

Evaluación del miedo dental en niños atendidos en la Clínica Odontológica Universidad Franz Tamayo-Bolivia

Carla Larrea Eyzaguirre,¹  Leydy Morales Gutiérrez.² 

Resumen: El miedo dental en niños puede variar en su naturaleza, intensidad y persistencia, provocando ansiedad, pensamientos obsesivos o disminución del umbral del dolor, derivando en un comportamiento negativo y problemático que no solo impiden que los pacientes busquen tratamiento, sino que también interfiere con la eficacia de este. Por los motivos indicados se considera relevante la identificación del miedo dental en población pediátrica. El presente estudio tuvo por objetivo evaluar el miedo dental en niños y niñas de 4 a 12 años de edad que asistieron al servicio odontológico en la ciudad de El Alto, mediante el empleo de la Escala de Evaluación de Miedo en niños – Subescala Dental; adicionalmente se recolectó información de experiencias odontológicas previas. El presente estudio remarca la importancia de que los dentistas no solo deben considerar la condición física de sus pacientes, sino también su estado psicológico y emocional. Los resultados obtenidos revelaron una media total de $30,7 \pm 8,3$ en la escala, lo cual indica que el miedo dental presente es bajo entre los 190 niños evaluados. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a género. En relación con la edad, el grupo de niños entre 10 a 12 años evidenciaron una proporción más elevada (41%) de miedo dental, que los otros grupos de niños de edades menores. La experiencia de visitas odontológicas previas está asociada más frecuentemente a niveles de miedo dental bajo a diferencia de los niveles moderados y altos encontrados en aquellos que asistieron por vez primera. Se identificó que asfixiarse, inyecciones y que un extraño los toque, son aspectos que causan más miedo en los niños. El presente estudio concluyó que la prevalencia de miedo dental en los niños de la ciudad de El Alto es bajo y no asociada al género, pero hay evidencia de que puede incrementarse en niños mayores y en aquellos que no tuvieron experiencias odontológicas previas.

Palabras clave: odontología pediátrica, ansiedad, miedo dental.

Avaliação do medo dental em crianças atendidas na Clínica Odontológica da Universidade Franz Tamayo-Bolívia

Resumo: O medo ao tratamento odontológico pode variar em natureza, intensidade e persistência, provocando ansiedade, pensamentos obsessivos ou diminuição do umbral de dor, derivando num comportamento negativo e problemático, que não somente impede aos pacientes de procurar tratamento, mas também interfere com a eficácia do mesmo. Pelos motivos acima indicados é relevante a identificação do medo ao tratamento odontológico em população pediátrica. No presente estudo tivemos como objetivo avaliar ao tratamento odontológico em crianças de 4 a 12 anos de idade, que atenderam ao serviço odontológico na cidade de El Alto, utilizando a Escala de Avaliação de Medo em crianças – Subescala Dentária, adicionalmente se coletou informação sobre experiências odontológicas previas. O presente estudo, ressalta a importância de que os dentistas considerem além da condição física o estado psicológico e emocional. Os resultados obtidos mostraram uma média de $30,7 \pm 8,3$ segundo a escala, indicando que o medo dentário foi baixo no grupo de 190 crianças avaliadas. Não se encontraram diferenças significativas em termos de gênero. Ao respeito da idade, o grupo de crianças entre 10 a 12 anos mostrou uma proporção mais alta (41%) de medo quando comparado com os outros grupos de crianças em faixas etárias menores. A experiência de visitas odontológicas previas encontra-se associada com níveis de medo ao tratamento odontológico mais baixos em comparação com níveis moderados e altos nas crianças que assistiram por primeira vez. Se identificou que o fato de se asfixiar, ter injeção aplicada e que contato com uma pessoa alheia, são os aspectos que causam maior medo nas crianças. O presente estudo concluiu que a prevalência do medo ao tratamento odontológico em crianças da cidade de El Alto é baixa, não associado ao gênero, mas existe evidência de que pode incrementar em crianças maiores e em aqueles que não tiveram experiências odontológicas previas.

Palavra-chave: odontopediatria, ansiedade, medo ao tratamento odontológico.

¹ Docente de la asignatura de Odontopediatria, Universidad Privada Franz Tamayo. Bolivia

² Docente de la asignatura de Cirugía Bucal, Universidad Privada Franz Tamayo, Bolivia.

Evaluation of dental fear in children attended at the Odontological clinic from Franz Tamayo University-Bolivia

Abstract: Dental fear in children can vary in its nature, intensity and persistence, causing anxiety, obsessive thinking or decreasing the pain threshold, transforming into a negative and problematic behavior, that not only prevents patients from seeking treatment but also interferes with its efficacy. Due to the afore mentioned issues, the identification of dental fear in pediatric population is relevant and the dentist must identify to provide appropriate treatment. The objective of this study was to evaluate dental fear in boys and girls aged 4 to 12 who attended dental services in the city of El Alto, using the Scale for the Evaluation of Fear in Children - Dental Subscale. Additionally, information was collected from previous dental experiences. The present study highlights the importance that dentists not only consider the physical condition of the patients, but also the psychological and emotional state. The results obtained revealed a total mean of 30.7 ± 8.3 on the scale, which indicates that the dental fear is low among the 190 children evaluated. Neither were significant differences found in terms of gender. In relation to age, the group of children between 10 and 12 years old showed a higher proportion (41%) of dental fear than the other groups of children of younger ages. The experience of previous dental visits is more frequently associated with low levels of dental fear, as opposed to the moderate and high levels found in those who attended for the first time. Choking, injections, and being touched by a stranger have been identified as causing the most anxiety in children. The present study concluded that the prevalence of dental fear in children in the city of El Alto is low and not associated with gender, but there is evidence that it may increase in older children and in those who had no previous dental experiences.

Key words: pediatric dentistry, anxiety, dental fear.

Introducción

Según Boj, JR (2011) se puede definir el miedo como “una reacción o actitud frente a una amenaza real que surge de un objeto externo considerado como perjudicial, y corresponde en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor”. La definición específica en odontología asocia el miedo dental con la visita al dentista y la realización de procedimientos dentales.¹

El miedo dental es un problema de consideración que puede llevar a evitar el tratamiento dental, el mismo tiene consecuencias negativas en la salud oral y psicológica del paciente. El tratamiento odontológico ha sido asociado frecuentemente como una experiencia dolorosa, debido en parte a que los tratamientos previos al desarrollo de modernas técnicas y anestésicos eran

extremadamente desagradables.² Aunque se han desarrollado nuevos procedimientos y equipos no han logrado que el miedo dental siga siendo actualmente un serio problema que afecta a una parte importante de la población, en especial a niños y jóvenes.³

El miedo dental es definido como una ansiedad específica a la atención dental, que predispone al paciente a experimentar fuertes sentimientos negativos al tratamiento odontológico. Según Boj, JR (2011) la ansiedad “es un estado emocional que se origina de fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales o sugeridas al niño por quienes le rodean”. Los autores también resaltan la dificultad en separar totalmente el miedo de la ansiedad, debido a la expresión de matices de ansiedad en estrecha relación con el miedo dental.¹

La ansiedad anticipada producida puede llevar a interferir o incluso evitar el tratamiento dental,⁴ mientras que la respuesta producida por el miedo puede hacer que el tratamiento sea estresante para el dentista.⁵ Las causas del miedo dental en niños han sido relacionadas con la personalidad, experiencias dentales negativas propias como también de los padres, edad y género.⁶

En el transcurso del tiempo, se ha compilado una gran cantidad de evidencia, acerca del miedo presente en el tratamiento odontológico de niños, los resultados de estos estudios previos revelan que esta condición tiene efectos negativos. La estimación estadística coloca en un rango de 6% a 16%, el número de niños que presentan miedo a la consulta odontológica,⁷ incluso podría ser más alto.⁸ Un estudio realizado en Europa evidenció que el 35% de los niños de 5 años y el 21% de los niños de 12 años presentaban miedo en sus consultas al dentista.⁹ Los resultados de otro estudio en Estados Unidos revelaron que el 23% de 895 niños entre 5 a 11 años presentaban miedo dental.¹⁰ En poblaciones latinoamericanas (Colombia, Perú y México) se reportaron valores que oscilan entre 17 a 69% de niños con miedo dental. En el caso particular de Bolivia, hasta el momento no existen trabajos que hayan reportado datos sobre miedo dental en población pediátrica.

La ansiedad es una condición que puede ser aprendida y reforzada, como Chambers señala que cuando un niño es ansioso, la madre es ansiosa, y por lo tanto permitir a la madre acompañarle a la consulta, no es más que mantener un modelo de ansiedad, que puede perdurar e incluso intensificarse en la adultez.¹¹ Sin embargo, también influye

la formación y la capacidad de control que tenga el profesional para identificar tempranamente esta problemática, e implementar estrategias de apoyo, que repercutan en sentimientos de confianza en el infante, que también pueden ser perdurables hasta la edad mayor.¹²

El miedo dental influye en el comportamiento del niño en el consultorio, comprometiendo la calidad de la atención odontológica. Por tanto, una correcta evaluación del estado emocional del niño por parte del profesional encaminará a mejorar la relación paciente – profesional, disminuir el miedo al tratamiento odontológico y prevenir las enfermedades bucales.¹³ Debido a que determinar el miedo, ansiedad situacional e inclusive fobia generada en niños por la consulta odontológica, es de mucha importancia para el éxito del tratamiento, es preciso contar con medios más precisos, adecuados y rápidos para su pronta identificación, además de contar con estudios epidemiológicos basados en muestras representativas sobre la prevalencia del miedo dental en niños.¹⁴

Con respecto a la población infantil dada la dificultad para medirla directamente, se han desarrollado herramientas cualitativas y cuantitativas tales como el Test de Dibujos Proyectivos de Miedo Dental (CDFP) o el Test de Ansiedad de Venham y el cuestionario de Miedo Dental en Niños-Subescala Dental (CFSS-DS).¹⁵ En este sentido, el cuestionario de Miedo Dental en Niños-Subescala Dental CFSS-DS es una de las escalas más utilizadas para medir el miedo y ansiedad dental (MAD) en la población infantil en diferentes culturas debido a su precisión y propiedades psicométricas en comparación con otras escalas.¹⁶

Un punto favorable de emplear el CFSS-DS en la población infantil en diferentes culturas, radica en su precisión y capacidad de evaluar las propiedades psicométricas en comparación con otras escalas como las mencionadas anteriormente, además lleva menos tiempo completarla e incluye sólo los elementos más estrechamente relacionados con el tratamiento odontológico. Complementariamente el empleo de escalas visuales y el corto tiempo de la evaluación hacen de esta escala un instrumento pertinente y adecuado para valorar el nivel miedo dental entre niños de diferentes edades.

Consecuentemente, el objetivo de la presente investigación es determinar el miedo en niños de 4 a 12 años de la ciudad de El Alto, que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Franz Tamayo, empleando para ello el cuestionario de Miedo Dental en Niños-Subescala Dental (CFSS-DS) y evaluar las diferencias en cuanto a miedo dental de acuerdo con el sexo, edad y experiencias previas de los participantes.

Materiales y Métodos

Tipo y diseño de estudio

El diseño del presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal.

Componente Ético

La estructura del proyecto de investigación, métodos y herramientas utilizadas fueron evaluados por la Coordinación Nacional de Investigación de la Universidad Privada Franz

Tamayo. Entre los componentes verificados se evaluó la conformidad del presente proyecto de acuerdo de los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Por tratarse de menores de edad, todos los voluntarios que participaron en el presente contaron con el consentimiento informado por parte de sus progenitores o tutores.

Toda la información recolectada en formato físico y digital se encuentra almacenada por la autora principal del trabajo, garantizando el carácter confidencial de la información obtenida e impidiendo la identificación de los voluntarios.

Población del estudio

La población de estudio fue constituida por pacientes entre 4 a 12 años de edad (rango de edad sugerido por la escala) que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Franz Tamayo en las cátedras de Odontopediatría I, Odontopediatría II e Integral Niños de la ciudad de El Alto, durante el periodo de agosto de 2019 a diciembre de 2019.

Criterios de inclusión

Pacientes de ambos géneros entre 4 a 12 años de edad que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Franz Tamayo Sede El Alto en las cátedras mencionadas. El criterio de selección de las edades se basó en el hecho de que el cuestionario CFSS-DS fue diseñado para aplicarse en este grupo etario.

Criterios de exclusión

Paciente con alguna discapacidad mental o física.

Instrumentos y técnicas

Para los propósitos de la presente investigación se emplearon los siguientes dos instrumentos:

- *Instrumento 1.* Escala de Evaluación de Miedos en Niños Subescala Dental (*Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale - CFSS-DS*). El CFSS-DS es una versión adaptada de un cuestionario de evaluación de miedos infantiles en general (FSS-FC) desarrollado por Cuthbert y Melamed en 1982 que es utilizada hasta hoy en día para investigaciones sobre el miedo odontológico infantil en varios países. El CFSS - DS es un cuestionario considerado de fácil aplicación e interpretación. De este modo autores como, Ten Berge y Col (2002) y Foloyan y Col. (2004) sugieren la utilización clínica de este instrumento.

La escala está constituida por 15 ítems relacionados a los diversos aspectos del tratamiento odontológico, como la turbina o inyecciones y situaciones médicas (Tabla 1).

Todos los niños incluidos en el estudio respondieron a la herramienta 1, siguiendo una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1 no tener miedo, a 5 mucho miedo). Esta escala está representada visualmente con expresiones para facilitar la interpretación de los niños, un ejemplo de un ítem gráfico puede ser observada en la Figura 1.

Tabla 1. Escala CFSS-DS (*Children's Fear Survey Schedule*) (Sumil, Manisha, Kiran, Sapna, y Nagakishore & 2013)¹

Nrs.	Items
1.	Dentistas
2.	Médicos
3.	Inyecciones
4.	Que alguien examine tu boca
5.	Tener que abrir tu boca
6.	Un extraño te toque
7.	Alguien te mire
8.	El motor del dentista
9.	Ver el motor del dentista
10.	Escuchar el ruido del motor del dentista
11.	Alguien colocando instrumentos en tu boca
12.	Asfixia
13.	Tener que ir al hospital
14.	Personas con uniforme blanco
15.	El dentista haciendo limpieza de tus dientes

La suma total de los escores alcanzan un mínimo de 15 y un máximo de 75 puntos. Siendo atribuida los siguientes puntajes menores a 32 (bajo miedo), puntuaciones de 32 a 39 (moderado miedo) y puntuaciones mayores a 39 (alto miedo).

- *Instrumento 2.* Cuestionario sobre Experiencias Dentales, instrumento para recabar información acerca de las experiencias dentales de los niños, que fue diseñado por Rivera Zelaya y Fernández Parra para su estudio sobre Ansiedad y Miedos Dentales en Escolares Hondureños, y recopila información del grupo etario y

Ítems	Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Mucho miedo
Dentistas					

Figura 1. Escala Visual CFSS-DS

género al que pertenece el niño, además de la historia familiar de experiencias con el tratamiento odontológico.⁶

El empleo de este cuestionario fue complementario al CFSS-DS, explorando la experiencia previa del niño al tratamiento dental y el de sus padres y/o familiares cercanos, además de las similitudes o diferencias en las percepciones de miedo al tratamiento dental.

Todos los responsables por los niños que fueron incluidos en el estudio respondieron a la herramienta 2 de manera afirmativa (Si), negativa (No) o que no tenían información al respecto de la pregunta realizada (No recuerdo). Las preguntas realizadas fueron las siguientes: cuál fue el número de visitas dentales anteriores, si el niño(a) tuvo:

- Experiencia dental previa
- Miedo de los padres al tratamiento dental
- Familiares con miedo al tratamiento dental

Aplicación de los instrumentos

Para los pacientes que cumplían los criterios de inclusión (edad), se explicaron los objetivos del estudio y la metodología a los acompañantes de consulta. En caso de que concuerden con la participación voluntaria, se solicitó a los mismos que firmen el documento de consentimiento informado en representación de los pacientes.

Posteriormente se desarrollaron las preguntas de la siguiente manera: una vez que el (la) paciente se encontraba sentado

en el sillón odontológico, fue interrogado(a) en cuanto a la manifestación de miedo dental. Solicitándole al niño(a) que cuando se le mencione uno por uno los diferentes ítems de la herramienta CFSS-DS, señale en la escala visual, a la figura con la que más identificaba su reacción (Figura 1). La pregunta en general se formuló de la siguiente manera: ¿Cuándo estás con un dentista en qué carita piensas o con cuál de ellas te identificas? El tiempo aproximado fue de 10 a 15 minutos.

Complementariamente los niños de mayor edad y los padres o madres presentes de niños más pequeños, y que dieron su consentimiento para participar, llenaron el cuestionario de experiencias odontológicas previas.

Registro de información y análisis estadístico

Todos los datos fueron tabulados y los puntajes promedio del CFSS-DS fueron calculados para la población de estudio en general, género, rango de edad y experiencia previa en consultas odontológicas, mediante el empleo de herramientas informáticas para manejar datos y estadística: Microsoft Excel 2016 y SPSS ver 26.

Para el análisis estadístico se empleó la media general obtenida en el CFSS-DS, asimismo la media por género, para comprobar si las posibles diferencias son significativas se empleó el estadístico no paramétrico de U de Mann-Whitney debido a que los valores promedios obtenidos no evidencian una distribución normal y provienen de una escala ordinal.

Para el análisis de frecuencias y porcentajes comparativos en cuanto a género, grupo

de edad, experiencia previa odontológica se empleó el estadístico no paramétrico de Chi cuadrado, fundamentalmente debido a que los valores son de naturaleza nominal.

Resultados

De los 190 niños participantes, 92 (48%) fueron de sexo masculino y 98 de sexo femenino (52%) comprendidos en un rango de edad de 4 a 12 años, con un media y desviación estándar de $8 \pm 2,2$.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del CFSS-DS, revelan una media y desviación estándar general de $30,7 \pm 8,3$, lo cual indica que el nivel de miedo dental es bajo con probabilidad de llegar a ser moderado en la población objeto del presente estudio.

Los resultados obtenidos en cuanto a diferencias por género, en relación a los puntajes medios obtenidos en el CFSS-DS, revelaron tras ser sometidas a una prueba estadística de U de Mann-Whitney, ser estadísticamente no significativas ($U=4061,5$, $p>0,05$), indicando que tanto en niños como en niñas el nivel promedio de miedo dental es bajo y que no hay diferencias entre estos dos grupos.

La distribución porcentual en función del miedo dental (Figura 2) evidencia que una mayoría de los niños y niñas presenta niveles bajos de miedo dental (57% que representa a 108 de 190 niños participantes).

La tabla 2, resume y divide las diferencias encontradas en frecuencias y porcentajes de los sujetos participantes en función del grado de miedo dental, determinado tras

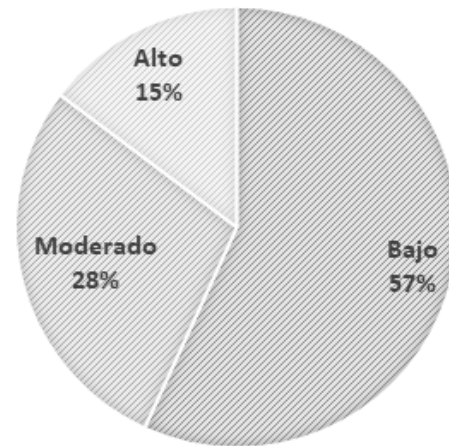


Figura 2. Porcentaje de niños y niñas por nivel de miedo dental. Alto N=28, Moderado N=54 y Bajo N=108. Los resultados corresponden a un total de 190 niños de la ciudad de El Alto, 2019.

la aplicación del CFSS-DS y las variables de consideración para el presente estudio.

Como puede observarse en la mencionada tabla tanto niños como niñas presentan diferencias significativas en las frecuencias en el nivel de miedo dental (empleando el estadístico de Chi cuadrado), muy similares a las encontradas en el análisis general, es decir en ambos géneros predomina los sujetos con condición de miedo dental bajo (55% y 53%) y en una menor proporción presentan una condición alta de miedo (17% y 11%).

En relación al grupo de edad, los resultados presentan diferencias significativas, de igual forma similares a la del general, predominando la condición miedo dental bajo para el grupo de edades de 4 a 6 años (52%), de 7 a 9 años (66%) y de 10 a 12 años (45%) pero en esta última, la proporción de niños y niñas con niveles moderados de miedo dental es elevada (41%), estos datos sugieren que los niños y niñas de mayor edad tienden a presentar un aumento en el

Cuadro 2. Frecuencias y porcentajes de nivel de miedo dental correspondientes a 190 niños de la ciudad de El Alto, 2019.

Variables	N	Nivel de Miedo Dental			P-Valor
		Bajo	Moderado	Alto	
N	190	108 (56,8)	54 (28,8)	28 (14,7)	0,00
Género					
Masculino	92	55 (56,1)	26 (26,5)	17 (17,3)	0,00
Femenino	98	53 (57,6)	28 (30,4)	11 (11,9)	0,00
Edad					
De 4 a 6 años	50	26 (52)	17 (34)	7 (14)	0,00
De 7 a 9 años	87	58 (66,6)	15 (17,2)	14 (16)	0,00
De 10 a 12 años	53	24 (45,2)	22 (41,5)	7 (13,2)	0,00
Visitas					
Ninguna	30	13 (43,3)	10 (33,3)	7 (23,3)	0,40
Una vez	26	10 (38,5)	10 (38,5)	6 (23,1)	0,54
2 a 3 veces	70	49 (70)	16 (22,9)	5 (7,1)	0,00
4 a 5 veces	33	18 (54,5)	10 (30,3)	5 (15,2)	0,02
6 o más veces	31	18 (58,1)	8 (25,8)	5 (16,1)	0,01
Experiencia dental previa					
Si	131	73 (55)	39 (29,7)	19 (14,5)	0,00
No	41	24 (58,5)	11 (26,8)	6 (14,6)	0,56
Miedo de los padres al tratamiento dental					
Si	29	15 (51,7)	12 (41,3)	2 (6,8)	0,00
No	142	80 (56,3)	38 (26,7)	24 (16,9)	0,00
Familiares con miedo al tratamiento dental					
Si	55	29 (52,7)	20 (36,3)	6 (10,9)	0,65
No	113	64 (56,6)	29 (25,6)	20 (17,6)	0,00

grado de miedo dental que los otros niños y niñas de edades menores.

La experiencia previa con el dentista, según los resultados obtenidos, sugieren que el niño o niña, que asiste por vez primera puede presentar niveles moderados y altos de miedo dental con mayor frecuencia que los encontrados en aquellos niños y niñas que asistieron más de dos veces a consulta (es decir que tienen experiencia previa), en los cuales los niveles de miedo dental son frecuentemente bajos.

Otros aspectos son igualmente similares a los encontrados en los resultados generales, predominando los niveles bajos de miedo dental, como el caso de niños y niñas con padres o familiares que tuvieron temor o no al tratamiento dental.

El valor de la media fue obtenido de un total de 190 niños y niñas en un rango de escala de 1 (Mínimo o muy poco miedo) a 5 (Máximo o miedo muy intenso). (Tabla 3)

La figura 3 nos permite apreciar las diferencias en cuanto al puntaje medio

Tabla 3. Promedios y desviaciones estándar por ítems del CFSS-DS

Items	X	DE
1. Dentistas	1,7	0,9
2. Médicos	1,9	1,0
3. Inyecciones	2,7	1,3
4. Que alguien examine tu boca	1,6	0,8
5. Tener que abrir tu boca	1,1	0,7
6. Un extraño te toque	2,6	1,3
7. Alguien te mire	2,1	1,1
8. El motor del dentista	2,1	1,2
9. Ver el motor del dentista	1,9	1,0
10. Escuchar el ruido del motor del dentista	2,2	1,1
11. Alguien colocando instrumentos en tu boca	1,7	1,0
12. Asfixia	2,7	1,3
13. Tener que ir al hospital	2,0	1,1
14. Personas con uniforme blanco	1,6	0,9
15. El dentista haciendo limpieza de tus dientes	1,6	0,9

X: Promedio, DE: Desviación estándar

obtenido por todos los ítems, es evidente que los ítems que mayor promedio presentan son el 12 (asfixiarse) con una media de 2,8, el ítem 3 (inyecciones) con

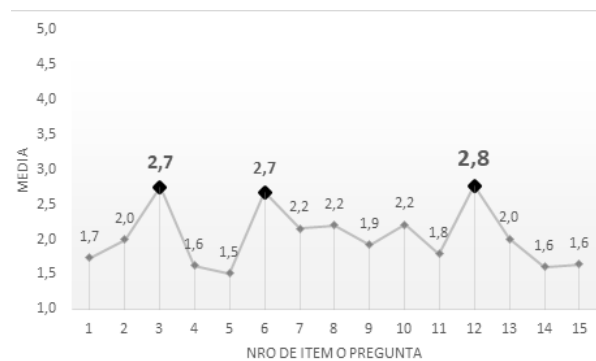


Figura 3. Media de puntajes (eje vertical) obtenidos para los 15 ítems de acuerdo al CFSS-DS, indicados en el eje horizontal por los números correspondientes. Los resultados corresponden a un total de 190 niños de la ciudad de El Alto, 2019.

una media de 2,7 y finalmente el ítem 6 (que un extraño te toque) con una media de 2,7. En la Figura 4, pueden observarse estos mismos resultados, organizados de menor a mayor promedio en cuanto a nivel de miedo dental.

Estos tres ítems son interpretados por el valor de la escala como una condición de

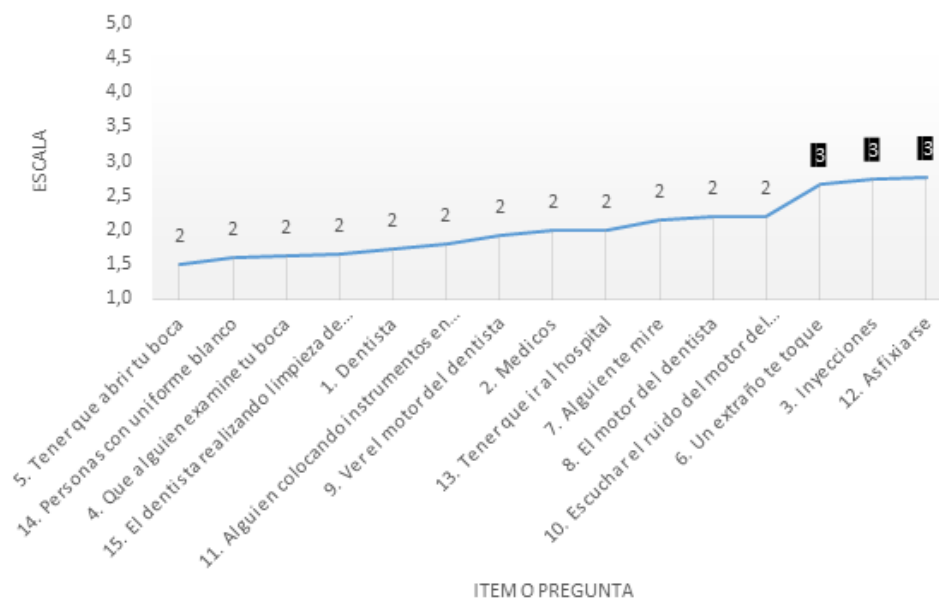


Figura 4. Media de puntajes obtenidos por ítems en el CFSS-DS. Los resultados corresponden a un total de 190 niños de la ciudad de El Alto, 2019.

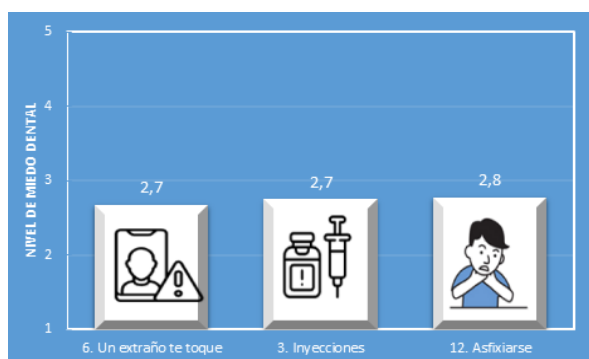


Figura 5. Media de los ítems con más puntajes obtenidos en el CFSS-DS. Los resultados corresponden a un total de 190 niños de la ciudad de El Alto, 2019.

miedo dental moderado, a diferencia del resto de los ítems que son interpretados por la escala como de miedo dental bajo. Por tanto, puede asumirse que el nivel de miedo puede incrementarse en niños y niñas debido a pensamientos de que pueden asfixiarse durante la sesión, o el dolor provocado por las inyecciones o la desconfianza que provoca una persona desconocida. En la Figura 5, puede observarse estos resultados más gráficamente.

Discusión

El miedo al tratamiento dental en niños y niñas es reconocido en la actualidad como una fuente seria de problemas para la salud que puede inclusive persistir hasta la adolescencia y adultez, lo cual puede causar problemas comportamentales que dificulten o impidan la asistencia odontológica.¹⁶⁻¹⁸ De modo que para prevenir y atender este tipo de situación es primordial identificar la ansiedad dental tan pronto como sea posible a una edad temprana.

El objetivo del presente estudio fue evaluar el nivel de miedo dental presente en los niños que asistieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Franz Tamayo Sede El Alto, mediante el empleo del CFSS-DS.

Esta escala ya fue evaluada en varios países, siendo las investigaciones de Hartman y Col. (1998), Ten Berge y Col. (1998) y Ten Berge y Col. (2002) confirmando la fiabilidad, validez y alfa de Cronbach de 0,90 de este instrumento de evaluación del miedo al tratamiento odontológico del paciente infantil.¹⁷

El cuestionario de CFSS-DS ha sido validado, modificado y aplicado en diferentes culturas e idiomas tales como en Suecia, Japón, Holanda, Grecia y Croacia.¹⁸

La estimación de porcentaje de niños y niñas (15%) que presentan un nivel alto de miedo dental en la presente investigación está dentro de los rangos promedios de prevalencia esperados por la OMS,^{21,22} y como también lo evidenció un estudio¹⁹ que recopiló y comparó los resultados de varias investigaciones realizadas en diferentes regiones y etnias del mundo estimando que existe una prevalencia entre el 3% y el 43% de ansiedad dental presente en niños en la temprana infancia, el estudio concluyó mencionando que estas diferencias son producto de la cultura en mediación con otros factores como la edad y el género.

El nivel promedio de miedo dental existente entre los niños y niñas en nuestra población es en general bajo ($m=30,5$), estos resultados son similares a los encontrados en estudios previos

con similar rango de edades, como los realizados en Singapur ($m=30,6$),²⁰ pero este puntaje medio de ansiedad dental obtenido es más alto que los encontrados en niños y niñas que en general variaron en edades de 5 a 12 años de investigaciones llevadas a cabo en otras poblaciones como Turquía ($m=28,1$),²¹ USA ($m=28,1$),²² Finlandia ($m=22,1$),²³ Suecia ($m=23,1$)²⁴ y Holanda ($m=23,2$).²⁵ Sin embargo, también hay estudios hechos en poblaciones que tienen puntajes un poco más elevados que lo obtenido en la presente investigación como los realizados en Canadá ($m=31,9$)²⁶ y China ($m=35,5$)²⁷ donde los niños evaluados tuvieron una edad promedio de 7 años.

Es importante mencionar que, a nivel internacional, prácticamente en su totalidad las investigaciones sobre miedo a la consulta odontológica en niños y adolescentes empleando el CFSS-DS, se han llevado a cabo en países angloparlantes o del norte de Europa como los mencionados previamente, en relación con la poca cantidad de investigaciones sobre el tema que fueron realizados en Latinoamérica.³²⁻³⁴

Entre los estudios llevados a cabo que fueron más cercanos a nuestra región o culturalmente similares, son de mencionar los realizados en Colombia¹² en niños de 3 a 7 años con un promedio de edad de 5 años, en el cual los resultados globales indicaron que los niveles de ansiedad y miedo ante una consulta odontológica están en rangos bajos a moderados (17% de prevalencia) y son independientes del sexo y edad. Estudios realizados en Perú hallaron que aproximadamente dos tercios de niños de 3 a 6 años no presentaron ansiedad (69%),²⁸ sin embargo, se observó

un ligero incremento en ansiedad en las edades de 6 y 7 años (33%).²⁹ En México, un estudio realizado en 100 niños de 4 a 6 años de edad reveló que el 56% no presentó ansiedad, mientras que en el 44% restante sí manifestó esta condición.³⁰

No se encontraron diferencias significativas de miedo dental entre niños y niñas en el presente estudio, lo cual va acorde a los resultados de las investigaciones previamente mencionadas, de modo que se puede asumir que este problema afecta de forma similar a ambos géneros.

Los resultados por grupo de edades en general no revelaron diferencias importantes entre ellos. Con relación a la edad, se ha reportado que ésta es una variable que se encuentra relacionada con los niveles de miedo, lo cual ha sugerido que a menor edad se expresan niveles más elevados de miedo ante la consulta odontológica,^{11,36} por tanto es relevante mencionar que en contraste con lo expuesto anteriormente, los niños y niñas mayores (grupo de edad de 10 a 12 años) participantes de la presente investigación evidenciaron un nivel de miedo dental moderado más elevado que el de los otros grupos de edades de niños y niñas de menor edad, lo cual sugiere que este problema puede ser más acentuado para niños en este rango de edad en nuestra población, pero hay que tomar con precaución estos resultados, debido a que no se encontró conclusiones similares en la literatura consultada.

El efecto modulador de la cultura en asociación con otras variables puede ser una de las causas por la que reportes de miedo dental han variado de región en región afectando la variabilidad de la

medición del miedo dental en los niños. Según Folayan (2004), esto se puede deber a que la cultura a través de creencias y valores culturales afecta directamente los esquemas cognitivos para interpretar los eventos como amenazantes. A medida que la esfera cognitiva se desarrolla más con la edad, también lo hace la influencia de la cultura.³¹ Ortego en el año 2011, indica que en relación a la adherencia o indiferencia al tratamiento dental se deben considerar diferentes variables sociodemográficas, así como las creencias del paciente, refiriendo que los mismos tienen sus propias representaciones para la salud y temores que lo acompañan en este ámbito.³²

En la presente investigación no se levantaron datos en la encuesta referentes a procedencia o grupo étnico al que se identifican los pacientes y sus familiares. Sin embargo, gran parte de la población de la ciudad de El Alto, pueden pertenecer al grupo indígena aymara (establecidos gracias a la migración campesina y minera), puesto que en el Censo de población y vivienda de 2001 el 81,29% (INE 2002) de esta población se autoidentificó como indígena. Estos datos nos permiten afirmar que la ciudad de El Alto es una urbe indígena-popular y fundamentalmente aymara con una larga historia de luchas sociales indígenas,³³ los aymaras son caracterizados culturalmente como una etnia guerrera.

En el contexto nuestro, una mayor participación con la cultura aymara puede ser un factor de protección contra el miedo, son las conclusiones a las que llegó un estudio realizado sobre salud mental en niños aymaras,³⁴ sus resultados sugieren que aquellos con una alta participación

en las tradiciones propias de esta cultura, evidenciaron niveles más bajos de miedo y menos sentimientos de desesperanza, lo cual indica que los niños aymaras con alta participación cultural pueden afrontar mejor el miedo.

En el presente estudio debido a que todos los niños participantes comparten similitudes en características de región, cultura y tradiciones, hacen que estos factores no sean diferenciadores de importancia al compararlos por grupos de edad, género o experiencia previa.

La experiencia previa con la consulta odontológica resulta ser también un factor de diferenciación, ya que los resultados de otras investigaciones sugieren que en la medida que el niño o niña asistió a la consulta al menos dos sesiones previas su nivel de miedo dental es de manera general bajo, en relación a aquellos otros niños o niñas que no han tenido esta experiencia previa, en tal caso sus niveles de miedo dental moderado y alto suelen ser más elevados. Resultados similares acerca de la influencia favorable de la experiencia previa fueron reportados por otros autores.^{5,19,31}

Finalmente se encontró que los motivos que más miedo provocan a los niños y niñas del tratamiento odontológico según la presente investigación son las de sufrir asfixia, las inyecciones y que un desconocido lo atienda. Así mismo un estudio realizado en España reportó que las principales causas que pueden provocar miedo infantil son las "inyecciones, las fresas y turbinas", mientras que el hecho de abrir la boca y ver a la gente vestida de uniformes blancos apenas provocan miedo.³⁵

El abordaje del miedo dental implica que el profesional conozca e implemente diversos métodos que le ayuden a identificar los principales factores de riesgo que puedan generar en sus pacientes infantiles niveles altos de ansiedad. Sobre decir que el adecuado manejo de esta es de suma importancia, ya que los procedimientos sencillos pueden convertirse en algo muy complejo y traumático si no se le hace frente de manera adecuada.³⁰

Entre algunas técnicas que demostraron ser eficaces para reducir el nivel de miedo del paciente infantil, se pueden mencionar el conversar con el niño antes de iniciar el tratamiento, informar el procedimiento que le será realizado de una manera fácil y comprensible, es importante que el dentista aprenda técnicas de comunicación y mantenga un ambiente relajado y agradable.³⁶ Técnicas de terapia cognitiva, desensibilización sistemática y terapia de exposición, son recomendables en casos en que el niño o niña presenta una marcada ansiedad,³⁷ es así que la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (AAAPD) sugiere técnicas específicas de manejo comunicativo como el decir- mostrar y hacer, control de voz comunicación no verbal, refuerzo positivo y distracción.³⁸ Otras técnicas como musicoterapia o aromaterapia suelen ser también muy útiles.³⁹

Por tanto, es importante generar propuestas de intervención psicológica para niños que padecen episodios de miedo asociados a la atención odontológica, tal como el desarrollo de guías que incorporen las mejores prácticas donde exista la participación tanto del dentista, como del psicólogo. De esta manera se consideró

incorporar el punto de vista psicológico en los servicios de salud bucal de la Clínica Odontológica UNIFRANZ.

La configuración del ambiente (presencia de cuadros u objetos lúdicos) e inclusive la vestimenta del profesional (colorida o con estampados) puede influir positivamente para atenuar el miedo en el niño.⁴⁰

La atención de pacientes se vio afectada por el brote de la pandemia del COVID-19, lo cual sumó otro factor que puede incrementar los niveles de miedo no solo en el niño y su familia sino también el dentista sobre todo en la etapa de confinamiento o cuarentena. La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría enfatiza que mientras este estado de emergencia esté presente se debe realizar solo la atención odontológica únicamente a pacientes que presenten urgencias, y suspender el tratamiento dental no esencial. Aconseja en lo posible, llevar a cabo la atención virtual, empleando tele-odontología, por medio del teléfono o uso de aplicaciones.⁴¹

El objetivo es brindar siempre una atención cálida al niño y sus familiares, fomentando un ambiente seguro, para disminuir el miedo y facilitar la atención, aun en momentos tan desfavorables como en la actual pandemia. Es claro que debe hacerse hincapié en todo momento lo importante que son los hábitos de higiene bucal. Durante el curso de la pandemia todos los hábitos de higiene personal constituyen el arma más eficaz de prevención.⁴²

El dentista debe brindar seguridad y apoyo en cada instante del tratamiento, a fin de detectar temores o aprensión en el niño, en especial a lo que respecta en cuanto al virus,

ya que puede tener miedo de contagiarse, tranquilizarle indicándole que se están tomando todas las medidas posibles para evitar cualquier contagio, siempre con un tono de voz tranquilizador, amigable y entusiasta ejerciendo comunicación visual.⁴²

Conclusiones

Los resultados indican que la prevalencia de miedo dental entre los niños y niñas de la ciudad de El Alto es baja. Estos datos son similares a los reportados por otros estudios. No hay evidencia de diferencias significativas de miedo dental por género. El nivel de miedo es mayor en niños mayores en el grupo de 10 a 12 años con relación al resto de edades menores.

Mayores niveles de miedo dental fueron obtenidos en niños y niñas que asistieron por vez primera al dentista en relación con los niveles bajos en aquellos niños que ya tuvieron experiencia odontológica previa. Los factores identificados que causaron mayor miedo en la consulta odontológica en orden de importancia fueron el de asfixiarse, las inyecciones y que alguien extraño los toque.

La herramienta CFSS-DS demostró ser un instrumento fácil y rápido en su aplicación, que puede ser empleado en la práctica para detectar el miedo dental e identificar los factores que pueden causar más ansiedad al niño, lo cual posteriormente permitiría escoger una estrategia de tratamiento más efectiva. Sin embargo, es importante señalar que su valor reside especialmente en evaluar aspectos específicos del miedo dental mientras que su valor predictivo con

respecto a los problemas de conducta es relativamente bajo. Es decir, el CFSS-DS parece indicar el nivel y la naturaleza del miedo dental de un niño adecuadamente, pero no debe usarse para predecir su comportamiento durante el tratamiento. Una de las limitaciones en el empleo de esta escala en niños, es que no es posible autoadministrarla debido a la dificultad de lectura y comprensión de niños de corta edad, por tanto, como fue mencionado anteriormente requiere el asesoramiento directo del investigador. También se debe tener precaución, ya que los niños que no tienen experiencia dental previa pueden no comprender los elementos relacionados con el tratamiento.

Los resultados y conclusiones obtenidos en el presente estudio deben ser interpretados con cautela, considerando como una de las limitaciones el tamaño de muestra que fue evaluado. Investigaciones posteriores con un mayor número de individuos podría presentar resultados más representativos, de esa forma también se podrían realizar evaluaciones dentro de diferentes subgrupos estratificados en función al nivel de miedo dental; así evaluando otros factores potenciales que podrían estar influenciando hacia niveles altos de miedo.

Conflictos de Intereses y Financiación

El presente trabajo fue presentado y aprobado para contar con el financiamiento de la Universidad Privada Franz Tamayo.

Los autores no declaran conflictos de interés durante la realización del presente estudio.

Agradecimientos

Lucía Alvarado-Arnez, Coordinadora Nacional de investigación.

Rosio Buitrago, Docente Investigadora de la Sede El Alto.

Rodrigo Quispe, Jefe de la Clínica Odontológica Sede El Alto.

Alvaro Ibañez, Director de Carrera de Odontología de la Sede El Alto.

Nelson Tórrez, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Sede El Alto.

Katia Camacho, Decana Académica de la Sede El Alto.

Eve Gómez, Vicerrectora de la Sede El Alto.

Referencias bibliográficas

1. Boj. Odontopediatría. La Evolución del niño al adulto joven. Primera ed. López R, editor. Madrid: Ripano S. A.; 2011.
2. Sumil R, Manisha A, Kiran A, Sapna K, Nagakishore V. Evaluation of dental fear in children during dental visit using children's fear survey schedule-dental subscale. *Internacional Journal of Clinical Pediatric Dentristry*. 2013 January-Abril; 1(6): p. 12-15.
3. Raadal M, Skaret E. Background Description and Epidemiology. In Lars-Göran Ö, Erik S. Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety.: John Wiley & Sons, Ltd; 2013. p. 21.
4. Cohen L, Harris S, Bonito A. Afrontar el dolor de muelas: un estudio cualitativo de personas de bajos ingresos y minorías. *Health Dent*. 2007;(67): p. 28-35.
5. Newton T, Mistry K, Patel A. Estrés en odontólogos: una comparación de. *Dent Care*. 2002;(9): p. 100-104.
6. Rivera Z, Fernández P. Ansiedad y Miedos Dentales en Escolares Hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005; 3(37).
7. Ayer WA. Psychology and dentistry : mental health aspects of patient care Binghamton, N Y: The Haworth Press, Inc.; 2005.
8. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's Fear and Behavior in Private Pediatric. *Pediatric Dentistry*. 2004;; p. 316-321.
9. Bolin A. La salud dental de los niños en Europa: una investigación epidemiológica de niños de 5 y 12 años en ocho países de la UE. *Swed Dent*. 1997;(21): p. 1-33.
10. Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Orígenes del miedo infantil. *Behav Res Ther*. 1995;(33): p. 313-329.
11. Quesada J, Azanza N. La presencia de Jos padres durante el tratamiento dental de los niños: Un tema realmente controvertido. *Avances en odontoestomatología*. 1990;(6): p. 265-269.
12. Ramos KAL, Madera V, Gonzales F. Ansiedad y miedo en niños atendidos en consulta odontológica en la universidad de Cartagena. *Revista Odontológica Mexicana*. 2018 Enero-Marzo; 22(1): p. 8-14.
13. Cerrón CM. Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el instituto de salud oral de la fuerza aérea del Perú – 2010. [Tesis]: Facultad de odontología: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2010.
14. Gonzales G. Miedos infantiles y estilo de educación: diferencias y similitudes entre España y Costa Rica. [tesis] Granada: Universidad de Granada; 2005.
15. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE. The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms. *Community Dental Health*. 1995;(12).
16. Ma L, Wang M, Jing Q, Zhao J, Wan K, Xu Q. Reliability and validity of the Chinese version of the Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale. *International Journal Of Paediatric Dentistry* , [cited May 23, 2017]; 25(2): 110-116. ; 2015.
17. Carrión K. Ansiedad dental en los (as) niños (as) de 4 a 12 años en la Clínica Odontopediátrica del Hospital Universitario de Motupe, periodo marzo-julio del 2015. [Tesis]: Carrera de Odontología: Universidad Nacional de Loja; 2015.
18. Martínez K, Alfaro I, Herrera M, Navarro I. Niveles de ansiedad y miedo en niños de 3 a 8 años en las Clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. [Tesis]: Facultad de Odontología: Universidad de Cartagena; 2013.

19. Foyolan E, Idehen E, Ojo O. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2004;(14): p. 241-245.
20. Chellappah N, Vignehsa H, Milgrom P, Lam L. Prevalence of dental anxiety and fear in children in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990 Octubre; 5(18): p. 269-27.
21. Raadal M, Milgrom P, W P, Mancl L, Cauce A. The prevalence of dental anxiety in children from low-income families and its relationship to personality traits. *J Dent Res*. 1995 Agosto; 8(748): p. 1439-1443.
22. Vignehsa H, Chellappah N, Milgrom P, Going R, Teo C. A clinical evaluation of high- and low-fear children. *ASDC J Dent Child*. 1990 Mayo - Junio; 3(57): p. 224-228.
23. Alvesalo I, Murtomaa H, Milgrom P, Honkanen A, Karjalainen M, Tay K. The Dental Fear Survey Schedule: A study with Finnish children. *Int J Paediatr Dent*. 1993 Diciembre; 4(3): p. 193-198.
24. Klingberg G, Berggren U, Norén J. Dental fear in an urban Swedish child population. *Community Dent Health*. 1994 Diciembre; 4(11): p. 208-214.
25. Berge M, Veerkamp J, Hoogstraten P, Prins P. Childhood dental fear in the Netherlands: Prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002 Abril; 2(30): p. 101-107.
26. Seligman L, Hovey J, Chacon K, Thomas H. Ansiedad dental: un problema poco estudiado en la juventud. *Clinical Psychology Review*. 2017 Abril; 10(55): p. 25-40.
27. Majstorovic M, Veerkamp J, SI. Reliability and validity of measures used in assessing dental anxiety in 5- to 15-year-old Croatian children. *Eur J Paediatr Dent*. 2003 Diciembre; 4(4): p. 197-202.
28. Pantoja E, Mattos-Vela M. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. *Clinical Research*. 2018; 3(20): p. 81-91.
29. Urbina S. Relación entre ansiedad y respuesta fisiología en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica [Tesis]. Lima: Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
30. Juárez López A, Retana F, Delgado A. Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. *ADM*. 2014; 71(1): p. 9-15.
31. Rowe M. Dental fear: comparisons between younger and older adults. *American Journal of Health Studies*. 2005; 20(3-4): p. 219-224.
32. Ortego MdC. Universidad de Cantabria - Asignatura Ciencias Psicosociales II. [Online].; 2011 [cited 2021 Julio Jueves. Available from: <https://ocw.unican.es/course/view.php?id=191>.
33. Mamani P. EL RUGIR DE LA MULTITUD: Levantamiento de la ciudad aymara de El Alto y la caída del gobierno de Sánchez de Lozada. *Análisis de Coyuntura*. 2003 Octubre.
34. Caqueo-Úrizar A, Urzúa A, De Munter K. Mental health of indigenous school children in Northern Chile. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(11).
35. Rodríguez-Peinado N, Olmo-Boluda R, Mourelle-Martínez M, Gallardo-López N. Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. *Gaceta dental: Industria y Profesiones*. 2008;(195): p. 150-164.
36. Chambers D. Comunicarse con el joven paciente. *Asociación J Am Dent*. 1976; 4(93): p. 793-9.
37. Laguna Murcia P. El origen del miedo dental está vinculado a vivencias infantil. Internet. .
38. Subcommittee, clinical affairs committee - Behavior management. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 2008 Oct 11; 32(6).
39. Kain Z, Caldwell-Andrews A, Krivutza D. Musicoterapia interactiva como tratamiento para la ansiedad preoperatoria en niños: un ensayo controlado aleatorio. *Anesth Analg*. 2004;(98): p. 1260-126.
40. Hermida L, Puig F, Braun A, Ram D, Volfovikz R. Preferencia de pacientes niños y sus padres respecto a la vestimenta y sexo del odontopediatra. *Actas Odontológicas*. 2017 Julio; 17(1): p. 33-42.
41. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría, Aime de Bilbao A, Figueroa de Garzón M, Sogbe de Agell R. Estrategias Psicoconductuales en la atención odontopediátrica. 2020 En publicación.
42. ALOP ALdO. Modelos de Consentimiento Informado para la Atención de Urgencias en tiempos de COVID-19. 2020 Abril.
43. Fowler-Kerry S, Lander J. Manejo del dolor por inyección en niños. *Dolor*. 1987;(30): p. 169-175.
44. Hogue M, Howard MWD, Allen K. Use of video eyewear to manage distress in children during restorative dental treatment. *Pediatr Dent*. 2012; 5(34): p. 378-82.
45. Rath S, Khandewal M. Effectiveness of Distraction Techniques in Managing Pediatric Dental Patients. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2019; 1(12): p. 18-24.
46. Mattos-vela M. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. *Odovtos Int J Dent Sci*. 2018; 3(20): p. 81-91.

47. Alves A, Ambrosano G, Possobon R, Costa L. Miedo a la evaluación en niños brasileños: La relevancia del miedo al. *Psic. Teor. e Pesq.* 2004; 3(20): p. 22-38.
48. Rivera I, Parra A. Ansiedad y Miedos dentales en escolares Hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2007; 3(37): p. 461-471.
49. Galván J. [www.saludymedicina.org](https://www.saludymedicina.org/post/un-15-de-la-poblacion-espanola-padece-odontofobia). [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 15. Available from: <https://www.saludymedicina.org/post/un-15-de-la-poblacion-espanola-padece-odontofobia>.
50. Bladé J. [www.lavanguardia.com](https://www.lavanguardia.com/vida/20091217/53845964244/joan-blade-el-miedo-al-dentista-afecta-al-15-de-la-poblacion.html). [Online].; 2009 [cited 2020 Noviembre 16. Available from: <https://www.lavanguardia.com/vida/20091217/53845964244/joan-blade-el-miedo-al-dentista-afecta-al-15-de-la-poblacion.html>.

Recibido: 13/02/2021

Aceptado: 25/09/2021

Correspondencia: Carla Larrea Eyzaguirre , correo: larreacarlita55@gmail.com