

Rodríguez Peinado, N. *
Olmo Boluda, R. *
Mourelle Martínez, R.**
Gallardo López, N.E.***

* ESTUDIANTE 5.º ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
** PROFESOR CONTRATADO DOCTOR.
DPTO ESTOMATOLOGÍA IV
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
*** PROFESOR ASOCIADO
DPTO. ESTOMATOLOGÍA IV
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
Madrid.

Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico

RESUMEN

Diversas situaciones y tratamientos dentales generan gran ansiedad en los niños, tales como anestesiarse, realizar obturaciones... El profesional siempre debe de controlarla y reducirla, así como de conocer sus causas, de modo que se permita el establecimiento de una comunicación fluida con los niños y los padres que nos permita ganarnos la confianza de ambos, una mejor aceptación del tratamiento y un ambiente de trabajo relajado y cómodo. El objetivo de nuestro trabajo ha sido cuantificar el grado de ansiedad presente en pacientes infantiles y conocer los distintos factores que pueden producirla, utilizando la "encuesta de medida del miedo en niños, Subescala Dental (DS)" (Inventario de miedo para niños de Nakamura y Scherer (CFSS)) y la "Escala de miedo dental de Kleinknecht". Se han estudiado un total de 152 niños de edades comprendidas entre 7 y 18 años.

PALABRAS CLAVE

Odontopediatría, ansiedad dental, ansiedad infantil, escalas de comportamiento.

INTRODUCCIÓN

Son muy necesarios los conocimientos centrados en el desarrollo emocional y en el manejo de la conducta de nuestros pacientes. Esta necesidad adquiere una mayor relevancia cuando se trata de atender a pacientes de eda-

des tempranas. Por tanto, la ansiedad dental, y sobre todo infantil, es un tema importante ya que supone un problema con el que nos encontramos de forma frecuente en la consulta dental. Tanto es así, que la actitud de un niño ante el tratamiento dental, suele, con demasiada frecuencia, dificultar dicho tratamiento, debido a que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo (1).

Definimos la ansiedad como aquel sentimiento vital, consciente, que sitúa al organismo en alerta ante la previsión de un peligro próximo que puede amenazar su integridad física o psíquica. Puede ser sustituto psicológico del dolor y se puede anticipar a él, mediante la experiencia, memoria y procesos asociativos (2). Resulta difícil muchas veces establecer una diferencia significativa entre ansiedad y miedo, siendo este último el que percibe mejor la causa del peligro.

Por otro lado, consideramos la ansiedad dental como aquella relacionada íntimamente con todos y cada uno de los procedimientos en lo que a salud bucodental se refiere (3). Se estima que afecta al 16% de los niños en edad escolar (4), siendo la infancia el origen, en la mayoría de los casos, de estas actitudes negativas frente a la Odontología (2), las cuales debemos de eliminar en vista a tratamientos futuros. El éxito de la Odontología infantil depende, no sólo de las habilidades del profesional, sino también de la capacidad de este de conseguir cooperación por parte de los pacientes. En el caso de niños no colabo-

radores, es decisivo establecer desde el principio, una relación de confianza entre el clínico y el niño, y el clínico y los padres (5).

La ansiedad se manifiesta con tres componentes de respuesta separados, pero que interactúan entre ellos:

1. Sistema motor: implica las conductas motoras, externas, que ocurren como incremento de la activación (temblar, tartamudear, etc.) o como medio de escape (huir, no acercarse, etc.).

2. Cognitivo: lo que el individuo piensa o siente en esa situación (temor, malestar, etc.).

3. Sistema fisiológico: tales como aumento del gasto cardiaco, de la presión sanguínea, etc. (2, 6).

Por todo ello, para reconocer a un paciente que está en estado de ansiedad, nos basta con fijarnos en su sintomatología: paciente sudoroso, con taquicardias, que parece cansado, con cambios de conducta y tensión muscular (7), nos hace ponernos alerta. La aplicación de la psicología en odontología en el caso de pacientes infantiles va a facilitar mucho la relación niño-dentista a la vez que mejorará la relación familia-dentista (8).

Es importante conocer las diversas causas que pueden dar lugar a ansiedad dentro de nuestra consulta, y debemos saber actuar ante ellas. Según Schneller y cols (9), estas son:

— La experimentación del dolor al tratamiento y a la causa del mismo.

— La intimidación y poder físico por parte del odontólogo.

— Falta de tiempo para acostumbrarse a lo desconocido ante el tratamiento.

— Falta de relación de confianza con odontólogo y auxiliares.

— Historias exageradas contadas por el entorno.

— Temor de los padres al tratamiento dental.

— Amenazas de los padres con la inyección del médico si el niño se porta mal.

— Existencia de problemas psicológicos de base.

Hay que tener presente que los niños hacen algo natural y totalmente correcto, que es querer evitar el daño y dolor. Aún carecen de capacidad de entendimiento en muchos casos, y hay que intentar explicarles que los tratamientos dentales son buenos aunque hagan daño. Conseguiremos un mejor resultado profesional si aceptamos las reacciones de ansiedad infantiles como un comportamiento lógico, ahorrándonos, por tanto, que estas conductas afecten también a nuestro estado anímico.

Por tanto, para facilitar nuestros tratamientos y el manejo de estos pacientes, vamos a enumerar una serie de posibilidades y consejos efectivos que nos ayuden a controlar y en muchos casos prevenir la ansiedad dental infantil (5, 7, 9):

1. Realizar una buena anamnesis con los padres sobre las experiencias previas del niño.

2. Tranquilizar primero a los padres cuanto más pequeño sea el niño.

3. Brindarle la oportunidad de ganar confianza y darle tiempo para investigar la situación inhabitual.

4. No realizar nada doloroso durante las primeras sesiones, como máximo explorar al niño.

5. Ser capaz de captar todos los mensajes, tanto verbales como no verbales, del paciente.

6. Alabarle en cada paso del tratamiento.

7. Ejemplificar el tratamiento que se le va a realizar en otra persona. Esto sería una técnica de aprendizaje por observación, con la que adquiere nuevos comportamientos más positivos.

8. Métodos de distracción, como por ejemplo: videojuegos, música, televisión...

9. Convertir al acompañante en co-terapeuta. Para que el niño no se quede solo en consulta y se sienta más tranquilo, aunque no existe acuerdo entre los distintos autores sobre la presencia de los padres en el consultorio dental.

10. Experimentar al niño de forma concreta el dolor que va a padecer, por ejemplo, hacer que se arranque un pelo, pero a ser posible en presencia de los padres, o decirle que es como al “darse un planchazo” en la piscina.

11. Decir-Mostrar-Hacer. Explicándole claramente todo lo que vamos a hacerle paso a paso para disminuir su miedo a lo desconocido

12. Hacerle participar de forma activa como “ayudante”, para fomentar su autonomía.

13. Ocultarle el instrumental que pueda aumentar su ansiedad, siendo uno de los más importantes la jeringa de anestesia.

14. Visitas no excesivamente largas y preferiblemente por la mañana (cuando el niño no presenta cansancio).

15. Proceso dinámico de diálogo, estableciendo el lenguaje apropiado, por ejemplo, decirle fotografía en vez de radiografía y control del tono de voz, adoptando así una actitud menos autoritaria.

16. Ambiente agradable (relajado y cómodo).

Con objeto de tratar de cuantificar el grado de ansiedad ante el tratamiento dental, se han desarrollado numerosas escalas (4, 6, 10, 11), y dentro de ellas distintos subtipos. Estas escalas nos permiten tener, al menos, un ligero conocimiento de la actitud del niño ante el tratamiento dental, aunque no todas son igual de fiables: valoraciones del comportamiento por un observador, escalas de auto-evaluación, técnicas proyectivas (dibujos), medidas fisiológicas...

Lo correcto es relacionar las variables obtenidas en distintas escalas, no se considera adecuado usar una escala de modo aislado. Las que más se han desarrollado para determinar los componentes del tratamiento que más ansiedad despiertan y para cuantificar las respuestas son:

1. “Encuesta de medida del miedo en niños, Subescala Dental (DS)” (Inventario de miedo para niños de Nakamura y Scherer) (CFSS).

2. “Escala de miedo dental de Kleinkecht.”

3. “Escala de ansiedad de Corah.”

El objetivo de nuestro estudio fue conocer el grado de ansiedad de pacientes infantiles, así como los factores presentes en el tratamiento dental que pueden ocasionarla, planteándonos las siguientes hipótesis:

1. Existe relación significativa entre el sexo de los niños y la ansiedad.

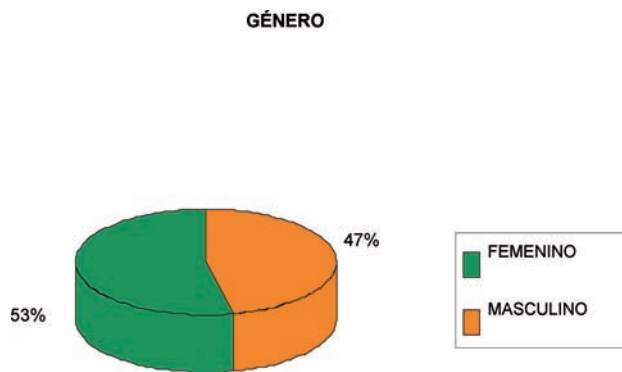


Figura 1

2. Qué estímulos o situaciones del gabinete dental producen más ansiedad en el niño.

3. Qué nivel de ansiedad presentaban los pacientes evaluados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han realizado 2 encuestas de auto-evaluación para valorar las variables de la ansiedad a los pacientes infantiles que han acudido a la Clínica de Odontología Integrada Infantil del Departamento de Estomatología IV de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Tales encuestas fueron:

— Encuesta de medida del miedo en niños. Subescala dental, del inventario de miedo para niños (CFSS) de Scherer y Nakamura. Consta de 14 ítems, y una escala de respuesta tipo “Likert”, que puntúa desde el valor “1” al “5”, en grado ascendente, siendo 1 “no preocupado” y 5 “muy preocupado”. Los 14 ítems son contestados por los niños.

— Encuesta del miedo dental de Kleinkecht: consta de una serie de ítems y una escala también tipo “Likert” valo-

rados de “1” a “5”, siendo 1 “nunca” y 5 “muchísimo o siempre”. El cuestionario está compuesto por dos ítems referentes a la evitación al dentista, seis sobre respuestas fisiológicas durante la consulta dental, catorce sobre el miedo causado por diversos estímulos y situaciones referentes al tratamiento dental, y cuatro solicitando información sobre el miedo al dentista referido a familiares y amigos. Los 26 ítems son contestados por los niños.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: pacientes de 7 a 18 años, que supieran leer y comprender las preguntas y que acudieran a la Clínica de Odontología Integrada Infantil del Departamento IV de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Los criterios de exclusión fueron: niños que no entendieran el idioma, niños de edades no comprendidas en el rango anteriormente marcado, y niños que no supieran leer.

En relación a la puntuación por cada ítem de la Encuesta de medida del miedo en niños, Subescala Dental, se considera:

- Menor de 2: miedo bajo.
- Entre 2-3: miedo medio.
- Mayor de 3: miedo alto.

Respecto a la puntuación total de la escala:

- Menor de 30: miedo bajo.
- Entre 30-45: miedo medio.
- Mayor de 45: miedo alto.

Se utilizó estadística descriptiva para la obtención de medidas de tendencia central y para realizar el análisis de cada uno de los ítems. La muestra total fue de 152 niños de ambos sexos, siendo 80 niños y 72 niñas.

RESULTADOS

Se evaluaron las escalas cumplimentadas por 152 niños que cumplieron los criterios de inclusión/exclusión. Del total de encuestados, el 53% son de género masculino y el 47% femenino (Figura 1), y respecto a la edad, la muestra no está constituida por un número homogéneo de pacientes en cada edad, aunque la más frecuente fue 13 años (Figura 2).

Realizamos una estadística descriptiva y tras analizar y estudiar ambas escalas, los resultados que hemos obtenidos son los siguientes:

1. “Encuesta de medida del miedo en niños, Subescala Dental (DS)” (Inventario de miedo para niños de Nakamura y Scherer (CFSS).

Los datos de la primera encuesta desprenden que los pacientes infantiles no están nada preocupados en su mayoría a los ítems “dentista”, “doctores”,

los pacientes infantiles no están nada preocupados en su mayoría a los ítems “dentista”, “doctores”,

EDADES

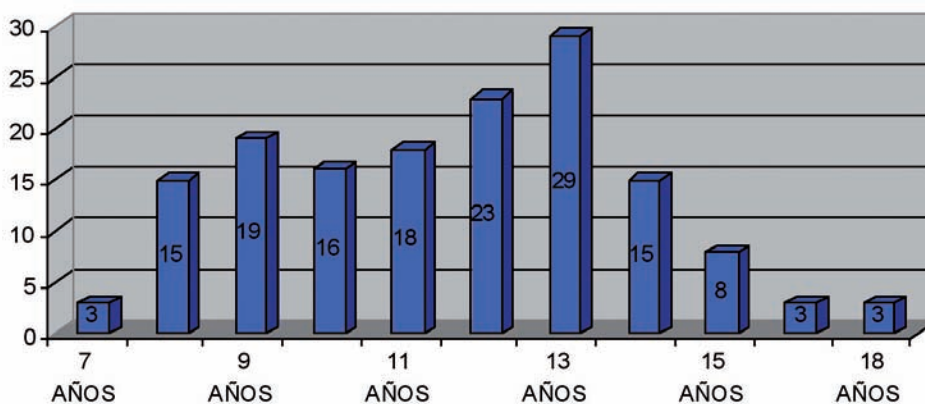


Figura 2

ASUNTOS	1	2	3	4	5	NS/NC
1. DENTISTAS	65,13%	23,02%	7,23%	1,31%	1,97%	1,31%
2. DOCTORES	70,39%	19,73%	4,6%	1,31%	1,31%	2,63%
3. INYECCIONES	33,55%	27,63%	16,44%	9,21%	11,84%	1,31%
4. TENER A ALGUIEN EXAMINANDO TU BOCA	76,31%	17,10%	1,97%	1,97%	1,97%	0%
5. TENER QUE ABRIR TU BOCA	85,52%	5,92%	3,94%	1,31%	0,65%	2,63%
6. TENER A ALGUIEN MIRÁNDOTE LA BOCA	74,60%	15,78%	1,31%	1,31%	1,31%	0,65%
7. LAS FRESAS DEL DENTISTA	38,15%	28,94%	16,44%	5,26%	9,21%	1,97%
8. LA VISIÓN DE LAS FRESAS DEL DENTISTA	48,68%	26,31%	13,15%	3,94%	5,26%	2,63%
9. EL RUIDO DE LAS TURBINAS	50%	26,97%	13,15%	3,28%	4,60%	1,97%
10. TENER A ALGUIEN METIENDO INSTRUMENTOS EN TU BOCA	42,76%	33,55%	11,84%	4,60%	5,26%	1,97%
11. RELLENANDO LA CAVIDAD DE UN EMPASTE	54,60%	25,65%	8,55%	3,94%	3,28%	3,94%
12. TENER QUE IR AL HOSPITAL	44,73%	28,94%	13,15%	3,94%	6,57%	2,63%
13. LA GENTE QUE VISTE UNIFORMES BLANCOS	83,55%	9,21%	3,94%	1,31%	0%	1,97%
14. TENER A LA ENFERMERA LIMPIANDO TUS DIENTES	76,97%	15,13%	4,60%	0,65%	0,65%	1,97%

Tabla 1

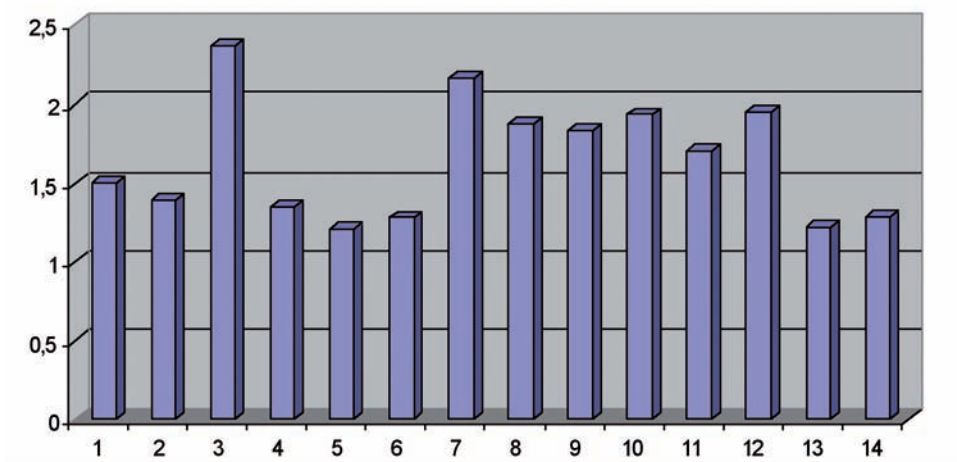


Figura 3.

3) Inyecciones. 5) Tener que abrir tu boca. 7) Fresas. 13) Gente que viste uniformes blancos

“tener a alguien examinando tu boca”, “tener que abrir tu boca”, “tener a alguien examinando tu boca”, “la gente que viste uniformes blancos”, y “tener a la enfermera limpiando tus dientes” (Tabla 1) (Figura 3). Sin embargo el ítem “inyecciones” gana puntuación, siendo un 12% aproximadamente, los que presentan una preocupación muy elevada. “Las fresas del dentista”, “la visión de las fresas” y “el ruido de las turbinas”, tienen unas puntuaciones muy heterogéneas, pero aproximadamente un 27% de los pacientes se muestran con

ASUNTOS	1	2	3	4	5	NS/NC
• ¿EVITA USTED LLAMAR PARA PEDIR CITA AL DENTISTA?	69,07%	17,76%	3,94%	4,60%	3,94%	0,65%
• ¿HA ANULADO LA CITA O NO HA ACUDIDO A ELLA?	79,60%	14,47%	1,97%	0,65%	2,63%	0,65%

Tabla 2

un poco de miedo frente a ellos, al igual que “tener a alguien metiendo instrumentos en tu boca”, “rellenando la cavidad de un empaste” y “tener que ir al hospital” (Tabla 1) (Figura 3).

De los 15 ítems que componen la encuesta, hemos decidido anular el ítem “tener a un extraño tocándote” puesto que no era contestado en la mayoría de los casos y los niños, sobre todo, de edades más tempranas se sentían extrañados ante tal afirmación.

Observamos que las principales causas de ansiedad infantil son las “inyecciones”, “las fresas” y “las turbinas”, mientras que el hecho de “abrir la boca” y “ver a la gente vestida de uniformes blancos” apenas provocan ansiedad.

2. Encuesta de miedo dental de Kleinkecht (DFS)

En los ítems de evitación al dentista, los resultados desprenden que la gran mayoría de los pacientes no evitan llamar al dentista y no anulan la cita, aunque estos resultados no son del todo fiables puesto que la encuesta ha sido rellena por los propios niños, y no son ellos los que llaman a consulta o anulan las citas, sino que son los padres, pero los niños rehusan a ser tratados una vez en el

consultorio dental (Tabla 2).

Por otro lado, la respuesta fisiológica que con mayor frecuencia aparece es la de “boca salivosa”, respecto a la cual casi un 10% de los encuestados declara que les sucede siempre. El 71 y 76% declara que nunca presenta “aumento de la transpiración” o “náuseas” respectivamente ante el tratamiento dental. El 10% sufre “aumento de la frecuencia cardiaca”, el 14% “aumento de la respiración” y al 12% se le ponen “tenso los músculos” de forma regular en la consulta dental (Tabla 3).

Respecto al miedo a los estímulos, “pedir cita” es el que menos miedo provoca (un 83.55% declara no presentar ningún miedo), seguido de “dirigirse a consulta”, “sentarse en la sala de espera”, “ver al dentista” y “hacerle una limpieza de dientes”. Los ítems relacionados con las “inyecciones” y las “fresas” son los más valorados. Cabe destacar, que cerca de un 9% declara sentir dolor siempre tras la anestesia, lo cual origina mayores niveles de ansiedad (Tabla 4).

En esta parte de la encuesta, también hemos decidido anular un ítem: “sentir como si le amordazaran”, puesto que los niños no sabían lo que significaba, y nos parecía

ASUNTOS	1	2	3	4	5	NS/NC
• LOS MÚSCULOS SE PONEN TENSO	53,28%	28,28%	12,50%	3,94%	1,31%	0,65%
• AUMENTO DE LA FRECUENCIA DE RESPIRACIÓN	51,97%	21,05%	14,47%	7,89%	4,60%	0%
• AUMENTO DE LA TRANSPIRACIÓN, SUDORACIÓN	71,05%	15,13%	8,55%	2,63%	2,63%	2,63%
• NÁUSEAS	76,31%	13,81%	5,26%	1,31%	3,28%	0%
• AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA, PULSO	58,55%	25,65%	9,86%	1,97%	3,94%	0%
• BOCA SALIVOSA	38,15%	26,31%	17,76%	7,89%	9,21%	0,65%

Tabla 3

ASUNTOS	1	2	3	4	5	NS/NC
• PEDIR CITA	83,55%	10,52%	2,63%	2,63%	0%	0,65%
• DIRIGIRSE A LA CONSULTA	69,73%	16,44%	9,21%	2,63%	1,97%	0%
• SENTARSE EN LA SALA DE ESPERA	64,47%	20,39%	7,89%	3,94%	2,63%	0,65%
• SENTARSE EN EL SILLÓN DENTAL	55,26%	22,36%	11,18%	5,26%	3,94%	1,97%
• EL OLOR DEL GABINETE DENTAL	55,92%	24,34%	6,57%	7,23%	5,26%	0,65%
• VER AL DENTISTA	69,73%	9,21%	7,89%	4,60%	6,57%	1,97%
• VER LA AGUJA DE LA ANESTESIA	28,28%	21,71%	17,76%	15,13%	15,78%	1,97%
• SENTIR LA AGUJA DE LA ANESTESIA	26,97%	29,60%	11,18%	11,18%	17,76%	3,28%
• VER LA FRESA	43,42%	23,02%	17,10%	5,92%	10,52%	0%
• OÍR LA FRESA	46,71%	19,73%	17,10%	5,92%	9,21%	1,31%
• SENTIR LA FRESA	35,52%	24,34%	15,13%	10,52%	11,18%	3,28%
• HACERLE UNA LIMPIEZA DE DIENTES	75%	8,55%	9,21%	3,28%	3,28%	0,65%
• SENTIR DOLOR INCLUSO DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DE LA ANESTESIA	42,76%	26,97%	11,18%	7,23%	8,55%	3,28%
• EN GENERAL, CUANTO MIEDO TIENE AL DENTISTA	55,92%	24,34%	9,86%	5,26%	4,60%	0%

Tabla 4

una afirmación muy extrema que podía aumentar la ansiedad tan sólo con verla plasmada en el papel.

En la última parte de la encuesta, los pacientes declaran que las madres suelen presentar mayor nivel de miedo ante el tratamiento que los padres, pero ambos presentan menor nivel de miedo que hermanos y amigos. Sin embargo, hemos obtenido un porcentaje alto en el cual los niños no contestan a las cuatro preguntas, lo que hace pensar

que realmente no conocen el miedo de sus familiares y allegados (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La supresión de la ansiedad ocupa, por tanto, un lugar primordial en nuestra actividad odontológica y se refleja tanto en el equipamiento de nuestra consulta como en la comunicación con nuestros pacientes (12).

ASUNTOS	1	2	3	4	5	NS/NC
• SU MADRE	54,60%	19,07%	11,18%	5,26%	7,89%	1,97%
• SU PADRE	66,44%	9,21%	10,52%	5,26%	5,92%	2,63%
• SUS HERMANOS Y HERMANAS	40,78%	22,36%	14,15%	6,57%	5,92%	11,18%
• SUS AMIGOS DE LA INFANCIA	34,21%	28,28%	15,78%	4,60%	9,21%	7,89%

Tabla 5

En un estudio realizado por Malamed (13), las situaciones que provocan ansiedad más frecuentemente son: miedo a hablar en público: 27%; miedo a ir al dentista: 21%; miedo a las alturas: 20%; miedo a los animales: 12%, y miedo a volar en avión: 9%.

Este elevado porcentaje que podemos observar, va a producir un primer efecto que va a consistir en la evitación del tratamiento por parte del paciente, que interfiere en nuestro quehacer y va a ser, a veces, una barrera infranqueable en la salud oral de algunos individuos (14).

La mayoría de las evaluaciones de la ansiedad frente al tratamiento dental son realizadas en pacientes adultos, aunque hay autores que señalan que los niños y jóvenes son más ansiosos y miedosos que los adultos (15, 16).

Diversos estudios realizados para medir el miedo dental en niños utilizando las dos escalas empleadas por nosotros, aportan datos y resultados diferentes, puesto que la muestra y metodología es distinta en cada estudio (17-24). La mayor muestra que hemos encontrado ha sido la estudiada por Klingberg y cols. (20), formada por 3.204 niños, y la menor la de Carson y Freeman (22) con 100 niños. Nuestro trabajo (125 de muestra) guarda mayor similitud con el estudio de Carson y Freeman y también con el de Ten Berge y cols. (23), siendo el de ellos de 150 niños.

La edad límite de los estudios realizados es de 4 a 14 años, aunque el límite superior se establece en 11 años para la mayoría de los autores (19, 20, 23). Nosotros lo hemos fijado en 7 y 18 años para así poder tener una muestra más amplia aunque sea un poco más heterogénea, además los niños de 4 a 6 años nos parecen de muy corta edad para poder responder a las preguntas que formulan los cuestionarios, entre otras cosas porque no las comprenderían y no saben leer bien, sobre todo los más pequeños, por lo que quedan excluidos según nuestros criterios.

En lo que respecta a la media de la puntuación total de la Subescala Dental, la mayor parte de los autores coinciden con nosotros en valores menores de 30 (17, 18, 20, 21), que indican miedo bajo ante el tratamiento dental, sin embargo Raadal y cols. (19) encuentra un valor de 32, 7, que aunque es superior a 30 no difiere en exceso.

Coincidimos con varios autores (18, 21, 22) en que el ítem inyecciones es el que mayor puntuación obtiene, mientras que Alesalo y cols. (17) encuentran el ítem rellenando la cavidad de un empaste como el más puntuado, siendo en nuestro estudio uno de los menos valorados.

En nuestro estudio, tanto los niños como las niñas presentan ansiedad frente al tratamiento, sin existir diferencias destacables entre ellos. Con esta afirmación, coincidimos con los resultados obtenidos por Ten Berge y cols (23) y Yamada y cols. (24). Sin embargo, otros autores encuentran una mayor ansiedad en mujeres (17, 18, 19, 20, 21). La diferencia puede radicar en el volumen muestral y rango de edad seleccionado, porcentaje de mujeres frente al de hombres evaluados en el estudio en cuestión.

Respecto a la asociación entre el miedo de los progenitores y el de los niños, hay autores como Alonso Casado (18) y Raadal y cols (19), que no encuentran asociación entre ambos, sin embargo, otros autores, tales como Klingberg y cols (20), sí la encuentran. En nuestro criterio, ya que la encuesta la han rea-

lizado los propios niños, consideramos no fiables los resultados obtenidos en estos cuatro ítems.

CONCLUSIONES

1. Los ítems que han presentado una mayor puntuación en la Subescala Dental han sido en primer lugar inyecciones y en segundo lugar las fresas del dentista.
2. El que menos puntuación ha obtenido es el ítem de la gente que viste uniformes blancos.
3. La puntuación promedio total obtenida en la Subescala Dental es menor a 30, lo que nos indica nivel de miedo bajo ante el tratamiento odontológico.
4. La gran mayoría de los encuestados no evita llamar al dentista y nunca anula la cita.
5. La respuesta fisiológica más manifiesta en el gabinete dental es la de "boca salivosa, saliva en la boca".
6. Las respuestas fisiológicas menos frecuentes son el aumento de la sudoración y la aparición de náuseas.
7. El estímulo que menos ansiedad ocasiona es pedir cita.
8. Los estímulos que más fácilmente desencadenan ansiedad son ver la aguja de la anestesia y sentir la aguja de la anestesia, seguidos de ver la fresa, el taladro y sentir la fresa, el taladro.
9. Cerca del 9% siente dolor incluso después de anestesiar.
10. Hermanos y amigos presentan una ansiedad mayor, según los encuestados, que padres y madres.
11. No hemos encontrado diferencias significativas entre sexos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Sánchez Aguilera F, Toledano M, Osorio R.** Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. *Avances en Odontoestomatología* 2004; 20-4: 199-206.
2. **Soler Ruiz JI, Coscolín Gonzalvo E, Ellacuría Echevarría J, Roig García JM, Rodríguez Baciero G.** Reacciones psicológicas al tratamiento dental (I). *Revista Europea de Odonto-Estomatología*. 2003; 15-1: 33-8.
3. **Cabrera Forneiro J, Cardona Labarga C.** Ansiedad dental. *Revista Europea de Odonto-Estomatología*. 1990; 2-2: 49-52.
4. **Manso Platero FJ, Guisado Moya B, Calatayud Sierra J, Barbería Leache E, Carrillo Baracaldo JS, Zaragoza Rubira JR.** Ansiedad ante el tratamiento dental. Su cuantificación. *Revista Europea de Odonto-Estomatología*. 1990; 2-4: 277-80.
5. **Freundofor A.** Tratamiento del niño no colaborador. *Labor Dental*. 1999; 4-4: 313-16.
6. **Sánchez Aguilera F, Osorio R, Toledano M.** Escalas para evaluar la ansiedad infantil en el gabinete odontológico. *Avances en Odontoestomatología*. 2002; 18-1: 11-21.
7. **Blanco Gómez de Segura A, Cearra González P.** La ansiedad y el estrés en la consulta odontológica. *Avances en Odontoestomatología*, 1998; 14-3: 213-17.
8. **Peses Wassermann S.** La odontología, la psicología y el

- paciente infantil. 1996;2-3: 116-7.
9. **Schneller T, Wolff G.** Psicología en Odontopediatría. Labor Dental. 1999;4-4: 308-12.
 10. **González Ceinos M, Ezpeleta Sáez I, Heredia Zorrilla M, Malpartida Larrinaga Z, Núñez Moreno L, Tejada Arranz A, Trepiana Gordejuela R.** La ansiedad dental según el sexo, edad y profesión. Archivos de Odonto-estomatología. 1999; 15-2: 91-4.
 11. **Domínguez Reyes A, Aznar Martín T, Sierra Delgado M.** Expresión por el dibujo de la ansiedad dental en el niño antes y después del tratamiento. Avances en Odontoestomatología, 1999; 15-10: 605-12.
 12. **Marwinski G.** ¿Cómo afrontar el miedo en la consulta? Quintessence, 2005; 18-9: 525-33.
 13. **Malamed SF.** Pain and anxiety control in dentistry. J Calif Dent Assoc. 1993; 21: 35-9.
 14. **Márquez Rodríguez JA, Navarro Lizaranzu MC, Cruz Rodríguez D, Gil Flórez J.** ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? R.C.O.E. 2004; 9-2: 165-174.
 15. **Aguilera F, Osorio R, Toledano M.** Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. Rev Andal Odonto Estomatol 2002; 12:21-4.
 16. **Locker D, Liddel A, Shapiro D.** Diagnostic categories of dental anxiety; a population-based study. Behav Res Ther 1999;37:25-37.
 17. **Alesalo I, Murtomaa H, Milgrom P, Honkanen M, Karjalainen M.** The dental fear survey schedule: a study with Finnish children. Int J Paediatric Dentistry. 1993; 3: 193-8.
 18. **Alonso Casado E.** Análisis de los factores involucrados en el miedo dental en escolares de 6-7 años. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 2004.
 19. **Raadal M, Milgrom P, Weinstein P, Mancl L, Cauce AM.** The prevalence of dental anxiety in children from low-income families and its relationship to personality traits. J Dent Res 1995; 74:1439-43.
 20. **Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG.** Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. Eur J Oral Sci 1995; 103: 405-12.
 21. **Ten Berge M, Veerkamps JSJ, Hoogstraten J, Prins, PJM.** Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 101-7.
 22. **Carson P, Freeman, R.** Assessing child dental anxiety: the validity of clinical observations. Intl J Paediatric Dentistry 1997; 7: 171-6.
 23. **Ten Berge M, Hoogstraten J, Veerkamp JSJ, Prins PJM.** The Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: a factor analytic study in Netherlands. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26:340-43.
 24. **Yamada MKM, Tanabe Y, Sano T, Noda T.** Cooperation during dental treatment: the Children's fear survey schedule in Japanese children. Int J Paediatric Dentistry. 2002; 12: 404-9.