



Suma Psicológica

ISSN: 0121-4381

sumapsi@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Colombia

Caycedo, Claudia; Cortés, Omar Fernando; Gama, Rocío; Rodríguez, Helena; Colorado, Patricia;
Caycedo, Martha; Barahona, Germán; Palencia, Rafael

ANSIEDAD AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO: CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS DE
GÉNERO

Suma Psicológica, vol. 15, núm. 1, marzo, 2008, pp. 259-278

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ANSIEDAD AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO: CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS DE GÉNERO

Claudia Caycedo*
Omar Fernando Cortés
Rocío Gama
Helena Rodríguez
Patricia Colorado

Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia

Martha Caycedo
Germán Barahona
Rafael Palencia

Colegio Odontológico Colombiano, Colombia

ABSTRACT

This work is part of a bigger study on the convergence between the report of the dentist about anxiety of their patients and patients' responses to two scales of anxiety referent to dental treatment, conducted with a sample of 132 dentists and their 913 patients in Bogotá, Colombia. We present the data from the responses of the patients to two self report measures about anxiety before dental treatment. Both the scale MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) and the SDAI (Dental Anxiety Inventory's shortened version), helped identify a similar distribution at different levels of severity in the sample of this study. Additionally, it was noted that the contexts that generate more anxiety which include syringes and needles (47,2%), the anticipation of a tooth extraction (34,7%) and the anticipation of the use of dental drill (25, 4%). Moreover, there were anxiety levels slightly higher in females than in males, this aspect is evident both in the outcome of the

Correspondencia: ccaycedo@yahoo.com; omcortes@fukl.edu

scales SDAI and MDAS as the classification reported by dentists. The results are discussed with emphasis on the importance of early identification of this disorder, training to dentists for its management, as well as, interdisciplinary work to offer the patient an alternative to promote the use of self-regulation emotional skills.

Key words: dental anxiety, gender differences, emotional self-regulation, interdisciplinary work.

RESUMEN

Este trabajo hace parte de un estudio mayor sobre la convergencia entre el reporte del odontólogo acerca de la ansiedad de sus pacientes y las respuestas de los pacientes a dos escalas de ansiedad ante el tratamiento odontológico, llevado a cabo con una muestra de 132 odontólogos y sus correspondientes 913 pacientes en Bogotá, Colombia. Se presentan los datos correspondientes a las respuestas de los pacientes a dos instrumentos de autorreporte acerca de la ansiedad ante los tratamientos odontológicos. Tanto la escala MDAS (Escala de Ansiedad Dental Modificada) como la SDAI (Inventario de Ansiedad Dental-versión corta), permitieron identificar una distribución similar en los diferentes niveles de severidad en la muestra de este estudio. Adicionalmente, se pudo observar que los contextos más ansiógenos son los que incluyen jeringas y agujas (47,2%), la anticipación de la extracción de una pieza dental (34,7%) y la anticipación del uso de la fresa dental (25,4%). Por otra parte, se observó niveles de ansiedad levemente mayores en mujeres que en hombres, este aspecto se evidencia tanto en los resultados de las escalas SDAI y MDAS como en la clasificación reportada por los odontólogos. Los resultados se discuten haciendo énfasis en la importancia de la identificación temprana de este desorden, del entrenamiento a odontólogos para su manejo; así como, del trabajo interdisciplinario para brindar al paciente una alternativa que promueva el uso de habilidades de autorregulación emocional.

Palabras clave: ansiedad odontológica, diferencias de género, autorregulación emocional, trabajo interdisciplinario.

INTRODUCCIÓN

Una de las dificultades frecuentemente reportadas por los odontólogos durante los tratamientos odontológicos y con gran impacto en la salud oral, es el incumplimiento a citas y la evitación a la

intervención del odontólogo, como resultado de la ansiedad ante los tratamientos odontológicos (Tobal, Díaz y Frías, 1998). La alta incidencia reportada por diferentes estudios ha llamado la atención de psicólogos y odontólogos por las consecuencias direc-

tas en la salud oral y en el bienestar de los pacientes (Márquez-Rodríguez, Navarro-Lizaranzu, Cruz-Rodríguez y Gil-Flores, 1998).

A pesar del interés en esta problemática evidenciado en otros países, en Colombia no existen estudios acerca de la ansiedad al tratamiento odontológico, lo que ha resultado en un desconocimiento acerca de la incidencia de esta problemática en la población y de sus características. La falta de estudios de este tipo en Colombia presenta como consecuencia adicional una carencia en la utilización de estrategias de intervención distintas a las derivadas de la experiencia particular de cada odontólogo, las cuales en su mayoría no se encuentran validadas empíricamente, o están centradas en el manejo farmacológico.

La ansiedad ante el tratamiento odontológico, llamada también fobia dental, ansiedad dental u odontofobia (Rowe, 2005), está considerada en la categoría de fobias específicas y por extensión, se consideran los mismos criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para esta categoría. La fobia ante el tratamiento odontológico es definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental, o ante el propio tratamiento dental. Pueden presentarse síntomas evidentes de ansiedad que podrían ocasionar un ataque de pánico cuando el individuo se expone a los estímulos fóbicos (equipo dental, odontólogo o tratamiento) y finalmente, el paciente puede exhibir

conducta de evitación ante todos los estímulos relacionados con tratamientos dentales, o, en caso de que enfrente las situaciones en que los estímulos relacionados con intervenciones dentales estén presentes, es posible que lo haga experimentando estados elevados de ansiedad e incomodidad, lo que genera serias interferencias con la vida del individuo, afectando la mayoría de sus áreas de ajuste (Canto, 2007).

Entre las consecuencias identificadas de la ansiedad ante el tratamiento odontológico está la interferencia con el tratamiento, que habitualmente genera la interrupción de éste y la evitación de posteriores contactos con odontólogos e higienistas dentales (Doerr, Lang, Nyquist, y Ronis, 1998) lo que en ocasiones determina la inasistencia o evitación a este tipo de intervenciones. Por otra parte, las reacciones del paciente y los intentos de manejo de estas reacciones por parte del personal de salud oral, afectan negativamente la relación odontólogo-paciente y son fuente generadora de estrés para el profesional (Cohen, 2000; Márquez, Navarro, Cruz y Gil, 2004; Woodmansey, 2005; Firat, Tunc y San, 2006; Carrillo, Álvarez, García y Pernia, 2005). Por último, la ansiedad ante el tratamiento odontológico genera un incremento de los costos restaurativos, derivados de la evitación prolongada a las consultas normales, que en muchos casos excede los recursos disponibles para el cuidado de la salud oral (Samorodnitzky y Levin, 2005).

La ansiedad ante el tratamiento odontológico no sólo tiene impacto en la salud oral como se nombró anteriormente, además genera desajustes en otras áreas de la vida, tal como reportan Cohen Fiske, y Newton (2000) en un estudio dirigido a identificar las consecuencias en la vida diaria de la ansiedad dental en un grupo de pacientes. Los resultados de este estudio permitieron concluir que la presentación de ansiedad al tratamiento odontológico afecta las actividades sociales, relaciones familiares y el trabajo. A su vez, la investigación reportó que las áreas menos afectadas eran las relacionadas con los pasatiempos y los deberes domésticos.

La adquisición de la ansiedad ante el tratamiento odontológico ha sido tradicionalmente explicada por la presentación de experiencias de significación traumática para el paciente (Locker, Lidell, Dempster y Shapiro, 1999), que permitirían acudir a explicaciones centradas en el condicionamiento clásico. Se consideran, adicionalmente, como predisponentes para la presentación de este tipo de desórdenes, los umbrales de dolor bajos que incrementan la sensibilidad a los procedimientos dolorosos, o la presentación de ansiedad rasgo o de un desorden de ansiedad generalizada. Por otra parte, desde modelos cognitivo-sociales, se reconoce como el factor principal de adquisición de esta fobia la transmisión de actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico por parte de los padres u otros significativos (Alcayaga y Launert, 2004; Márquez y cols., 2004;

Firat *et al.*, 2006; Álvarez y Casanova, 2006).

En referencia a los desencadenantes de la ansiedad ante el tratamiento odontológico, Gale (1972), reportó que las situaciones que originan niveles de ansiedad más altos son, en su orden: la extracción de una pieza dental, la perforación o fresado de un diente y la mala opinión del odontólogo acerca de la salud o cuidado oral del paciente; el cuarto lugar lo obtuvo la acción de sostener una aguja frente al paciente. Por su parte, la limpieza de los dientes y el escupir los residuos del tratamiento, son las situaciones que menos ansiedad producen. En otro estudio, realizado por Doerr y cols. (1998) se reporta que uno de los elementos más recurrentemente informados como desencadenantes de ansiedad es la percepción de enojo del odontólogo o escuchar comentarios desagradables por parte de éste, respecto del estado dental del paciente.

Estudios más recientes (Márquez y cols., 2004) permiten concluir que aunque situaciones como inyecciones en las encías, o sangrado de la boca generan ansiedad, los niveles más altos están relacionados con eventos como la posibilidad de contagiarse de una infección por medio del instrumental odontológico, así como el riesgo de ser herido en alguna parte de la boca durante el procedimiento.

Por otra parte, Pérez y cols. (2002) y Trina (2005) reportan que la presentación de ansiedad al tratamiento odontológico está relacionada con experiencias previas en servicios de sa-

lud y otras situaciones experimentadas tales como problemas familiares, claustrofobia, abuso sexual, físico o psicológico, ataques de pánico y agorafobia, entre otros. La reacción ante el tratamiento odontológico en estos casos se presenta gracias al incremento en la reactividad emocional resultado de las otras situaciones estresantes que vive el paciente, esto es, se puede afirmar que tener problemas familiares se convierte en un factor disposicional para la presentación de ansiedad al tratamiento odontológico.

En relación con la epidemiología del desorden, Rowe (2005), reporta que el miedo dental afecta a casi 50 millones de personas en los Estados Unidos, afirmando que de este número, veinticinco millones deben su ansiedad a experiencias traumáticas en la niñez. De igual forma un estudio epidemiológico efectuado en Brasil, cuyos objetivos fueron verificar la prevalencia a lo largo de la vida y develar las características sociodemográficas de las personas con esta fobia específica, utilizando una muestra de 756 habitantes (hombres y mujeres), concluyó que existe una prevalencia del 1,8% para este tipo de ansiedad a lo largo de la vida. Igualmente, se encontró que la edad de inicio reportada para la aparición de la fobia, se encuentra alrededor de los doce (12) años y que existe una prevalencia mayor en las mujeres (Fonseca y Pacini, 2005). Otro estudio realizado en Turquía, encuentra una prevalencia del 21,3% en una población general, que incluye hombres y mujeres (Firat y cols., 2006).

A nivel de Latinoamérica, Livia y Manrique (2001) mencionan una prevalencia de ansiedad dental del 9 al 15% para la población del Perú. De igual forma, Álvarez y Casanova (2006) reportan que en Cuba aproximadamente un 10,5% de la población, padece este tipo de fobia.

En relación a las diferencias por género algunos estudios reportan que no existen diferencias significativas, no obstante otros aseguran que existe una mayor incidencia de la ansiedad dental en mujeres. Álvarez y Casanova (2006), plantean que estas diferencias pueden estar dadas por el alto porcentaje de mujeres que responde a las encuestas, así como por la aceptación social de normas que le permiten a las mujeres expresar sus sentimientos de dolor y miedo de forma más abierta y espontánea, que los hombres. Aartamn (1998) reporta mayor incidencia de ansiedad en mujeres que en hombres, así como puntajes mayores (esto es mayor severidad) en mujeres.

Otra variable que ha sido analizada en la literatura, relaciona el grado de escolaridad de los pacientes con sus manifestaciones de miedo dental. Al establecer esta relación, se encuentra que las personas con más educación evidencian menos respuestas de ansiedad (Rowe, 2005). No se han encontrado correlaciones entre la raza de los sujetos, con la presencia de ansiedad frente al tratamiento odontológico. Sin embargo, el nivel socioeconómico sí podría relacionarse de forma positiva, debido a que podría constituirse como una potencial

barrera al adecuado acceso a los servicios odontológicos, que contribuiría al incremento del nivel de ansiedad (Doerr y cols., 1998).

En relación con la edad, investigaciones realizadas con población infantil, reportan una prevalencia del 10% para la ocurrencia de este fenómeno. Igualmente, relacionan elementos causales similares a los mencionados para los adultos, entre los que se cuentan las atenciones irregulares, los procedimientos traumáticos de tratamiento y la ansiedad de los padres del niño. De forma adicional, se menciona un incremento en la ansiedad infantil, cuando los pacientes consultan esporádicamente debido a la presencia de dolor y en consecuencia, el tratamiento involucra la extracción de una pieza dental (Milsom y cols., 2003). Por último, se reporta que el miedo que fue adquirido en la etapa infantil incrementa su severidad en la etapa de la adolescencia y juventud temprana (Rowe, 2005).

En referencia a las intervenciones para disminuir la ansiedad al tratamiento odontológico, se encuentran reportados en la literatura tratamientos de tipo farmacológico (la sedación intravenosa, sedación oral, sedación por inhalantes, anestesia general), psicoterapia, hipnosis, diseño ambiental e información por parte del odontólogo (Grace y cols., 2003; Álvarez y Casanova, 2006; Pizano y Bermúdez, 2004; Woodmansey, 2005).

Respecto de los tratamientos farmacológicos, no existen comprobaciones de medicamentos con completa efectividad para el tratamiento de la

ansiedad al tratamiento odontológico; sin embargo, algunos medicamentos han sido utilizados con el fin de disminuir las reacciones ansiógenas en el paciente, antes de la intervención. Entre los más frecuentemente reportados están los ansiolíticos derivados de las benzodiacepinas (diazepán) administrados entre 45 minutos y una hora antes del contacto con el odontólogo (Álvarez y Casanova, 2006).

Según el tipo, la duración y la ubicación del procedimiento, también se recomiendan procedimientos de sedación y anestesia, los cuales han demostrado una elevada efectividad, con bajos riesgos a la salud o vida del paciente (Pizano y Bermúdez, 2004). De igual forma, algunos estudios han demostrado una reducción significativa en la tasa de respuesta fisiológica de ansiedad, en pacientes que han recibido durante el tratamiento dental benzodiacepinas o sedación por inhalación con óxido nitroso. Sin embargo, aunque se demuestre la reducción de las respuestas fisiológicas de ansiedad, la fobia dental se mantiene constante (Goodall y cols., 1994).

Dos investigaciones realizadas por Gow (2006a y b), reportan la efectividad del uso de la hipnosis, para disminuir la tasa de respuestas de ansiedad en pacientes con fobia dental. En sus estudios Gow reporta cambios en los puntajes en la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS) como resultado de la intervención con técnicas específicas de hipnosis que lograron reducir las respuestas cognitivas, biológicas y conductuales de ansiedad, permitien-

do que los sujetos se relajaran antes, durante y después de la intervención dental. En las investigaciones citadas, se menciona también la factibilidad del uso de técnicas de autohipnosis como remplazo de la intervención farmacológica.

En relación con la intervención psicológica, la ansiedad ante el tratamiento odontológico ha sido intervenida con las mismas técnicas que cualquier otra fobia específica, esto es, exposición (en imaginación y en vivo) (De Tommaso, 2003), entrenamiento en relajación y reestructuración cognoscitiva (Álvarez y Casanova, 2006). Berggren y cols. (2000), llevaron a cabo un estudio dirigido a comparar el efecto de la relajación y la reestructuración cognitiva en una muestra de 122 adultos con ansiedad dental. Los resultados muestran niveles de efectividad comparables en la reducción de la ansiedad al tratamiento odontológico y reafirma la importancia del cumplimiento y adhesión del consultante al tratamiento.

Por último, se reporta como variable importante la información provista por el odontólogo y la relación entre el profesional y el paciente. Brindar información en un lenguaje claro y accesible sobre el procedimiento al que será sometido, el empleo de tiempo para explicar los diagnósticos y tratamientos, mediante el procedimiento decir-mostrar-hacer, es una de las mejores estrategias para prevenir los estímulos desencadenantes de estrés y ansiedad en la consulta dental (Carrillo y cols., 2005; Pizano y Bermúdez, 2004; Berggren y cols., 2000). De igual

manera, se plantea que el establecimiento de la empatía y la confianza en la primera consulta así como el apoyo y acompañamiento de familiares o amigos durante la consulta favorece la regulación de la ansiedad (De Tommaso, 2003).

Entre las aproximaciones que se dirigen a la disminución del malestar el paciente en consulta se encuentra la consulta odontológica de baja agresividad (OBA), que toma en cuenta diferentes factores que pueden influir en el trabajo del odontólogo como: el medio ambiente clínico, que incluye el equipamiento, materiales, instrumentos y técnicas, y la preparación profesional y humana del odontólogo y sus auxiliares (Carrillo y cols., 2005). La OBA se ha encontrado asociada a un mejoramiento del bienestar del profesional y de su paciente y a la disminución del ausentismo a los tratamientos derivado de la ansiedad.

El desarrollo de técnicas de intervención y el estudio sobre su efectividad no permite llegar a conclusiones claras en relación al tipo de técnica o la combinación de estrategias que resulta más efectiva para el tratamiento de la ansiedad al tratamiento odontológico (Kvale y cols., 2004). Uno de los problemas encontrados en los estudios es la carencia de instrumentos que permitan medir de manera válida y confiable la ansiedad al tratamiento odontológico y sus variaciones como resultado de la intervención realizada.

Los instrumentos de mayor uso para la evaluación de la ansiedad al tratamiento odontológico han sido los

inventarios y cuestionarios dirigidos a evaluar tanto los desencadenantes de la ansiedad como los niveles de severidad de ésta (Firat y cols., 2006). Una de las mayores ventajas del uso de instrumentos de medición, radica en la posibilidad de establecer una relación confiable de los niveles de ansiedad de los pacientes, durante el transcurso de un procedimiento dental (Woodmansey, 2005). De igual forma, en la actualidad se consideran un método de uso común para recoger datos de diagnóstico y realizar la evaluación provisional de la salud oral de los pacientes (Samorodnitzky y Levin, 2005).

La literatura especializada relaciona por lo menos siete (7) instrumentos diversos para determinar el grado de miedo dental en adultos (Woodmansey, 2005), entre los que se cuentan: la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS), la Escala de Ansiedad Dental Modificada de Humphries (MDAS) la Kleinknecht's Dental Fear Survey, Dental Anxiety Question, Gatchel's 10-Point Fear Scale, Photo Anxiety Questionnaire y el Dental Anxiety Inventory (SDAI) (para una revisión de los instrumentos y calidad psicometrica ver Newton y Buck, 2000)

Los cuestionarios utilizados con mayor frecuencia son la Escala de Ansiedad Dental (en su versión original —Corah's Dental Anxiety Scale DAS— y modificada —MDAS—) y la Escala de Miedo Dental (DFS). El DFS es una escala establecida para identificar estímulos y reacciones específicas del miedo dental, útil para aplicarla en adultos. Ésta consiste en veinte (20)

preguntas con cinco opciones de respuesta, en una escala tipo likert, que puede ser calificada desde cinco (5) para el máximo nivel y uno (1) para el mínimo nivel, variando del 20 al 100. Los análisis factoriales del DFS han revelado que éste mide tres dimensiones distintas a la ansiedad, que son: la anticipación del miedo, la reacción autonómica y el miedo a estímulos (objetos o situaciones) específicos (Berggren y cols., 2000).

El DAS se elaboró como resultado de una investigación donde se presentó un video de un procedimiento dental, a un grupo de personas con diversos grados de ansiedad dental. Consiste en cuatro ítems relacionados con la historia dental de los sujetos a quienes se les administra. Cada ítem puede ser respondido en puntajes entre uno (1) —ninguna ansiedad—, a cinco (5) —máxima ansiedad—. La escala cuenta con puntajes de cuatro a veinte, siendo los mayores a 15, indicadores de fobia dental. La confiabilidad de la prueba fue estimada por consistencia interna usando el procedimiento de Kuder-Richardson, por medio del cual se obtuvo un coeficiente de 0.86 en la prueba piloto y de 0.82 en las tres posteriores aplicaciones, siendo éste extremadamente alto (Corah, 1969).

La investigación comparativa realizada entre quince pruebas diferentes que miden la ansiedad ante el tratamiento odontológico, llevada a cabo por Newton y Buck (2000), arrojó como resultado que el DAS de Corah proporciona una medida, con varias ventajas en la aplicación, den-

tro de las cuales se encuentra su facilidad de respuesta, un formato corto y la utilidad de los datos que arroja con respecto a la ansiedad dental, recomendable para efectuar mediciones precisas del miedo en adultos. Igualmente, Doerr y cols. (1998) afirma que esta escala es uno de los instrumentos más extensamente usados en la actualidad, para medir la ansiedad dental.

El MDAS, adaptado por Humpiris (1995, citado por Firat y cols., 2006) difiere de la versión original del DAS por la inclusión de una pregunta sobre las inyecciones anestésicas locales. Los cinco ítems son calificados en una escala que va de cinco (5), extremadamente ansioso, hasta (1), no ansioso, para un total de veinticinco (25) puntos. Los niveles clínicamente significativos de ansiedad se consideran para puntajes mayores de 13. Esta versión modificada es aplicada en niños y adultos (Pizano y Bermúdez, 2004; Samorodnitzky y Levin, 2005) y ha sido validada en China, Turquía, Inglaterra, y otros países, con resultados promisorios. Aunque el MDAS consiste solamente en cinco preguntas, se considera un instrumento de formato corto y fácil aplicación con niveles altos de confiabilidad y validez (Firat y cols., 2006).

Otro instrumento comúnmente utilizado en las investigaciones sobre ansiedad odontológica es el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberger (Spielberger Trait Anxiety Scale - STAI), la cual aunque es una medida general de ansiedad —estado

y rasgo— y ha resultado buen predictor de la ansiedad dental. (Livia y Manrique, 2001; Goodall y cols., 1994; Newton y Buck, 2000). La investigación realizada por Livia y Manrique (2001), utilizando el STAI encontró que las personas con altos niveles de ansiedad, manifiestan múltiples cogniciones relacionadas con el miedo, al ser comparados con las personas que puntúan niveles bajos de ansiedad. De igual forma, se halló que existe una relación directamente proporcional entre el nivel de ansiedad-estado y la frecuencia de cogniciones disfuncionales acerca del tratamiento odontológico, al contrario de la relación inversamente proporcional existente entre el nivel de ansiedad-estado y la capacidad de control sobre las cogniciones negativas.

Por último el SDAI, construido por Stouthard, Groen y Mellenbergh en 1995, contiene nueve ítems y fue desarrollado con base en el análisis del Inventario de Ansiedad Dental, este inventario ha mostrado buenos niveles de confiabilidad y validez y altas correlaciones con inventarios de ansiedad dental como el DAS (Aartman, 1998).

Dada la carencia de instrumentos validados para la población colombiana, en la primera parte de este estudio se validaron la escala MDAS y SDAI. Ambas escalas arrojaron puntajes altos de confiabilidad (alfa de Cronbach de 0,906 y 0,957 respectivamente).

Este estudio pretende aportar conocimiento sobre las características de la ansiedad al tratamiento odontológico en población bogotana, brinda información acerca de la inci-

dencia y rede esta y su relación con el género mediante la aplicación de MDAS y el SDAI en una muestra de 913 pacientes bogotanos.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

DISEÑO

El presente estudio es de corte transeccional con niveles de análisis descriptivo, comparativo y correlacional. En tal sentido se integra el análisis derivado de la entrevista aplicada a una muestra de 132 odontólogos y las escalas de ansiedad aplicadas a sus 913 pacientes.

PARTICIPANTES

La muestra estuvo conformada por 132 odontólogos con sus 913 pacientes mayores de 15 años, que asisten regularmente a consulta odontológica y que no se encuentran bajo tratamiento farmacológico (ansiolíticos/antidepresivos/sedantes) en Bogotá Colombia. La muestra es de corte no probabilística por cuotas, se seleccionó a los sujetos de forma intencional.

INSTRUMENTOS

Escala Modificada de Ansiedad (MDAS): Es un instrumento de autorreporte desarrollado por Humphries (1995) con base en la Escala de Ansiedad Dental de Corah. Consta de 5 ítems referentes a las situaciones en que los pacientes reportan mayores niveles de ansiedad. Cada ítem es calificado por el paciente en una escala de severi-

dad, de 1 a 5, de acuerdo a los niveles de ansiedad experimentados en cada una de las situaciones presentadas. El análisis psicométrico en muestras de adultos han mostrado altos niveles de confiabilidad y validez (Newton y Beck, 2000) en población bogotana el alfa de Cronbach es de 0,906.

Escala de Ansiedad Dental versión corta (SDAI): Instrumento de autorreporte desarrollado por Stouthard, Groen y Mellenbergh en 1995. Consta de 9 ítems que evalúan las situaciones relativas al tratamiento odontológico en que el paciente presenta ansiedad. Cada ítem es calificado en una escala likert de 5 puntos que evalúa frecuencia de presentación de cada situación. En población bogotana el alfa de Cronbach es de 0,957.

Consentimiento informado: Cada paciente diligencia un documento mediante el cual se le informaba los objetivos del estudio, el procedimiento general, y los derechos relativos a su participación voluntaria.

RESULTADOS

Los resultados serán presentados describiendo inicialmente los puntajes obtenidos en cada una de las escalas y la distribución de los pacientes en los diferentes niveles de ansiedad, posteriormente se caracterizará la ansiedad al tratamiento odontológico en la muestra evaluada y por último se presentarán los análisis referidos a las diferencias de género.

La muestra estuvo conformada por 913 pacientes de los cuales un (64,2%)

son mujeres y el (35,8%) restante correspondiente a los hombres. La edad promedio de los participantes es de 38 años oscilando principalmente entre los 26 y 48 años. La frecuencia de visita al odontólogo por parte de los participantes presenta una tendencia central de 2 veces al año reportada por un 35,7% de los casos.

RESULTADOS ESCALA SDAI

En primera instancia cabe anotar que la Escala SDAI está constituida por nueve ítems medidos con una escala de cinco grados de frecuencia comprendidos entre (nunca – siempre). A continuación en la tabla 1 se presentan los ítems de la escala que mostró un nivel de confiabilidad excelente de ($\alpha = 0,936$), con niveles de consistencia interna de correlación ítem-prue-

ba positivos para todos los casos, oscilando entre ($r: 0,652$ y $r: 0,822$).

A partir del análisis de la tabla 1, las frecuencias permiten resaltar los siguientes tres ítems, como indicadores de la ansiedad dental, uniando las respuestas de las categorías “siempre - muy frecuentemente”:

1. Ítem (5) contexto del uso de jeringa inyección para anestesia (47,2%).
2. Ítem (2) ansiedad anticipatoria ante la extracción de un diente (34,7%).
3. Ítem (7) ansiedad anticipatoria ante el uso de la fresa dental (25,4%).

A continuación se presenta una comparación de los niveles medios de

Tabla 1. Patrones de respuesta de los ítems de la Escala SDAI

Ítem (%)	Siempre	Muy frecuentemente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
1. Comienzo a ponerme nervioso/a cuando el odontólogo me invita a sentarme en la silla.	8,0	10,8	23,0	26,2	32,0
2. Cuando yo sé que el odontólogo va a extraerme un diente, me siento realmente asustado en la sala de espera.	10,5	12,2	18,6	16,8	41,9
3. Cuando voy en camino al consultorio del odontólogo y pienso en el sonido de la fresa, me dan ganas de devolverme y no ir.	10,5	12,2	18,6	16,8	41,9
4. Quiero irme del consultorio cuando pienso que el odontólogo no me va a explicar lo que hará en mis dientes.	7,1	11,5	16,8	18,8	45,8
5. En el momento en que el odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, yo cierro mis ojos fuertemente.	30,3	16,9	21,0	15,7	16,1
6. En la sala de espera sudo y tiemblo cuando pienso que es mi turno de pasar a la consulta.	6,8	10,7	17,4	19,6	45,5
7. Cuando voy hacia el consultorio del odontólogo, me pongo ansiosa sólo de pensar si tendrá que usar la fresa conmigo.	12,0	13,4	20,6	24,4	29,6
8. Cuando estoy sentada en silla de tratamiento y no sé lo que el odontólogo está haciendo en mi boca, me pongo nerviosa/o y sudo.	10,5	12,9	21,2	24,6	30,7
9. En mi camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento me pone nervioso.	8,510,0	18,0	21,8	41,7	

calificación entre mujeres y hombres para cada uno de los nueve ítems de la escala con la figura 1. Tal como se observa el ítem de mayor promedio es el número (5) en el cual se evidencia ansiedad ante la inyección de anestesia por parte del odontólogo, seguido por el ítem (2) que comprende la extracción

de un diente siendo levemente y en tercer lugar se encuentra el ítem (7) que refleja la ansiedad anticipatoria ante la situación derivada del uso de la fresa dental por parte del odontólogo. En los tres casos los promedios mayores dentro del reporte de las mujeres.

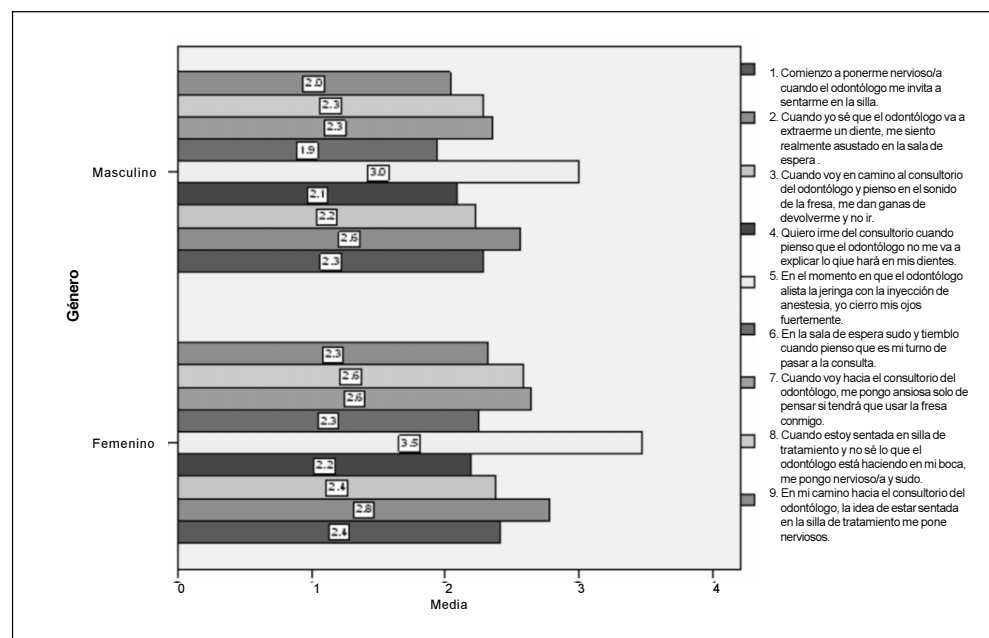


Figura 1. Análisis comparativo para los ítems de la Escala SDAI por género.

Teniendo en cuenta tanto los reportes de la literatura como el análisis empírico de los resultados a continuación se presenta la comparación entre los rangos de clasificación clínica y estadística para la Escala SDAI. Estos rangos presentan una variación aproximada de 1 a 4 puntos en los diferentes niveles, tal como se ilustra a continuación con la tabla 2.

La figura 2, ilustra las diferencias entre las clasificaciones de carácter clínico y estadístico. Las diferencias corresponden al nivel estadístico de clasificación percentilar (25, 50 y 75%) como puntos de corte generando una distribución homogénea; mientras que a nivel clínico se tomó la referencia reportada por la literatura. A partir de lo anterior los dos principales rangos clínicos fueron ubicados en los niveles de ansiedad leve (40%) y moderada (28%).

Tabla 2. Escala SDAI: comparación de rangos clínicos y estadísticos de clasificación

Rangos	Clínicos	Rangos	Estadísticos
0-10	Sin ansiedad	0-13	Sin ansiedad
11-19	Levemente ansioso(a)	14-20	Levemente ansioso(a)
20-27	Moderadamente ansioso(a)	21-29	Moderadamente ansioso(a)
28-45	Extremadamente ansioso(a)	30-45	Extremadamente ansioso(a)

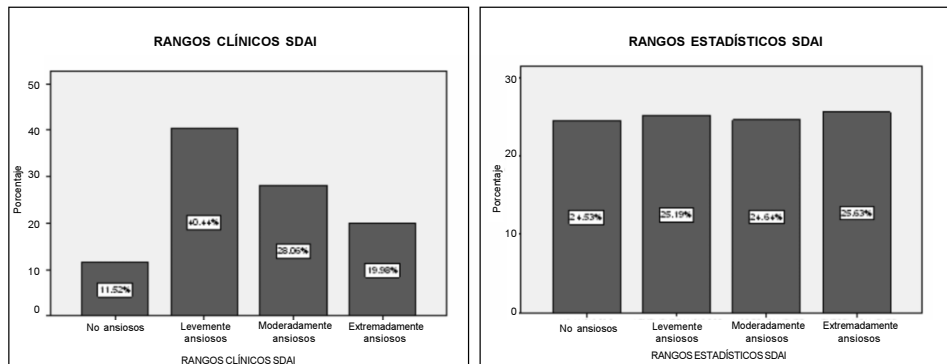


Figura 2. Comparación de la clasificación clínica y estadística del SDAI obtenida.

En la figura 3, se han tomado los rangos estadísticos como referencia, dado que los subgrupos por nivel de ansiedad son muy balanceados en la distribución porcentual. En este sentido, los hombres fueron clasificados en mayor medida como “no ansiosos”

(11,4%), seguidos por los “moderadamente ansiosos” (8,5%). Para el caso de las mujeres, en primera instancia corresponden al nivel de “extremadamente ansiosas” (18%), seguidas por las “levemente ansiosas” (17%).

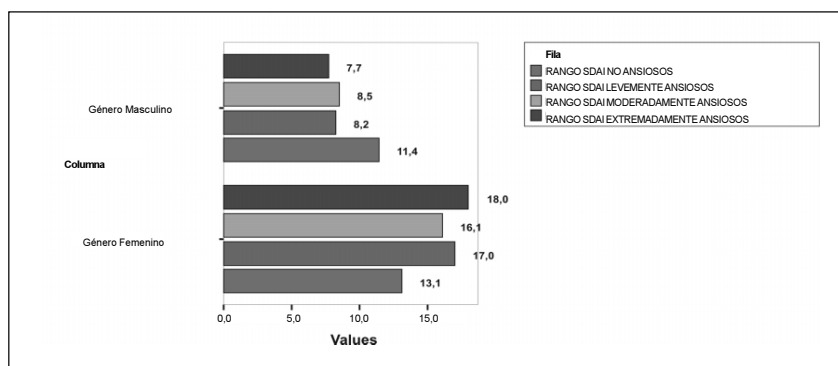


Figura 3. Escala SDAI: Comparación de los rangos estadísticos por género

RESULTADOS ESCALAMDAS

La escala MDAS está conformada por cinco ítems medidos con una escala de (5) grados de intensidad comprendidos entre las categorías (sin ansiedad - extremadamente ansioso(a)). El nivel de confiabilidad calculado para esta escala fue muy bueno ($\alpha = 0,883$), presentando una consistencia interna con coeficientes de correlación

ítem-prueba positivos y en un rango comprendido entre ($r: 0,690$ y $r: 0,768$).

La tabla 3, permite identificar que los ítems con mayor prevalencia de nivel de ansiedad en las dos condiciones superiores de ansiedad son el (5) que evidencia la conducta de cerrar los ojos fuertemente ante la inyección de anestesia (47,5%) y el (3) que corresponde a la ansiedad anticipatoria ante el uso de la fresa (36,8%).

Tabla 3. Patrones de respuesta de los ítems de la escala MDAS

ÍTEM (%)	Extremada/ ansioso(a)	Muy ansioso(a)	Moderada/ ansioso(a)	Levemente ansioso(a)	Sin ansiedad
1. Comienzo a ponerme nervioso/a cuando el odontólogo me invita a sentarme en la silla.	3,6	9,4	14,0	32,1	40,9
2. Cuando yo sé que el odontólogo va a extraerme un diente, me siento realmente asustado en la sala de espera.	3,5	13,4	19,1	33,6	30,4
3. Cuando voy en camino al consultorio del odontólogo y pienso en el sonido de la fresa, me dan ganas de devolverme y no ir.	16,2	20,7	22,5	27,3	13,4
4. Quiero irme del consultorio cuando pienso que el odontólogo no me va a explicar lo que hará en mis dientes.	6,2	18,7	20,4	26,5	28,1
5. En el momento en que el odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, yo cierro mis ojos fuertemente.	24,6	22,9	20,0	20,5	11,9

A partir de las tendencias generales identificadas en los patrones de respuesta, se presenta la figura 4, en la cual se comparan los niveles promedio de intensidad para cada uno de los ítems por género. El ítem que evoca un mayor nivel de intensidad en términos de la ansiedad dental es el (5) que hace referencia a la situación en la cual se inyecta anestesia local

al paciente, seguido por el ítem (3) en el cual se hace referencia al uso de la fresa dental y por el ítem (4) referente a los procedimientos de limpieza, pulimiento y blanqueamiento dental. En los tres ítems de mayor intensidad nuevamente se evidencian niveles levemente superiores en los reportes de las mujeres.

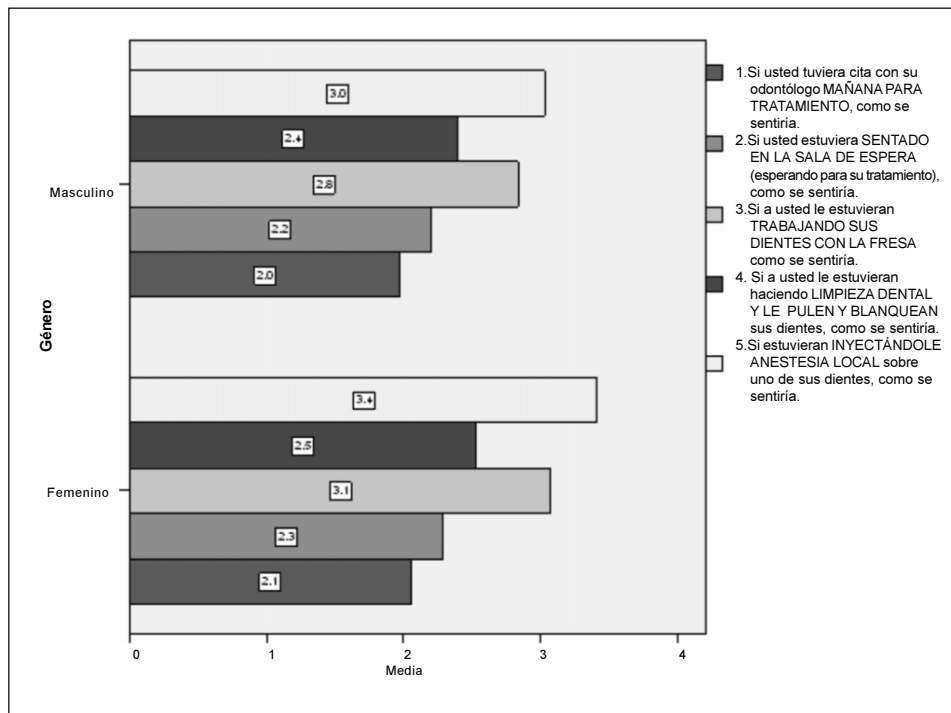


Figura 4. Análisis comparativo para los ítems de la Escala MDAS por género

A continuación se presenta la comparación entre los rangos de clasificación clínica reportados por la literatura y los de corte estadístico derivados del presente estudio para los

niveles de ansiedad dental a partir de la escala MDAS. Tal como se aprecia en la tabla 4 las diferencias oscilan entre 0 y 3 puntos.

Tabla 4. Escala MDAS: Comparación de rangos clínicos y estadísticos de clasificación

Rangos	Clínicos	Rangos	Estadísticos
0-5	Sin ansiedad	0-8	Sin ansiedad
6-11	Levemente ansioso(a)	9-11	Levemente ansioso(a)
12-18	Moderadamente ansioso(a)	12-16	Moderadamente ansioso(a)
19-25	Extremadamente ansioso(a)	17-25	Extremadamente ansioso(a)

En complemento, la figura 5 permite ilustrar las distribuciones porcentuales de clasificación clínica y estadística para los 913 pacientes a partir de los puntajes obtenidos en la escala MDAS.

Principalmente se observa como la mayor participación corresponde al nivel de “ansiedad moderada” en ambos casos con un 39,2% para el rango clínico y un 29,5% para el rango estadístico.

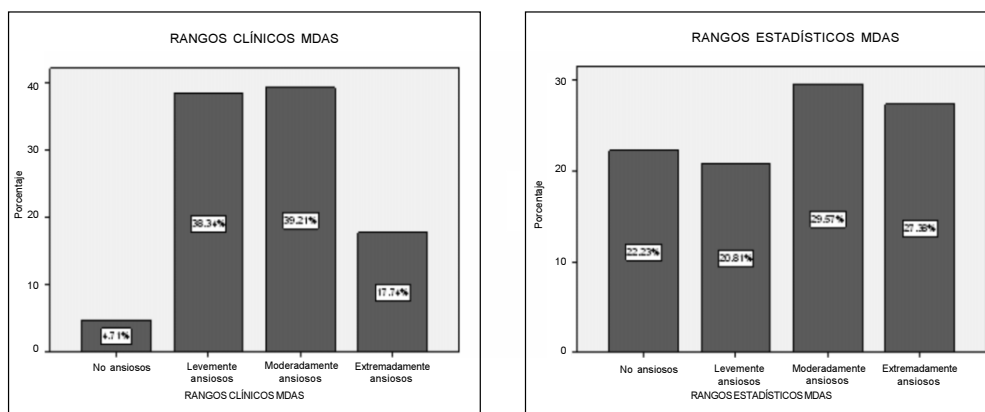


Figura 5. Comparación de la clasificación clínica y estadística del MDAS obtenida.

La figura 6, permite comparar las clasificaciones del nivel de ansiedad dental en las mujeres y los hombres a partir de los rangos estadísticos de la Escala MDAS. En este sentido se observa un contraste al interior del gé-

nero según el cual en las mujeres el rango más prevalente fue “ansiedad moderada” seguido por “ansiedad extrema”, mientras que para el caso de los hombres corresponde al de “no ansiedad” seguido por “ansiedad moderada”.

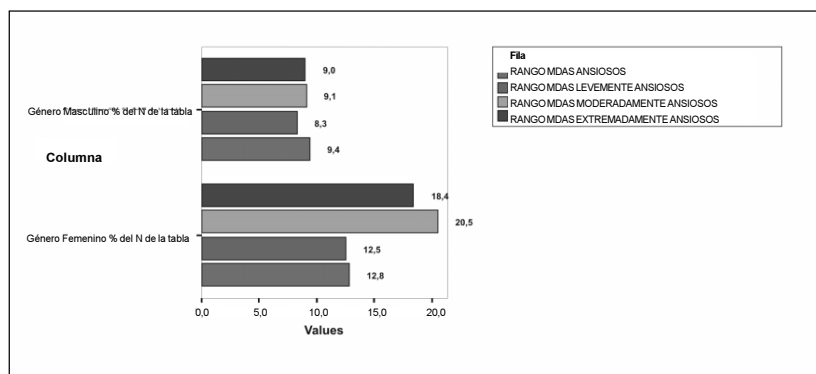


Figura 6. Escala MDAS: Comparación de los rangos estadísticos por género

De otra parte la tabla 5, presenta el análisis de contingencia entre el reporte odontológico y el género demostrando una asociación significativa (X^2 : 8,545 / gl: 3 / p:0,03), aunque es importante anotar que para el presente estudio la distribución por género no

está balanceada y la muestra tiene una mayor participación de las mujeres; sin embargo, se puede evidenciar que un 53,3% de las mujeres y un 43,7% de los hombres fueron clasificados por sus odontólogos como “ansiosos y tensos” o “extremadamente ansiosos”.

Tabla 5. Análisis de contingencia entre el reporte odontológico y el género

Tabla de contingencia NIVEL DE ANSIEDAD * Género					
Nivel de ansiedad			Género		Total
			Femenino	Masculino	
Nivel de ansiedad	Pacientes que no son ansiosos	Recuento % de género	132 22,5%	97 29,7%	229 25,1%
	Pacientes que son algo Ansiosos	Recuento % de género	142 24,2%	87 26,6%	229 25,1%
	Pacientes ansiosos y tensos que son capaces de controlarse	Recuento % de género	155 26,5%	71 21,7%	226 24,8%
	Pacientes extremadamente ansiosos e incapaces de controlarse	Recuento % de género	157 26,8%	72 22,0%	229 25,1%
Total		Recuento % de género	586 100,0%	327 100,0%	913 100,0%

Finalmente la tabla 6, permite evidenciar que todos los índices de Correlación de Spearman, entre la clasificación del odontólogo y los puntajes estandarizados derivados de

las Escalas SDAI y MDAS son positivos (convergentes) y significativos al 99%, oscilando con una magnitud comprendida entre (0,628 y 0,808).

Tabla 6. Análisis correlacional entre el reporte odontológico y las escalas (T)

			Nivel de ansiedad odontólogo	Puntaje escala SDAI (T)	Puntaje escala MDAS (T)
Rho de Spearman	Nivel de ansiedad odontólogo	Coefficiente de correlación	1,000	,666(**)	,628(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000
		N	913	913	913
	Puntaje escala SDAI (T)	Coefficiente de correlación	,666(**)	1,000	,808(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000
		N	913	913	913
	Puntaje escala MDAS (T)	Coefficiente de correlación	,628(**)	,808(**)	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.
		N	913	913	913

DISCUSIÓN

Los resultados permiten establecer las características de la ansiedad ante el tratamiento odontológico de la muestra evaluada. La población está distribuida de manera similar en los cuatro niveles de ansiedad que establecen las escalas aplicadas, y como se evidencia en los resultados según el MDAS el 57% presenta niveles de ansiedad entre moderado y severo y según el SDAI el 51%, lo cual está muy por encima de los datos reportados, incluso si se considera únicamente el porcentaje de pacientes con ansiedad severa (25, 6% para el SDAI y 27,4% para el MDAS), éste se encuentra cerca al 21,3% de la población en Turquía (Firat y cols., 2006), y bastante alejado del 9 al 15% reportado por Livia y Manrique (2001) en Latinoamérica o del 10,5% de la población cubana que reportan Álvarez y Casanova (2006).

Por otra parte los resultados respecto de los estímulos que están asociados con las reacciones de ansiedad más severas son consistentes con los reportados por Erten, Akarslan y Bodrumulu (2007), esto es lo relativo al uso de jeringas, agujas e inyecciones. En la muestra de este estudio se encontró que adicionalmente se presentaban reacciones intensas de ansiedad ante la extracción de un diente, lo que confirma lo planteado por Márquez-Rodríguez y cols. (2004) en relación con el patrón discriminativo de las respuestas emocionales ante el tratamiento odontológico y en el caso de la muestra está limitada a aspectos inherentes al tratamiento. Es po-

sible que los resultados en este sentido estén determinados, en parte por el uso de escalas que tienen en cuenta principalmente estos aspectos o porque esta sea una característica de la ansiedad de la población bogotana, este aspecto debe evaluarse más profundamente ya que implicaría un tipo de intervención centrada en estrategias tipo exposición o desensibilización sistemática, y dejaría de lado aspectos considerados relevantes por diversos autores (Márquez y cols., 2004; Doerr y cols., 1998) tales como la relación odontólogo-paciente y el temor al daño físico como resultado de la mala práctica.

Los resultados en referencia a las diferencias de género son consistentes con lo reportado por autores como Álvarez y Casanova (2006), Fonseca y Pacini (2005), Aartam (1998) y Erten, Akarslan y Bodrumulu (2007) quienes encuentran mayores niveles de ansiedad al tratamiento odontológico en mujeres que en hombres. En la muestra evaluada del 64,2% de las mujeres, un 34% reporta niveles de ansiedad entre moderados y severos desde el SDAI y en un 38% desde el MDAS. Para el caso de los hombres del 35,8% que ellos representan, un 16% reporta niveles de ansiedad entre moderados y severos desde el SDAI y en un 18% desde el MDAS. Estos indicadores derivados de las escalas de ansiedad se relacionan con la clasificación odontológica según la cual un 53,3% de las mujeres y un 43,7% de los hombres fueron clasificados por sus odontólogos como “ansiosos y tensos” o “extremadamente ansiosos”. En

síntesis aparentemente, las mujeres tienden a ser levemente más ansiosas ante el tratamiento odontológico en comparación con los hombres.

Estos datos aportan al conocimiento sobre las diferencias de género que, como se reportó en la revisión teórica, es un tema en el cual existe mucha controversia. Las razones para tal diferencia pueden ser como plantea Álvarez y Casanova (2006), factores culturales relacionados con la aceptación social a la expresión de dolor y miedo de forma abierta y espontánea por parte de las mujeres; sin embargo, deben considerar otros factores entre éstos los asociados con la incidencia más alta de los desórdenes de ansiedad en mujeres.

Los resultados de este estudio llaman la atención acerca de la importancia del desarrollo de acciones a nivel de formación de los odontólogos en habilidades para identificar tempranamente la presencia de esta fobia y para el manejo de estrategias de apoyo al paciente así como de la pertinencia del trabajo interdisciplinario en este campo. Resulta relevante adicionalmente desarrollar nuevas investigaciones que permitan conocer el papel de la conducta del profesional de la salud en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad al tratamiento odontológico así como otros factores relacionados con las dimensiones planteadas por Márquez y cols. (2004), tales como el trato al paciente, la mala praxis profesional y lo que los autores denominan aspectos no profesionales (demora en la atención, diseño ambiental del consultorio, etc.).

REFERENCIAS

- AARTMAN, I.H. (1998). Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Volume 26, Issue 5, 350-354.
- ÁLVAREZ, M.; CASANOVA, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*, 6, No. 16.
- ALCAYAGA, R.; LAUNERT, M. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en Odontoestomatología*. 20 (4): 185-191.
- BARLOW, D. (2001). Psicología anormal, un enfoque integral. Cap. 5, Trastornos de ansiedad. Ed. Thomson. México.
- BERGGREN, U.; HAKEBERG, M.; CARLSSON, S. (2000). Relaxation vs. Cognitively oriented therapies for dental fear. *Journal of Dental Research*. 79(9): 1645-1652.
- CANTO, L. (2007). Ansiedad y fobia dental. *Odontología.com Brasil*. Recuperado: <http://www.odontologia.com/index.htm>
- CARRILLO, J.; ÁLVAREZ, C.; GARCÍA, T.; PERNIA, I. (2005). Odontología de baja agresividad: esto ya es el presente. *Gaceta Dental*. No. 162. Recuperado: <http://www.gacetadental.com/articulos.asp?aseccion=ciencia&aid=5&aivol=200509>
- COHEN, S.; FISKE, J.; NEWTON, T. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *Research Behavioural Dentistry*. 189 (7): 385-390.
- CORAH, N. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*. 48 (4): 596.
- DE TOMMASO, M. (2003). Atendimento ao paciente odontofóbico. *Jornal do Site Odonto*. Año V (64). Recuperado: <http://www.jornaldosite.com.br/index.html>
- Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM IV-R). (1998) American Psychiatric Association - APA. Washington D.C.
- DOERR, P.; LANG, P.; NYQUIST, L.; RONIS, D. (1998). Factors associated with dental anxiety. *The Journal of the American Dental Association*. 129 (8): 1111-1119.
- ELI, I.; UZIEL, N.; BLUMENSOHN, R.; BAHT, R. (2004). Factors of dental anxiety. Modulation of dental anxiety —the role of past experiences, psychopathologic traits and individual attachment patterns—. *British Dental Journal*. 196 (11): 689-694.

- ERTEN, H.; AKARSLAN, Z.; BODRUMULU, E. (2007). Niveles de miedo y ansiedad dental en pacientes de una clínica dental. *Quintessence. Publicación Internacional de Odontología*, XX (2): 122-128.
- FIRAT, D.; TUNC, E.; SAR, V. (2006). Dental Anxiety Among Adults in Turkey. *Journal Contemporary Dental Practice*. 7 (3): 75-82.
- FONSECA, D.; PACINI, C. (2005). Um estudo epidemiológico sobre a fobia dental. *Arquivos em Odontologia*. 41 (1): 41-51.
- Gale, E. (1972). Fears of the dental situation. *Journal Dental Public Health*. 51 (4): 964-966.
- GOODALL, E.; SKELLY, A.; FILE, S. (1994). Predictors of dental anxiety and effects of treatment with nitrous oxide and midazolam in dentally phobic patients. *Human Psychopharmacology*. 9, 237-244 Recuperado: EBSCO.
- GRACE, E.; BARNES, D.; REID, B.; FLORES, M.; GEORGE, D. (2003). Computerized local dental anesthetic systems: patient and dentist satisfaction. *Journal of Dentistry*. 31 (1): 9-12.
- GOW, M. (2006a). Hypnosis with A 31-Year-Old Female With Dental Phobia Requiring an Emergency Extraction. *British Society of Experimental & Clinical Hypnosis*. 23 (2): 83-91 Recuperado: EBSCO.
- GOW, M. (2006b). Hypnosis with A Blind 55-Year-Old Female With Dental Phobia Requiring Periodontal Treatment and Extraction. *British Society of Experimental & Clinical Hypnosis*. 23 (2): 92-100 Recuperado: EBSCO.
- KVALE, G.; BERGGREN, U.; MILGROM, P. (2004). Behavioural interventions could reduce dental anxiety and improve dental attendance in adults. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 32, 250-264.
- LIVIA, O.; MANRIQUE, E. (2001). Niveles de ansiedad, cogniciones dentales negativas y capacidad de control en la atención odontológica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. 2 (1-2) Recuperado: <http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/nivansiedad.htm>
- LOCKERL, D.; LIDDELL, A.; DEMPSTER, L. y SHAPIROL, D. (1999). Age of onset of dental anxiety. *Journal of Dental Research*. March, 78 (3): 790-796.
- MÁRQUEZ, A.; NAVARRO, C.; CRUZ, D.; GIL, J. (2004). ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE*. 9 (2): 165-174.
- MILSOM, K.; TICKLE, M.; HUMPHRIS, G.; BLINKHORN, A. (2003). The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *British Dental Journal*. 194 (9): 503-506.
- NEWTON, J.; BUCK, D. (2000). Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *The Journal of the American Dental Association*. 131 (10): 1449-1457.
- PÉREZ, N.; GONZÁLEZ, C.; GUEDES, A.; SALETE, M. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Revista Cubana de Estomatología*. 39 (3) Recuperado: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072002000300003&lng=es&nrm=iso
- PIZANO, M.; BERMÚDEZ, L. (2004). Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. I: Evaluación del paciente e indicación de la técnica. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 61 (5): 165-170.
- RODRÍGUEZ, J. (1998). *Psicopatología del niño y el adolescente*. Segunda edición. Ed. Universidad de Sevilla, publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios. Sevilla.
- ROWE, M. (2005) Dental fear: comparisons between younger and older adults. *American Journal of Health Studies*. 20 (3-4): 219-225.
- SAMORODNITZKY, G.; LEVIN, L. (2005). Self-Assessed Dental Status, Oral Behavior, DMF, and Dental Anxiety. *Journal of Dental Education*. 69 (12): 1385-1389.
- SANDIN, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Ed. Dykinson. Madrid.
- TOBAL, M.; DÍAZ, M.; FRIAS, F. (1998). Evolución y diferencias en los componentes de ansiedad en alumnos de odontología. *Psicología.Com. Revista Electrónica de Psicología*. Vol. 2 (1) Recuperado: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/artic_2.htm#1
- TRINA, G. (2005). Solving dental fear and anxiety without medication. *Oral Health*. 95 (11): 21-26.
- WOODMANSEY, K. (2005). The prevalence of dental anxiety in patients of a University Dental Clinic. *Journal of American College Health*. 54 (1): 59-31. Recuperado: EBSCO.

Fecha de envío: Febrero 15 de 2008

Fecha de aceptación: Febrero 27 de 2008