent-Child Discrepancies in Reports of Exposure to Violence/Pornography on Mobile Devices and the Impact on Children's Psychosocial Adjustment. Cyberpsychol Behav Soc Netw; 2020.
24. AAP. Council on communications and media. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. Pediatrics 2016;138(5):e20162592.
25. INE. Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa: Equipamiento y uso de TIC en los hogares; 2020.
26. Desmurget M, Fernández CL. La fábrica de cretinos digitales: Los peligros de las pantallas para nuestros hijos. Ediciones Península; 2020.

27. INE. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares; 2017.

Tabla I. Tabla de contingencia y frecuencias marginales de ansiedad y tipo de tecnología

	Baja ansiedad	Alta ansiedad	Sum
Otros dispositivos	46	4	50
Tv	47	1	48
Sum	93	5	98

Tabla II. Tabla de contingencia y frecuencias marginales de ansiedad y tiempo entre semana

	Baja ansiedad	Alta ansiedad	Sum
< 2 horas	46	1	47
> 2 horas	47	4	51
Sum	93	5	98

Tabla III. Tabla de contingencia y frecuencias marginales de ansiedad y contenido

	Baja	Alta	Sum
--	-------------	-------------	------------

	ansiedad	ansiedad	
No violencia	40	2	42
Si violencia	51	3	54
Sum	91	5	96

Tabla IV. Tabla de contingencia y frecuencias marginales de comportamiento y tipo de tecnología

	Negativo comportamie nto	Positivo comportamie nto	Sum
Otros dispositivos	8	42	50
TV	10	38	48
Sum	18	80	98

Tabla V. Tabla de contingencia y frecuencias marginales de comportamiento y tiempo entre semana

	Negativo comportamie nto	Positivo comportamie nto	Sum
< 2 horas	7	40	47
> 2 horas	11	40	51
Sum	18	80	98

Tabla VI. Tabla de contingencia y frecuencias marginales de comportamiento y contenido

	Negativo comportamie nto	Positivo comportamie nto	Sum
No violencia	6	36	42
Si violencia	11	43	54
Sum	17	79	96

Tabla VII. p -valor de la prueba de Barnard para la comparación de las variables

Variables	Tipo de tecnología	Tiempo uso entre semana	Contenido
Ansiedad	0,131	0,161	0,805
Comportamien to	0,408	0,237	0,321

VERIFICACIÓN DE REQUISITOS

01. ¿Ha ido más veces al dentista o esta es su primera vez?

Esta es su primera vez. Más veces.

02. ¿Qué tratamiento viene a hacerse hoy?

Tratamiento SIN anestesia: 1.ª visita, revisión, control, sellados, profilaxis, flúor, etc.

Tratamiento CON anestesia: obturación, tratamiento pulpar, exodoncias, etc.

03. ¿Qué edad tiene el/la paciente?

6 años 7 años 8 años 9 años 10 años 11 años 12 años

04. ¿Convive en la misma casa que el/la paciente o es uno de los cuidadores

principales?

Sí No

Marque con una "X":

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

0.5 ¿Qué relación tiene con el paciente?

Madre Padre Otro: _____

0.6 Sexo del niño/a:

Masculino. Femenino.

TIPO DE USO:

1. *¿Cuál es el dispositivo que más usa el/la paciente? (Ordene de 1.º a 7.º de MÁS a MENOS uso). Por ejemplo: El dispositivo que más usa mi hijo es el móvil (1.º), el segundo que más usa es la TV (2.º), etc.*

Ordene de 1.º a 7.º de MÁS a MENOS uso	
Móvil	
Tablet/ipand	
TV	
Ordenador de mesa o portátil	
Consolas portátiles	
Consolas fijas (Play Station, X-box, Wii, etc.)	

2. *¿Para qué usa principalmente el dispositivo MÁS USADO (1.º)?*

Chatear con sus amigos y familia.

Videojuegos

Visualización de series, películas, vídeos de Youtube.

Fin educativo.

Redes sociales.

3. *¿El/la paciente cuenta con móvil propio?*

Sí No

Si ha contestado "Sí": *¿Desde cuándo tiene móvil propio?*

Antes de los 6 años.

7 años.

8 años.

9 años.

10 años.

11 años

12 años.

4. *¿Cuál de las siguientes redes sociales es LA MÁS usada por el/la paciente?*

Facebook. Instagram. TikTok. Snaptchat.

No sé si usa redes sociales. No usa ningún tipo de red social.

TIEMPO DE USO:

5. *¿Cuántas horas EN TOTAL pasa AL DÍA delante de las pantallas ENTRE SEMANA?*

Más de 5 horas.

Entre 3 y 5 horas.

Entre 2 y 3 horas.

Menos de 2 horas.

Ninguna.

6. *¿Cuántas horas EN TOTAL pasa AL DÍA delante de las pantallas LOS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS?*

Más de 5 horas.

Entre 3 y 5 horas.

Entre 2 y 3 horas.

Menos de 2 horas.

Ninguna.

CONTENIDO:

7. *¿Considera que el niño o la niña tiene acceso a contenido violento (armas, disparos, guerra, robos, pelea, etc.) a través de los dispositivos electrónicos.*

Por ejemplo: vídeos, películas o videojuegos como Fornite, GTA San Andrea, Minecraft, Call of Duty, etc.?

Siempre.

Casi siempre.

A veces.

Pocas veces.

Nunca.

No lo sé.

VIDA COTIDIANA:

8. *¿Considera que A CAUSA DE LAS PANTALLAS el niño o niña duerme menos*

horas de las necesarias por la noche?:

Siempre duerme menos horas de las necesarias.

Casi siempre duerme menos horas de las necesarias.

A veces duerme menos horas de las necesarias.

Pocas veces duerme menos horas de las necesarias.

Nunca duerme menos horas de las necesarias.

9. *Cuanto tiempo pasa DESDE que el niño o niña DEJA LAS PANTALLAS HASTA que*

SE VA A DORMIR:

No le permito usar pantallas por la noche.

Pasa 1 hora o más.

Pasa menos de 1 hora.

10. *¿Considera que el niño/ la niña deja de lado otras actividades de la vida*

cotidiana (quedar con amigos, hacer tarea de clase, deporte) por estar con

dispositivos electrónicos (TIC's)?

Siempre.

Casi siempre.

A veces.

Pocas veces.

Nunca.

11. Cuando le digo al niño/a que es hora de dejar de usar los dispositivos

electrónicos (TIC's) él o ella por lo general:

Me hace caso a la primera, lo deja inmediatamente y no está molesto.

Debo ser insistente, repetírselo dos o más veces. Deja de usarlo y no se molesta.

Debo ser insistente, repetírselo dos o más veces. Deja de usarlo pero se pone mal humor.

Es motivo de discusión, responde de forma inadecuada. Puede haber rabieta o pataletas.

Es motivo de discusión y conducta inapropiada. Puede haber comportamientos impulsivos o agresivos.

Fig. 1. Encuesta sobre el uso de TIC. Formato adulto.

1. ¿Cuál es el dispositivo que más usas?

Móvil.

Tablet / ipad.

TV.

Ordenador de mesa o portátil.

Consolas portátiles.

Consolas fijas (Play Station, X-box, Wii, etc.)

2. *¿Para qué lo usas principalmente?*

Chatear con sus amigos y familia.

Videojuegos.

Visualización de series, películas, vídeos de Youtube.

Fin educativo.

Redes sociales.

3. *¿Tienes móvil propio?*

Sí No

Si ha contestado "Sí": ¿Desde cuando tienes móvil propio?

Antes de los 6 años.

7 años.

8 años.

9 años.

10 años.

11 años

12 años.

No lo sé

4. ¿Usas algunas de las siguientes redes sociales?

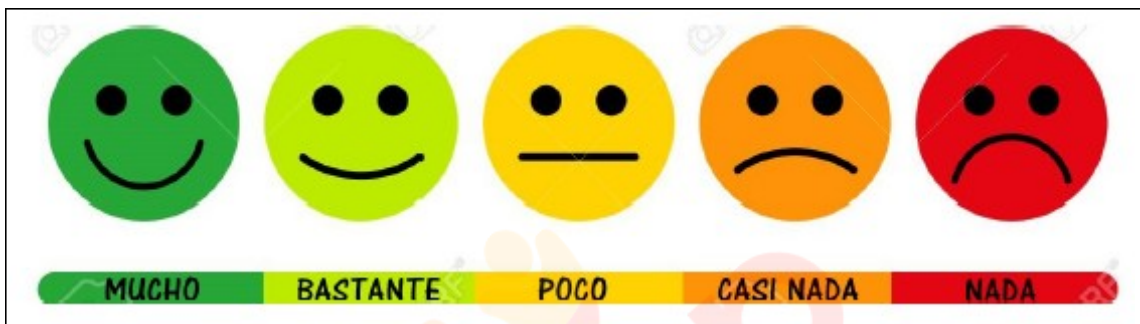
Facebook. Instagram. TikTok.

Snapchat.

No sé qué son las redes sociales.
social.

No uso ninguna red

5. ¿Cuánto crees que pasas al día delante de las pantallas ENTRE SEMANA?



6. ¿Cuánto crees EN TOTAL pasa al día delante de las pantallas LOS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS?



7. ¿Accedes a contenido violento (armas, disparos, guerra, robos, pelea, etc.) a través

de los dispositivos electrónicos? Por ejemplo: vídeos, películas, videojuegos como Fornite, GTA San Andrea, Minecraft, Call of Duty, etc.?



8. Normalmente, ¿estás con pantallas por la noche? Sí / No
¿Cuánto crees que duermes?



9. Por la noche:

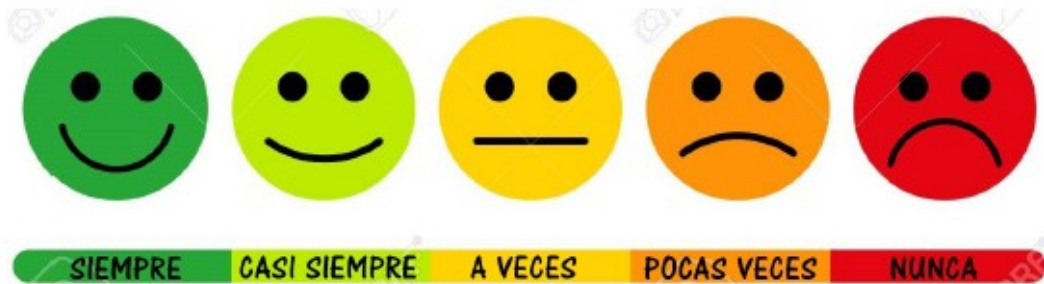
No me dejan usar pantallas por la noche.

Uso la pantalla, estoy un rato haciendo otras cosas (leer, hablar con papá o

mamá, etc.) y después me voy a la cama.

Estoy acostado en la cama con alguna pantalla y me duermo.

10. ¿Crees que dejas de lado otras actividades de la vida cotidiana (quedar con amigos, hacer tarea de clase, deporte) por estar con dispositivos electrónicos (TIC's)?



11. Cuando mamá o papá me dice que es hora de dejar de usar los dispositivos electrónicos (TIC's) yo:

Hago caso a la primera, lo dejo y no pasa nada.

Mamá o papá me lo tienen que repetir. Lo dejo y no pasa nada.

Mamá o papá me lo tienen que repetir. Lo dejo y me pongo de mal humor.

Discuto con mamá y papá. Me enfado, lloro o grito.

Discuto con mamá y papá. Me enfado y me porto mal: tiro, pego o rompo cosas.

Fig. 2. Encuesta sobre el uso de TIC. Formato niños.



Fig. 3. Venham Picture Test (VPT).

DEFINITIVAMENTE NEGATIVO: rechazo al tratamiento, llanto con fuerza, miedo o cualquier otra evidencia abierta de negativismo extremo

NEGATIVO: reacio a aceptar un tratamiento, poco cooperativo, alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada, es decir, hosco, retraído

POSITIVO: aceptación del tratamiento; a veces precaución. Voluntad de cumplir con el dentista, en el momento con reserva, pero el paciente sigue las instrucciones del dentista de

manera cooperativa
DEFINITIVAMENTE POSITIVO: buena relación con el dentista, interesado en el procedimiento dental, riendo y disfrutando de la situación

Fig. 4. Frakl Behaviour Rating Scale.

