



PUESTA  
AL DÍA

# FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD DENTAL DEL PACIENTE INFANTIL

Bartolomé Villar, B. Torres Moreta, L. Méndez Zunino, M. Almenara Rodríguez, M<sup>a</sup> G.  
Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. *Cient. Dent.* 2019; 16; 1; 59-66



**Bartolomé Villar, Begoña**  
Profesora titular del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid (UEM).

**Torres Moreta, Luz**  
Profesora adjunta del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid (UEM).

**Méndez Zunino, Mercedes**  
Profesora adjunta del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid (UEM).

**Almenara Rodríguez, M<sup>a</sup> Gabriela**  
Odontóloga. Práctica privada.

**Indexada en / Indexed in:**  
- IME  
- IBECs  
- LATINDEX  
- GOOGLE ACADÉMICO

**Correspondencia:**  
Begoña Bartolomé Villar  
C/ Clara del Rey 79, 3<sup>o</sup>B  
28002 Madrid  
Tlf.: 661622167  
begona.bartolome@universidadeuropea.es

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2018.  
Fecha de aceptación para su publicación: 14 de marzo de 2019.

## RESUMEN

La ansiedad dental es un problema muy común en la actualidad, que afecta tanto a niños como a adultos. Su presencia puede desencadenar importantes conflictos a la hora de realizar el tratamiento odontológico por la aparición de conductas o comportamientos inadecuados. Diversos factores pueden contribuir a su desencadenamiento o a su acentuación, por lo que su conocimiento previo podría minimizar las posibles consecuencias adversas. El objetivo de este trabajo es dar a conocer los factores que pueden influir en la instauración de la ansiedad dental en el paciente infantil.

Aunque no existen resultados concluyentes, encontramos que los factores psicológicos (influencia de padres y amigos, personalidad del paciente, sexo, experiencias anteriores...) influyen de una manera más importante en la aparición de la ansiedad dental. Los factores físicos/ ambientales (decoración de la consulta, vestuario del profesional, instrumental, nivel socioeconómico...) pueden también favorecer, en determinadas ocasiones, temores en el gabinete odontológico. Por ello, se recomienda la realización de más estudios que permitan llegar a resultados más confiables con el fin de disminuir los factores causantes de la ansiedad y miedo dental en los pacientes infantiles.

## PALABRAS CLAVE

Ansiedad dental y miedo; Experiencias dentales negativas; Factores de la ansiedad dental; Dolor en odontopediatría; Paciente pediátrico.

## FACTORS THAT INFLUENCE DENTAL ANXIETY IN CHILDREN

### ABSTRACT

Dental anxiety is a very common problem today, affecting both children and adults. The presence of this type of emotions can trigger important conflicts when performing dental treatment due to the occurrence of inappropriate behaviors. Several factors may contribute to trigger or increase anxiety, so that prior knowledge could minimize the possible adverse consequences. The objective of this review is to present the factors that may influence the dental anxiety in children.

Although no conclusive results have been obtained, it was found that psychological factors (parents and friends influence, patient personality, gender, previous experiences ...) have more influence in the origin of dental anxiety. The physical/ environmental factors (decoration of the dental office, clothes or uniform, dental instrumental, socioeconomic level...) can also favor, in certain occasions, to increase fears at the dental visit. Therefore, it is recommended that more studies be carried out in order to achieve more reliable results in order to reduce the factors that cause dental anxiety and fear in young patients.

## KEY WORDS

Dental anxiety; Dental anxiety and fear; Dental behavior; Anxiety in children; Dental visit; Dental care; Pediatric dental patient.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento dental representa un acto altamente estresante que puede afectar tanto a niños como a adultos. A causa de ese miedo y/o ansiedad dental, algunos pacientes infantiles suelen evitar frecuentemente la asistencia odontológica, lo que puede conllevar a una deficiencia en la asistencia sanitaria y al mantenimiento de una salud oral inadecuada<sup>1</sup>. El hecho de que la imagen del odontólogo siga teniendo una visión negativa provoca que muchos niños acudan a la consulta con una gran carga de ansiedad; además, es usual que se puedan generar conductas aversivas o desafiantes, lo cual genera problemas de comportamiento durante el tratamiento en el gabinete odontológico.

El poder reconocer aquellos factores que generan, desencadenan o acrecientan dicho temor, ayudaría al profesional a saber cómo obviarlos, prevenirlos o cuando menos, minimizarlos con el fin de obtener un grado de colaboración adecuado, haciendo que el paciente infantil se sienta más seguro y se pueda realizar el tratamiento odontológico en las mejores condiciones posibles. Por todo ello, el odontopediatra tiene un importante desafío: identificar a estos niños e intervenir con el objeto de reducir su temor irracional<sup>1</sup>.

La ansiedad dental es un fenómeno complejo y multifactorial que puede desencadenar síntomas a nivel cognitivo (inquietud, tensión, pérdida de control, respuestas evasivas, negación...), fisiológico (taquicardia, palpitaciones, disnea, molestias digestivas, vómitos/náuseas; cefaleas, mareos, sudoración, sequedad de boca...) y motor (hiperactividad, llanto, tensión muscular reflejándose fácilmente en la expresión facial)<sup>2</sup>.

En la actualidad existen diferentes métodos, como las escalas, para poder medir el grado de miedo/ansiedad que presentan los pacientes ante el tratamiento dental. Las más utilizadas en pacientes odontopediátricos son: "Modified Child Dental Anxiety Scale-faces" (MCDAS), "Children's Fear Survey Schedule" (CFSS-DS), "Modified Venham Picture Test" (MVPT), "Facial Image Scale" (FIS) y "Abeer Children Dental Anxiety Scale" (ACDAS)<sup>3</sup>, adaptadas a las diferentes edades en las que se van a aplicar. Otros métodos a considerar serían el empleo de un pulsioxímetro (útil para valorar la ansiedad que presenta el paciente en las distintas etapas del tratamiento) o la medición de la tensión arterial mediante un esfigmomanómetro.

Una vez identificado el paciente con ansiedad, su manejo en la clínica dental suele ser un reto para todo el personal sanitario. Existen diversos métodos para el control del dolor y del comportamiento del paciente odontopediátrico<sup>2</sup>. Entre los métodos no farmacológicos destacamos las técnicas convencionales de manejo de la conducta (de comunicación, modificación y restricción física, esta última siempre previo consentimiento informado) y otros menos

convencionales como la musicoterapia, aromaterapia, hipnosis y/o distracción audiovisual.

Los métodos farmacológicos se utilizan cuando el niño no es capaz de tolerar, sin molestias, los procedimientos odontológicos o cuando tiene un alto nivel de ansiedad; pudiendo emplear sedación consciente (fundamentalmente con benzodiazepinas, antihistamínicos y/u óxido nítrico), sedación profunda o recurriendo, en casos más graves, a la anestesia general.

Las técnicas de manejo dependerán de la edad, historia médica/dental, nivel de comprensión/ colaboración y del grado de ansiedad que presente el paciente, siendo primordial intentar atenuar el estrés generado, lo cual podremos realizar adecuadamente si conocemos las causas que lo provocan. El objetivo de este trabajo es dar a conocer los factores que pueden influir en la instauración de la ansiedad dental en el paciente infantil.

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD DENTAL DEL PACIENTE INFANTIL

Tratar a los pacientes infantiles es un desafío tanto para los profesionales odontológicos como también para los propios niños. El acudir a recibir tratamiento dental supone una situación estresante para la mayoría de las personas, lo cual puede acrecentarse cuando el paciente presenta ciertos temores o miedos.

Muchos son los factores que se han involucrado en el desencadenamiento y/o acentuación de la ansiedad en el consultorio dental, desde problemas personales (edad, sexo, temperamento, problemas emocionales y de comportamiento, herencia cultural, presencia general de miedo y ansiedad, etc.) a situacionales (experiencia de dolor y desagrado en el gabinete dental, falta de control, dentista con inadecuado comportamiento, etc.).

A continuación, vamos a resaltar los factores más relevantes que pueden influenciar el desarrollo de ansiedad en el paciente odontopediátrico:

### 1. FACTORES PSICOLÓGICOS

#### 1.1 Influencia de los padres, familiares y amigos

No se puede juzgar o encasillar a un paciente infantil porque haya tenido una actitud inadecuada puntual durante el tratamiento o consulta dental sin previamente haber realizado un reconocimiento de la actitud de los padres, debido a que cada niño posee un entorno familiar único.

El estudio de Lin y cols., detectó que el miedo dental en los niños se asocia con experiencias aprendidas a través de "modelos" (por ejemplo, la madre, la hermana o los compañeros). Este hallazgo sugiere que la imitación de los comportamientos y/o pensamientos de los niños con respecto

a cómo sus padres manejan el dolor, es un punto de apoyo para expresar y aprender numerosas respuestas que sean socialmente aceptadas<sup>4</sup>. Las experiencias dentales dolorosas/negativas previas, aprendidas por los propios niños a través de la imitación de padres, familiares y/o amigos, están frecuentemente asociadas con el miedo dental de los pacientes infantiles.

Freeman postuló que los niños con madres ansiosas responden con conductas difíciles o adversas en un intento de llamar la atención de sus padres. Por lo tanto, en muchas ocasiones, la forma en que un niño reacciona y se enfrenta al tratamiento dental depende de la capacidad de los padres para responder adecuadamente al mundo emocional e interno del niño<sup>5</sup>.

De igual manera, Crego y cols., exploraron cómo las percepciones de vulnerabilidad cognitiva pueden influir en el proceso de "transferencia emocional" de miedo dental entre los miembros de la familia. En este sentido, las percepciones de los niños se asociaron con las de sus padres, augurando significativamente el nivel de miedo dental, lo que afirma que las cogniciones de los padres pueden influir en la ansiedad de sus hijos<sup>6</sup>.

El estrés de los padres es pues, un buen indicador o factor predisponente para la ansiedad del niño en la consulta dental, siendo la madre la persona más influyente ya que el padre suele representar una figura más autoritaria y por ende el niño se ve en la obligación de ser más cooperativo<sup>7</sup>.

A pesar de esto, hay algunos estudios<sup>8,9</sup> que no observaron la existencia de una correlación positiva entre la ansiedad de los padres y la de sus hijos.

Además de los padres, los familiares y las personas más allegadas pueden influir en la ansiedad dental de los niños. AlSarheed señala que el 10% de sus pacientes infantiles tenían algún familiar que no le había gustado la visita al consultorio dental y el 18% tenían parientes que presentaban miedo al odontólogo, transmitiendo así la ansiedad al niño que iba por primera vez a la consulta. De forma semejante, los niños que tienen impresiones adversas del odontólogo es probable que las transmitan a sus compañeros, especialmente si forman la primera percepción del niño sobre un dentista<sup>10</sup>.

Estudios como el de Abanto y cols., observaron que los niños en edad preescolar con tres o más hermanos tienen niveles más altos de ansiedad dental. Una explicación para este hecho podría ser que los niños de familias más numerosas estarían directa o indirectamente expuestos a la información sobre los tratamientos dentales de sus hermanos o podrían observarlos mostrando comportamientos ansiosos durante la consulta<sup>11</sup>.

Otro dato a considerar es el tipo de educación recibida. Krikken y cols., realizaron un trabajo con 75 niños dividiéndolos en cuatro grupos según el estilo de educación reci-

bida, encontrando que no existía una clara relación entre dicha variable y el nivel de ansiedad del niño durante el tratamiento dental. Lo que sí se pudo observar es que los padres con un estilo de educación más autoritario estaban más seguros de que sus hijos se comportarían mejor y sin desarrollar ansiedad<sup>12</sup>.

Resultados contrapuestos se reflejan en el estudio de Aminabadi y cols., ya que observan cómo los estilos de educación recibida sí se asocian significativamente con la ansiedad del niño, sobre todo los hijos de padres autoritarios<sup>13</sup>. También existen diferencias con el trabajo de Krikken y cols., respecto al comportamiento del paciente, ya que los hijos de padres autoritarios presentaron más problemas de conducta durante el tratamiento dental, a pesar de presentar niveles de ansiedad significativamente más bajos; por lo tanto, concluyen que el estilo de educación es un punto importante a considerar cuando se va a tratar en la consulta a un paciente infantil ansioso<sup>14</sup>.

El grado académico de educación de los padres se ha asociado también con la cooperación de los niños en la consulta odontológica. En el estudio de Fazli y cols., los hijos de un 83,9% de los padres y un 66,1% de las madres con educación universitaria tuvieron una conducta adecuada y colaboraron durante el tratamiento dental<sup>14</sup>; por el contrario, Salem y cols., no encontraron dicha correlación<sup>9</sup>.

## 1.2 Personalidad y otros aspectos psicológicos del niño

El temperamento o personalidad de una persona puede constituir una predisposición para el miedo; así, los pacientes altamente temerosos tienen un miedo sobreestimado del dolor dental, siendo bastante probable que la sensibilidad al dolor sea un componente importante de las expectativas y reacciones a los procedimientos dentales. Sin embargo, ciertos temores de la niñez muestran cambios a través de los años, de forma que algunos de estos miedos disminuyen o incluso desaparecen a medida que los niños crecen.

Estos temores, en muchas ocasiones, generan problemas de comportamiento en el consultorio dental con actitudes no cooperativas tras el contacto con situaciones estresantes, lo cual provoca un retraso del tratamiento o su no realización. Soares y cols., han visto que un temperamento impulsivo, desafiante e intolerante a la frustración, asociado a déficits cognitivos e incapacidad para la interacción social, podrían contribuir a que el niño tenga un comportamiento inadecuado durante las consultas, como también un elevado grado de ansiedad dental. Otro hallazgo importante es que los niños con un menor bienestar psicológico al inicio del estudio tenían un 53% más de probabilidades de tener ansiedad dental en comparación con los niños con mayor nivel de bienestar<sup>1</sup>.

Por otra parte, Versloot y cols., demostraron una relación positiva entre la ansiedad y el funcionamiento psicológico

del niño, de forma que los pacientes infantiles con niveles más altos de ansiedad dental mostraban niveles más bajos de funcionamiento psicológico, con tendencia a desarrollar más alteraciones sociales y problemas de relaciones<sup>15</sup>.

Un dato interesante es que las influencias externas pueden tener un impacto esencial en la personalidad, siendo su magnitud variable según la etapa del desarrollo considerada. El estudio de Majstorovi y cols., señala la adolescencia como una etapa en que esas influencias constituyen un factor decisivo. Ello influenciará el comportamiento del paciente ya que algunas características psicológicas propias de esta etapa pueden enmascarar el verdadero rasgo de personalidad de un individuo; es decir, pacientes introvertidos pueden estar muy ansiosos, aunque demuestren lo contrario<sup>16</sup>.

### 1.3 Cultura

Los factores culturales y lingüísticos también pueden desempeñar un papel en las actitudes y cooperación. Dado que cada cultura tiene sus propias creencias, valores y prácticas, es importante comprender cómo interactuar con pacientes infantiles de diferentes culturas, respetando sus características individuales<sup>17</sup>.

### 1.4 Edad

La mayoría de los estudios señalan cómo la ansiedad, el miedo dental y los problemas de manejo del comportamiento están muy desarrollados en etapas precoces y parecen disminuir con la edad.

El pensamiento lógico del niño se desarrolla a medida que éste madura. Por lo tanto, los niños al ir acercándose a la adolescencia son capaces de mostrar habilidades cognitivas, emocionales e interpersonales más avanzadas para hacer frente a los eventos dentales potencialmente estresantes, siendo la adolescencia la etapa de más bajos niveles de ansiedad y/o miedo dental<sup>18</sup>.

Algunos autores señalan los cuatro años como la edad crucial para poseer la capacidad suficiente para enfrentarse a un tratamiento dental<sup>19</sup>, considerando que conforme aumenta la edad, existe un mayor desarrollo cognoscitivo, que incorpora el aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad, viéndose reflejado en conductas más apropiadas; obteniendo, por lo tanto, mayor colaboración y menores miedos<sup>20</sup>.

Otros, sin embargo, señalan la edad de 5-6 años como una edad crítica para la aparición del temor odontológico ya que a edades menores no se tiene una percepción clara de miedo real<sup>9</sup>; mientras que, hacia los 6 años, los niños se enfrentan a profundos cambios sociales, adquiriendo nuevas responsabilidades en el hogar y escuela, lo que podría desencadenar altos niveles de ansiedad, entre ellos ansiedad dental<sup>1</sup>.

Por otro lado, Tickle y cols., observan cómo existe cierta variabilidad. En su estudio de cuatro años de seguimiento, la prevalencia de ansiedad dental aumentó significativamente del 8,8% a los 5 años al 14,6% a los 9 años. La ansiedad no fue estable a lo largo del tiempo; la mitad de los niños (54,3%) que estaban ansiosos a los 5 ya no lo estaban a los 9 años, y el 11,7% de los niños que no estaban ansiosos a los 5 años, se registraron como ansiosos a los 9. Por sexo, demostraron que hubo un aumento en la prevalencia de ansiedad en los niños (7,8-11%), si bien fue mucho más grande y altamente significativo en el grupo de las niñas durante los 4 años del estudio (9,8-18,3%)<sup>21</sup>.

### 1.5 Sexo del niño

Numerosos trabajos<sup>4, 9, 14, 16, 21, 22</sup> han llegado a la conclusión de que las niñas suelen ser mucho más miedosas que los niños en el gabinete dental. Carrillo-Díaz y cols., obtienen también resultados similares señalando, además, la presencia en niñas de niveles más bajos de bienestar emocional relacionado con la salud oral (esta relación no estaba presente en el sexo masculino). Según estos resultados, el sexo parece ser una clave versátil que modera la relación entre la ansiedad/ miedo dental y bienestar emocional<sup>18</sup>.

Una explicación de esta relación podría ser que los hombres y las mujeres difieren respecto a los esquemas cognitivos de la ansiedad; es decir, las mujeres sobreestiman la probabilidad de peligro y anticipan una menor capacidad de enfrentarse a aquellas situaciones que consideran peligrosas en comparación con el género masculino<sup>18</sup>, percibiendo los eventos dentales negativos de una manera significativamente más aversiva y catastrófica que los niños<sup>22</sup>. También cabría señalar la existencia de un cierto sesgo durante las encuestas de ansiedad destinadas a los pacientes infantiles, debido a que las normas y expectativas sociales difieren para ambos sexos; es decir, la respuesta al miedo está "más aceptada socialmente" en el sexo femenino que en el masculino, consecuencia de la cultura y creencias sociales existentes<sup>23</sup>.

Contradictoriamente, este hecho difiere del grado de cooperación en el consultorio dental encontrando un mejor comportamiento para las niñas<sup>14</sup>.

Resultados opuestos son los señalados por Leal y cols., no observando grandes diferencias significativas entre el sexo femenino y masculino en relación con la ansiedad y miedo dental<sup>8</sup>.

### 1.6 Antecedentes odontológicos

Otro factor que juega un rol importante son las experiencias previas que el niño haya tenido en la consulta dental o con el propio odontólogo. Se deben considerar aspectos como el número de visitas, el tratamiento a realizar, asistencia por diferentes profesionales...



Figura 1. Extracción de un mesiodens.

Respecto al primer punto, Juárez y cols., observaron que un 91,1% de los pacientes pediátricos estudiados, que no habían acudido a una primera visita al odontólogo o que no habían tenido experiencias previas negativas, no presentaban ansiedad dental<sup>20</sup>. Se debe considerar también la periodicidad de visitas de forma que los pacientes infantiles que acuden al odontólogo esporádicamente presentan niveles de ansiedad más altos que aquellos que visitan el consultorio regularmente<sup>22</sup>.

En relación al tratamiento, casi todos los estudios están de acuerdo en que las extracciones es el que provoca mayor grado de ansiedad (Figura 1). En el estudio de cohorte de Tickle y cols., se contempló que los niños de 5 años a los que les habían realizado extracciones dentales tenían el doble de probabilidad de estar ansiosos a los 9 años, al contrario de aquellos que no habían recibido este tratamiento; sin embargo, no se encontró relación clara entre dicha ansiedad y la realización de obturaciones<sup>21</sup>.

Carrillo-Díaz y cols., también analizaron el impacto de haber experimentado extracciones dentales encontrando resultados interesantes. Los niños con extracciones tendían a pensar que los eventos dentales negativos eran más probables, pero al mismo tiempo evaluaban dichos eventos de una forma menos negativa. La experiencia de una extracción dental puede proporcionar a los niños la oportunidad de obtener una visión "realista" o más equilibrada de los eventos dentales como es que a veces suceden cosas negativas, aunque no siempre son tan desagradables. Lógicamente, habría que considerar una serie de variables que podrían modular las relaciones encontradas en el estudio, como son: la gravedad de los síntomas, los motivos de la extracción (por ejemplo: caries u ortodoncia), uso de diferentes procedimientos de anestesia durante los tratamientos, las características objetivas de las visitas (duración y número de tratamientos a realizar), o incluso las habilidades de comunicación que los profesionales sanitarios lleven a cabo durante los tratamientos<sup>22</sup>.

Además de las experiencias previas y el tipo de tratamiento, otro factor a considerar es la fidelidad con el odontólogo



Figuras 2 y 3. Atuendo "pediátrico" y atuendo de "bata blanca".



Figura 4. Colocación de anestesia local.

ya que la asistencia a un mismo profesional desde la infancia hasta la adolescencia supone recibir tratamiento dental en un entorno familiar y conocido disminuyendo el temor de los niños<sup>19</sup>.

### 1.7 Ausencia/presencia de los padres en el consultorio dental

La ausencia de los padres en el gabinete se considera dentro de los factores psicológicos dada la gran relación que presenta con la ansiedad por separación que experimenta el paciente infantil. Existe gran controversia sobre este punto, encontrando resultados contradictorios.

Trabajos, como el de Juárez y cols., son partidarios de la ausencia de los padres en el gabinete, señalando que el 87,5% de los pacientes cuyos padres tuvieron confianza al dejarlos solos en la consulta dental no presentaron ansiedad, al contrario de aquellos niños en que los padres presentaron desconfianza, los cuales tuvieron 4,3 veces más riesgo de presentar ansiedad<sup>20</sup>.

Otros autores como Versloot y cols.,<sup>24</sup> y Karibe y cols.,<sup>25</sup> plantean que la presencia de los padres durante el trata-

miento dental podría reducir o minimizar la ansiedad de los niños que sí la tienen; mientras que Cox y cols., no encontraron diferencias significativas en el comportamiento de los pacientes tanto si los padres estaban presentes o no durante la visita; aun así, observaron un incremento de ansiedad en los niños y mayor dificultad a la hora de realizar el procedimiento cuando sus padres estaban presentes<sup>26</sup>. Un estudio semejante llevado a cabo por Shindova y cols., demostró que la presencia o ausencia de los padres en la sala de tratamiento no tiene un impacto negativo relevante sobre el nivel de ansiedad de los niños de 6-12 años durante su examen clínico. Dichos resultados podrían explicarse porque a esta edad los niños son capaces de separarse fácilmente de sus padres y mantener autoconfianza y autocontrol cuando se enfrentan con extraños con los que no tienen ninguna relación afectiva<sup>27</sup>.

Podríamos indicar que la decisión de que los padres permanezcan dentro del gabinete durante el tratamiento debería valorar ciertas condiciones tales como la edad del niño, su nivel intelectual, necesidad de ayuda y/o de restricción física del paciente, niños con necesidades especiales, así como el tipo de padres (motivados, permisivos, manipuladores, ansiosos...) y su grado de participación/cooperación en la consulta.

## 2. FACTORES FÍSICO/AMBIENTALES

Entre los factores físico/ambientales cabría destacar:

### 2.1 Situación económica familiar

Las dificultades económicas familiares aunado con la evolución de los estilos de educación pueden provocar, a largo plazo, cuadros depresivos o ansiosos que conlleven a una disminución en la protección, el cuidado y la disciplina de los niños, colocándoles en riesgo de una extensa variedad de problemas emocionales y de comportamiento, sin las habilidades necesarias para afrontar problemas y lidiar con nuevas experiencias<sup>17</sup>.

Algunos estudios señalan cómo los hijos de padres con bajos ingresos tenían mayor probabilidad de tener ansiedad dental en comparación con los pacientes de padres con altos ingresos<sup>1</sup> si bien Lin y cols., no obtuvieron diferencias significativas al comparar niños con diferente nivel socioeconómico<sup>4</sup>.

### 2.2 Diseño de la consulta dental

Un área de recepción y una sala de espera amigable para los niños pueden proporcionar distracción, lo cual contribuye a una disminución de la ansiedad tanto para los niños como para sus padres. Estas primeras impresiones son extremadamente importantes ya que pueden influir en los comportamientos futuros<sup>17</sup>. La elección de una clínica diseñada específicamente para pacientes infantiles es frecuente tanto

por parte de los padres como de los niños, si bien la preferencia disminuye al avanzar la edad del paciente<sup>10</sup>.

### 2.3 Vestuario del odontólogo

Tong y cols., llevaron a cabo un estudio en Singapur sobre 402 parejas compuestas por padres-hijos para conocer sus preferencias sobre el tipo de vestimenta del odontólogo, demostrando poca relación entre el vestuario y la ansiedad dental infantil<sup>28</sup>. El atuendo predilecto, tanto por los padres como por sus hijos, fue el "equipo de protección personal", seguido por el "atuendo pediátrico". Un hecho importante es que las medidas de protección (gafas y mascarillas) son bien aceptadas por casi la mitad de los niños y de los padres; contrariando la creencia de que estos elementos protectores podrían intimidar al niño, provocándole ansiedad dental<sup>10</sup>.

Diversos estudios coinciden en que los pacientes infantiles prefieren que sus odontólogos utilicen "batas blancas" antes que "batas de colores" o "atuendos pediátricos" (Figuras 2 y 3). Según Ravikumar y cols.,<sup>29</sup> y AlSarheed<sup>10</sup>, esto puede deberse a que el atuendo de "bata blanca" siempre se ha considerado como un emblema de "salud" y nivel de profesionalidad; mejorando así la confianza.

Por el contrario, en el trabajo de Münevveroğlu y cols., el 76,5% de sus participantes prefirieron que su odontólogo utilizara una "bata de color" en vez de la "bata blanca"<sup>30</sup>, ya que constituye un atuendo más amigable y por ende podría ser más apropiado para niños ansiosos, favoreciendo así una buena comunicación.

### 2.4 Objetos de la consulta

Existen instrumentos en la consulta dental que pueden causar más o menos ansiedad a los pacientes infantiles; es por ello por lo que Leal y cols., encontraron resultados significativos en relación al nivel de ansiedad que éstos causaban a los niños. Los instrumentos/equipos que provocaron mayor ansiedad fueron: jeringa y carpule de anestesia > fórceps pediátrico > sonda de exploración dental > equipo de rayos X > perforador de dique de goma > turbina > porta-clamp > espejo bucal > pinza de algodón > sillón dental<sup>8</sup>. Así pues, aquellos instrumentos más cruentos y los procedimientos aparentemente invasivos generan mayor expectativa dolorosa y, por tanto, valores de ansiedad más elevados<sup>8,10</sup>.

Este temor a la jeringa hace que la colocación de la anestesia sea uno de los momentos críticos con alta probabilidad de evitar o evadir los tratamientos dentales que requieren la colocación de anestesia local tanto en adolescentes<sup>31</sup> como en pacientes de temprana edad<sup>9</sup> (Figura 4).

### 2.5 Género del odontólogo

Algunos trabajos<sup>10, 29, 28</sup> señalan cómo, además del vestuario, el género del odontólogo ejerce cierta influencia en la

preferencia del niño. La mayoría de los pacientes odontopediátricos optaba por un odontólogo que fuera de su mismo sexo, indicando sentirse de esta manera más cómodos. Estos resultados son opuestos a los observados por Münevveroğlu y cols., donde un 84% de los niños de ambos sexos prefirieron ser tratados por un profesional del género femenino<sup>30</sup>.

## CONCLUSIONES

1. La ansiedad dental en el paciente infantil tiene un origen multifactorial.
2. De los factores estudiados, se considera que los que más influyen en la presencia de ansiedad dental en la consulta son los psicológicos. Dentro de ellos, el sexo del paciente, la influencia de los padres, familiares y amigos y las experiencias previas que haya tenido el paciente infantil en el consultorio dental, son los que más influyen en la conducta del niño; existiendo muchas contradicciones sobre el papel que desempeña la edad del paciente.
3. En relación con los factores físico/ambientales, un diseño inadecuado del consultorio, el vestuario y el género de los profesionales odontológicos, pueden desencadenar sentimientos temerosos en determinados niños.
4. Ciertos objetos de la consulta, como la jeringa, los fórceps y la turbina, entre otros, son importantes desencadenantes de ansiedad y miedo dental; siendo una causa frecuente del desarrollo de conductas inapropiadas y de abandono de los tratamientos dentales.
5. No existen factores concluyentes en la bibliografía estudiada predictores de la existencia y/o grado de ansiedad dental en el paciente infantil, por lo que consideramos conveniente la realización de más estudios que permitan identificar aquellos factores predictivos ya que su conocimiento supondrá una clave importante para conseguir una colaboración adecuada y por tanto la consecución de un tratamiento más eficaz.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Soares F, Lima R, Santos C, De Barros M, Colares V. Predictors of dental anxiety in Brazilian 5-7 years old children. *Compr Psychiatry* 2016; 67: 46-53.
2. Lazo A, Ramos W, Mercado J. Nivel de Ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad. *Rev Estomatol Altiplano* 2014; 1 (1): 27-34.
3. Fonseca L y Sanchis C. Análisis comparativo entre las distintas escalas de valoración del comportamiento, ansiedad y miedo dental en odontopediatría. *Revisión bibliográfica. Terapia* 2013; 5: 81-95.
4. Lin YL, Yen YY, Chen H Sen, Liu YC, Chang CS, Chen CM y cols. Child dental fear in low-income and non-low-income families: A school-based survey study. *J Dent Sci* 2014; 9 (2): 165-71.
5. Freeman R. A fearful child attends: A psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17 (6): 407-18.
6. Crego A, Carrillo-Díaz M, Armfield JM, Romero M. Applying the cognitive vulnerability model to the analysis of cognitive and family influences on children's dental fear. *Eur J Oral Sci* 2013; 121 (3 Part1): 194-203.
7. Fazli M, Kavandi MR. Parents's anxiety on children cooperation at dental visit. *Procedia - Soc Behav Sci* 2015; 205: 117-21.
8. Leal A, Serra K, Queiroz R, Araújo M, Filho EM. Fear and or anxiety of children and parents associated with the dental environment. *Eur J Paediatr Dent* 2013; 14 (4): 269-72.
9. Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahaabi A. Dental fear and concomitant factors in 3-6 year-old children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2012; 6 (2): 70-4.
10. AlSarheed M. Children's perception of their dentists. *Eur J Dent* 2011; 5 (2): 186-90.
11. Abanto J, Vidigal EA, Carvalho TS, Coelho de Sá SN, Bönecker M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. *Braz Oral Res* 2017; 31: 1-7.
12. Krikken JB, Veerkamp JSJ. Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9 (1): 23-8.
13. Aminabadi NA, Deljavan AS, Jamali Z, Azar FP, Oskouei SG. The influence of parenting style and child temperament on child-parent-dentist interactions. *Pediatr Dent* 2015; 37 (4): 342-7.
14. Fazli M, Kavandi MR, Malekafzali B. A method towards children's psychological health on dental visits. *Procedia-Social Behav Sci* 2014; 114: 420-6.
15. Versloot J, Veerkamp J, Hoogstraten J. Dental anxiety and psychological functioning in children: its relationship with behaviour during treatment. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9 (1): 36-40.
16. Majstorovic M, Skrinjaric T, Szirovicza L, Glavina D, Veerkamp JS. Dental anxiety in relation to emotional and behavioral problems in Croatian adolescents. *Coll Antropol* 2007; 31 (2): 573-8.
17. American Academy of Pediatric Dentists (AAPD). Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Clin Guidel Ref Man* 2015; 37 (6): 97-105.
18. Carrillo-Díaz M, Crego A, Romero-Maroto M. The influence of gender on the relationship between dental anxiety and oral health-related emotional well-being. *Int J Paediatr Dent* 2013; 23 (3): 180-7.
19. Lee CY, Chang YY, Huang S Te. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18 (6): 415-22.
20. Juárez López LA, Retana Ugalde R, Delgado López AA. 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. *Rev ADM* 2014; 71 (1): 9-15.
21. Tickle M, Jones C, Buchannan K, Milsom KM, Blinkhorn AS, Humphris GM. A prospective study of dental anxiety in a cohort of children followed from 5 to 9 years of age. *Int J Paediatr Dent* 2009; 19 (4): 225-32.
22. Carrillo-Díaz M, Crego A, Armfield JM, Romero-Maroto M. Treatment experience, frequency of dental visits, and children's dental fear: A cognitive approach. *Eur J Oral Sci* 2012; 120 (1): 75-81.
23. Kyritsi MA, Dimou G, Lygidakis NA. Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population. A clinical study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10 (1): 29-32.
24. Versloot J, Craig KD. The communication of pain in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10 (2): 61-6.
25. Karibe H, Aoyagi-Naka K, Koda A. Maternal anxiety and child fear during dental procedures: a preliminary study. *J Dent Child* 2014; 81 (2): 72-7.
26. Cox I, Krikken J, Veerkamp J. Influence of parental presence on the child's perception of, and behaviour, during dental treatment. *Eur Arch Paediatr Dent* 2011; 12 (4): 200-4.
27. Shindova M, Belcheva A. The effect of parental presence on the dental anxiety during clinical examination in children aged 6-12 years. *J IMAB* 2013; 19 (4): 435-8.
28. Tong HJ, Khong J, Ong C, Ng A, Lin Y, Ng JJ, et al. Children's and parents' attitudes towards dentists' appearance, child dental experience and their relationship with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent* 2014; 15 (6): 377-84.
29. Ravikumar D, Gurunathan D, Karthikeyan S, Subbramanian E, Samuel VA. Age and environment determined children's preference towards dentist attire - A cross-sectional study. *J Clin Diagn Res* 2016; 10 (10): ZC16-ZC19.
30. Münevveroğlu AP, Akgöl BB, Erol T. Assessment of the feelings and attitudes of children towards their dentist and their association with oral health. *ISRN Dent* 2014; 2014: 1-4.
31. Vika M, Skaret E, Raadal M, Öst LG, Kvale G. Fear of blood, injury, and injections, and its relationship to dental anxiety and probability of avoiding dental treatment among 18-year-olds in Norway. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18 (3): 163-9.