

El Miedo en Relación a la Odontología

Uso de la Escala del Miedo Dental

Fear in Relation to Dentistry
Using the Dental Fear Scale

Recibido 14/08/2019

Aceptado 15/01/2020

Manterola ER, Morales Manterola LM,
Agasi R, Corrarello A, Finlandino G,
Heredia G, Markiewicz J

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Odontología
Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I
Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La atención odontológica despierta en numerosos pacientes, especialmente en los niños, miedo y ansiedad que pueden originar conductas de rechazo a la misma o dificultar el trabajo del profesional. Para registrar la prevalencia e identificar los miedos más frecuentes en relación a la atención odontológica, se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal en un trabajo interdisciplinario con Musicoterapia. Se utilizó la Escala del Miedo (CFSS-DS), Dental Subscale of the Childrens' Fear Survey. Los resultados en un promedio de edades en años 11,41; desvío = 2,80, registraron el 53% en la puntuación 38:39. Corresponde 54.34% al sexo femenino y 45.66% al sexo masculino. El mayor porcentaje de miedo se registró a los 10 años de edad 15.24% y en el sexo femenino 54.34%. En conclusión, registrar y reconocer los miedos dentales ofreció un espacio de reflexión y elaboración de los mismos, con docentes y alumnos de grado, para desarrollar, en un tratamiento interdisciplinario con Musicoterapia, estrategias que favorezcan una mejor adherencia de los pacientes al tratamiento odontológico y habilidades sociales inherentes a la relación odontólogo-paciente. El miedo manifiesto a la atención odontológica y sin ser resuelto satisfactoriamente puede entorpecer las mejores intenciones del profesional en el desarrollo de su tarea.

Palabras clave: miedo, miedo dental, miedo al dentista, escala del miedo dental (CFSS-DS), musicoterapia

ABSTRACT

Dental treatment arouses in many patients - especially children - fear and anxiety that can hinder or prevent the dentist work. To register fear prevalence and types in reference to dental treatment, we carried out an observational, descriptive and longitudinal study within an interdisciplinary experience with Music Therapy. We used the Dental Subscale of the Children's Fear Survey (CFSS-DS). Results for mean age 11.41 with a 2.80 deviation registered an outcome of 38.39 points in 53% of the cases; 54.34% female and 45.66% male. The highest peak for fear was registered

at 10 years of age; 15.24% male and 54.34% female. We found that the acknowledgment and recording of dental fear enabled a deliberation on it and its elaboration among the faculty and students. The development of strategies within an interdisciplinary treatment with Music Therapy favored a better adherence to dental treatment and of social skills inherent to dentist – patient relationship. When clear fear to dental treatment is not satisfactory resolved it can obstruct the professional best intentions.

Key words: fear, dental fear, fear of the dentist, dental subscale of the children's fear survey (CFSS.DS), music therapy.

INTRODUCCIÓN

La palabra miedo deriva del latín, *timus*, *metus* y provoca en quien lo padece un alto componente emocional disruptivo. El miedo, emoción o sentimiento difícil de controlar, está provocado por el temor de que alguien o algo ocasione un daño real o imaginario. Si bien el miedo alerta de peligros, es innato al hombre y es parte de su supervivencia, debe tener niveles tolerables para ser aceptado. En exceso perturba emocionalmente a quien lo padece. Suele decirse que el miedo paraliza: "no sabía qué hacer", "no podía respirar ni tragar"; "estaba oprimido", "me sentía angustiado". Y precisamente la palabra angustia deriva del latín *angustus* que significa estrecho, opresión. Cada persona tiene sus propios miedos y su vivencia es tan personal como su capacidad de adaptación, de acuerdo a sus características personales y a la contención que el entorno ofrece.

La atención odontológica despierta en numerosos pacientes, especialmente en los niños, miedo y ansiedad que pueden originar conductas de rechazo a la misma o dificultar el trabajo del profesional; esto es frecuente en los niños en su primera consulta, por desconocer el lugar, el contacto con personas ajenas a él, como el odontólogo y asistentes, los nuevos ruidos y olores (Manterola et al., 2007; 2012; 2014). Todo contribuye al aumento del estrés en el paciente, su familia y el profesional. En los niños la intensidad del miedo puede variar según su edad, madurez emocional, nivel socio-cultural, antecedentes familiares; se puede ver incrementado cuando han tenido experiencias tempranas médicas u odontológicas disruptivas o dolorosas.

El miedo que los niños suelen manifestar durante el tratamiento odontológico está en relación directa al dolor que puedan experimentar durante las maniobras operatorias o por el instrumental que use el odontólogo: agujas, inyecciones, torno, explorador, bisturí. El miedo a las agujas o inyecciones aumenta en quienes experimentaron situaciones previas dolorosas, por ejemplo, durante la aplicación de vacunas, análisis de sangre o heridas en el cuerpo; hay niños

que sin haber tenido experiencias odontológicas previas sienten miedo a lo desconocido (Manterola y Morales Manterola, 2012).

El miedo también es transmitido por el imaginario social: relatos desfavorables, imágenes, publicidades, películas, historietas, etc. Cabe destacar el miedo que pueden transmitir las personas más cercanas al niño, en particular los padres.

Si bien el porcentaje de "miedo o temor al dentista", universalmente reconocido, no es en las últimas décadas alarmante ni elevado, la mayoría de los pacientes manifiestan miedo o alguna sensación de malestar, de ansiedad antes y/o durante el tratamiento dental, a pesar de los valiosos progresos científicos-técnicos que benefician el ejercicio de nuestra profesión.

El miedo es uno de los factores que dificulta el tratamiento y se manifiesta en el comportamiento del paciente frente al mismo. Un niño, independiente de su edad, puede tener comportamientos diferentes de una consulta a otra. Por lo tanto, la mayor dificultad en el ejercicio de la Odontología es el manejo de la conducta del niño.

Algunos pacientes no expresan verbalmente sus miedos, pero es posible observar sus manifestaciones clínicas: tensión muscular en el rostro o en el cuerpo, frente arrugada, pupilas dilatadas, labios apretados, manos aferradas al apoyo brazo del sillón, transpiración en las manos, sudor frío en la frente, taquicardia, temblor, cefaleas o dolor de estómago, capacidad de atención afectada y en los niños llanto incontrolado o negación a ser atendidos: cierran la boca, mueven constantemente la cabeza o el cuerpo, piden para ir al baño.

La prevención debe comenzar no sólo desde la niñez, sino desde el embarazo. Son múltiples y variadas las causas y factores sociales, económicos, culturales que inciden en las conductas aprendidas en el seno familiar, entre ellas las relacionadas al cuidado de la salud; es conveniente atender e informar a la embarazada para la promoción de la salud desde la gestación.

María Inés Egozque, en la Cátedra de Odontopediatría de la Universidad de Buenos Aires (1959-1968), realizó una investigación para saber qué le pasaba al niño que rechazaba violentamente el tratamiento odontológico y a veces con conductas irracionales. Las respuestas las halló en el campo de la psicología: "la boca y los dientes son fundamentales en el primer año de vida del ser humano, siendo responsables del crecimiento somático y desarrollo psicológico. Hay una dimensión psicológica desconocida por nuestros pacientes donde perduran caóticos y desfigurados, los episodios que el diente protagonizó desde su aparición" (Egozque et al., 1988 p. 464).

En tal sentido, si bien los odontólogos no son la causa principal del "miedo al dentista", al trabajar en la boca se debe considerar al paciente en su totalidad y en su

entorno. Son numerosas las variables que influyen en el comportamiento del paciente en el consultorio, como ser madurez, personalidad, estimulación temprana, educación, condiciones económicas y medio ambiente.

La etiología del miedo dental en los niños es multifactorial. Hay miedos específicos determinados por la educación recibida, la cultura y los condicionamientos del ambiente inmediato, familia, amigos, vecinos, Manterola (2014) que se incrementan con el relato o la vivencia de experiencias dolorosas previas, los miedos en general y (Baier et al., 2004) por la influencia del miedo dental de las madres.

Numerosos autores estudiaron el miedo dental, su prevalencia y los considerables riesgos que ocasiona a la salud (Schuller et al., 2003; Eitner et al., 2006; Armfield, 2010a,b,c; Serra-Negra et al., 2010). Enfrentarse a situaciones o circunstancias que provocan miedo, determinan en el organismo cambios físicos y hormonales. Klingberg y Broberg (2007) expresaron que son comunes y varios los factores psicológicos que se asocian a los cambios fisiológicos; Ten Berge et al., (1999) estudiaron el comportamiento de los niños según su relación con el profesional y señalaron que la actitud del odontólogo desempeña un papel importante en el desarrollo del miedo dental; Gustafsson et al., (2010) destacaron la necesidad de tener en cuenta las características personales de los pacientes con miedo ya que este puede desencadenar, mantener o exacerbar la vulnerabilidad de los mismos.

El temor recordado de un evento doloroso en la infancia que ha sido relegado al subconsciente puede condicionar al paciente a asociar el miedo con el procedimiento.

Ortiz y Palavecino señalaron la importancia de "contribuir con mayor eficacia al tratamiento integral del individuo enfermo, con un trabajo interdisciplinario serio que permita dar una respuesta global a la necesidad del sujeto" (2005, p.76).

Para registrar la prevalencia del miedo en una determinada población e identificar los miedos más frecuentes en relación a la atención odontológica, se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal en un trabajo interdisciplinario con Musicoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron al azar 1371 niños y adolescentes entre 6 y 16 años de edad, argentinos, residentes en Buenos Aires, concurrentes a instituciones educativas privadas que voluntariamente respondieron a preguntas relacionadas con varios aspectos del tratamiento dental, con el consentimiento de sus padres y las autoridades escolares. Se tuvo en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964) (WMA, 1996). Los participantes contaron con la autorización de sus padres y las respectivas instituciones

educativas. La información proporcionada es confidencial y los resultados anónimos.

Se utilizó la Escala del Miedo (CFSS-DS), Dental Subscale of the Childrens' Fear Survey. El procedimiento para la validación lingüística se realizó sobre la base de una traducción original y una segunda traducción que luego fue cotejada, revisada y modificada para su adaptación a la población local; como resultado se produjo una tercera traducción final a cargo de un traductor público matriculado en el Colegio de Traductores Públicos de la Ciudad de Buenos Aires (Legalización número 29569/2009/T4). La escala fue seleccionada por su alta confiabilidad, la sencillez en su aplicación y su frecuente utilización en numerosos estudios (Aartman et al., 1996; 1998; Ten Berge et al., 1998; Boman et al., 2008; Holmes y Girdler, 2005; Rantavuori et al., 2005; Milgrom et al., 1995; Kain et al., 2004); fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA).

Escala del Miedo (CFSS-DS), Dental Subscale of the Childrens' FearSurvey, fue desarrollada por Cuthbert y Melamed (1982).

La escala de CFSS-DS consiste de 15 ítems, cada ítem tiene un puntaje que va de 1(sin miedo) a 5 (con mucho miedo). El puntaje total, por lo tanto, tiene un rango de 15 a 75. Una puntuación de 38 puntos o más está asociada al miedo dental. Los 15 ítems de la escala están relacionados con varios aspectos del tratamiento dental.

Los ítems para registrar el miedo son los siguientes:

1. Al dentista 1 2 3 4 5
2. A los médicos 1 2 3 4 5
3. A las inyecciones (vacunas) 1 2 3 4 5
4. A que alguien le revise la boca 1 2 3 4 5
5. A tener que abrir la boca 1 2 3 4 5
6. A que un desconocido te toque 1 2 3 4 5
7. A que el dentista tire agua y aire en la boca 1 2 3 4 5
8. A que el dentista use el torno en tu diente 1 2 3 4 5
9. A mirar al dentista usando el torno 1 2 3 4 5
10. Al ruido del torno 1 2 3 4 5
11. A que el odontólogo coloque un instrumento en tu boca 1 2 3 4 5
12. A atragantarse (tragar mal) 1 2 3 4 5
13. A tener que ir al hospital 1 2 3 4 5
14. A la gente vestida con ropa de hospital 1 2 3 4 5
15. A que la asistente dental te limpie los dientes 1 2 3 4 5

RESULTADOS

Promedio de edad en años 11,41; desvío=2,80. Sexo: Femenino 54,34%, Masculino 45,67% (Tabla 1). Resultado de cada uno de los ítems de la Escala del miedo (Tabla 2). La presencia del miedo dental con una puntuación mayor de 38 puntos se evidenció en el 39,53% de la población; corresponde el 54,33% al sexo

femenino y el 45.67% al sexo masculino (Tabla 3). Según la edad de los participantes el promedio de existencia de miedo dental registrado fue: a los 6 años 76,66%; a los 7 años 52,33%; a los 8 años 40%; a los 9 años 40,86%; a los 10 años 51,2%; a los 11 años 50,52%; a los 12 años 70,13%; a los 13 años 27,43%; a los 14 años 28,15%; a los 15 años 21,94%; a los 16 años 15,88% (Tabla 4).

Edad (años)	Femenino	Masculino	Total
6	16	14	30
7	63	44	107
8	34	61	95
9	91	73	164
10	109	100	209
11	52	45	97
12	34	43	77
13	103	72	175
14	123	76	199
15	91	64	155
16	29	34	63
Total	745	626	1371



TABLA 1. Distribución de la población según sexo y edad

Ítem cfss-ds	1	2	3	4	5	Total
Al odontólogo	670	234	194	109	164	1371
Al médico	826	229	117	70	129	1371
A las inyecciones	343	223	192	217	396	1371
A revisar boca	817	211	147	82	114	1371
A abrir boca	965	159	76	46	125	1371
A que un desconocido toque	340	222	215	184	410	1371
A que tiren agua	742	213	155	83	178	1371
Al uso del torno	385	211	233	221	321	1371
A mirar uso del torno	573	199	198	156	245	1371
Al ruido del torno	564	189	188	168	262	1371
A un instrumento en boca	501	310	216	126	218	1371
A atragantarse	329	244	236	226	336	1371
A ir al hospital	602	231	199	135	204	1371
A vestimenta de hospital	1045	110	80	31	105	1371
A que el asistente limpie dientes	910	170	114	60	117	1371



TABLA 2. Resultado de la escala del miedo según cada ítem de la misma

	Sin miedo	Con miedo	Total
FEMENINO	430 (57,71%)	315 (42,29%)	745 (54,33%)
MASCULINO	399 (63,73%)	227 (36,27%)	626 (45,67%)
TOTAL	829 (60,46%)	542 (39,54%)	1371

TABLA 3. Registro de miedo dental (score mayor o igual a 38) según sexo

Edad (años)	Sin miedo	Con miedo	Total
6	7 (23,33%)	23 (76,66%)	30
7	51 (47,66%)	56 (52,33%)	107
8	57 (60,00%)	38 (40,00%)	95
9	97 (59,14%)	67 (40,86%)	164
10	102 (48,80%)	107 (51,20%)	209
11	48 (49,48%)	49 (50,52%)	97
12	23 (29,87%)	54 (70,13%)	77
13	127 (72,57%)	48 (27,43%)	175
14	143 (71,85%)	56 (28,15%)	199
15	121 (78,06%)	34 (21,94%)	155
16	53(84,12%)	10 (15,88%)	63
Total	829 (60,46%)	542 (39,54%)	1371

TABLA 4. Registro de miedo dental (score mayor o igual a 38) según edad

DISCUSIÓN

El ejercicio de la profesión odontológica es ciencia y es arte. Ciencia aplicada desde la actualización e investigación de nuevos conocimientos y avances tecnológicos en favor de rehabilitaciones orales más satisfactorias en función y estética. Arte en la excelencia de habilidades, destrezas y la dedicación puesta en el servicio que se ofrece en la relación paciente-profesional. Mejorar las habilidades sociales inherentes a esa relación, contemplando los aspectos psíquicos, emocionales y espirituales del paciente, puede contribuir además a encontrar con empatía bases de común acuerdo entre ambas partes para evitar el avance de la judicialización de las profesiones en relación a la salud.

Los miedos no asumidos tienen tendencia a perdurar y pueden ser una pesada carga en la edad adulta. El miedo manifiesto a la atención odontológica no resuelto satisfactoriamente puede entorpecer las mejores intenciones del profesional en el desarrollo de

su tarea. En tal sentido, se destaca la importancia del primer contacto del niño con la Odontología (Manterola y Morales Manterola, 2012), que lo preparará para buscar y aceptar las intervenciones necesarias para lograr una buena salud bucal a lo largo de su vida.

Es importante que el odontólogo pueda entender por qué los niños se vuelven temerosos al tratamiento. Si bien hay niños con niveles altos de ansiedad, coincidimos con Ram y Peretz (2002) en que el comportamiento de los niños en relación al miedo es el aspecto más difícil del manejo del paciente que puede resultar un obstáculo para una buena atención siendo la aplicación de una inyección el procedimiento más angustiante tanto para niños como para adultos.

El objetivo de este trabajo fue indagar sobre los diferentes miedos dentales para ofrecer luego un espacio de elaboración y reflexión sobre los mismos; desarrollar, con docentes y alumnos de grado, habilidades sociales inherentes a la relación odontólogo-paciente y elaborar estrategias de afrontamiento al "miedo al

dentista" en un trabajo interdisciplinario con Musicoterapia.

En relación a los resultados obtenidos con el uso de la escala del miedo dental CFSS-DS se observó que, según la edad de los participantes, la mayor prevalencia del miedo dental es a los 6 años de edad y la menor a los 16 años de edad.

Cabe destacar que en el grupo etario de 12 años de edad se registró que el 70.13% tiene miedo y con mucho miedo el 42.85%. En todas las edades se registró valores altos en el ítem "miedo a que un desconocido te toque".

Según el sexo, en el femenino se registró mayor miedo al médico y al odontólogo. En relación al uso de instrumental invasivo, se observó más miedo en el sexo femenino con respecto a las inyecciones y el torno. En el uso de indumentaria hospitalaria el miedo fue mayor en el sexo masculino.

No se trata de esperar un paciente manso, que no pueda defenderse y quede escondido en su propio miedo; se trata de acompañarlo a identificar y a elaborar estrategias de afrontamiento.

El miedo del niño aumenta frente al acto quirúrgico, en consecuencia, se recomienda informar sobre los procedimientos a realizar. La información tranquiliza. Los niños tienen derecho a saber la verdad y poder enfrentarla. Hay que considerar qué, cuándo, cuánto, cómo y quién debe informar.

Con empatía y cordialidad, usar un lenguaje claro, sencillo, de acuerdo a la edad, nivel cultural, ansiedades y miedo del paciente y su entorno. El silencio prolongado puede permitir que el niño quede librado a su imaginación y la misma lo lleve a aumentar el miedo.

La vulnerabilidad que ocasiona una situación de inquietud -como puede ser una cirugía -, desasosiego o inseguridad y la percepción de la misma depende tanto de la situación en sí como del estado de sensibilidad propia. No es posible vivir libre de miedo, pero sí puede existir la esperanza de conocerlos para buscar estrategias de afrontamiento.

En consecuencia, desde la confección de la historia clínica y más aún durante el tratamiento, podemos diferenciar los temores de los miedos del paciente cuya intensidad puede variar según la edad, madurez emocional, nivel socio-cultural y antecedentes familiares. Valorar desde el comienzo del acto odontológico la relación paciente – profesional, puede contribuir a disminuir las posibles dificultades de relación y cooperación del paciente.

Si bien no hay dudas de que algunos pacientes son capaces de aceptar el tratamiento dental convencional, como la adquisición del miedo es compleja, estímulos abrumadores, como los que pueden emerger en una cirugía, tienen efecto en cualquier paciente. Por su parte, estímulos inofensivos para algunos pueden ser traumáticos para quienes tienen predisposiciones constitucionales. Una persona es más vulnera-

ble cuando está estresada, exhausta o enferma. En la infancia y adolescencia, períodos sensibles a los estímulos, si una experiencia traumática inicial se reforzó posteriormente son propensos a desarrollar fobias a esa situación particular.

La falta de explicación de lo que está por suceder o de confianza hacia el profesional, sobre todo en niños ansiosos, así como el trato duro y contundente del odontólogo o las asistentes con la promesa de que el tratamiento dental será indoloro y que de hecho se vuelve doloroso, son suficientes para desarrollar fobia dental.

El miedo manifiesto puede entorpecer las tareas del profesional. La calidad del tratamiento no depende sólo de la prestación realizada, incluye también considerar al paciente como una unidad bio-psíquica-emocional-espiritual-socio-cultural.

CONCLUSIONES

Registrar y reconocer los miedos dentales ofreció un espacio de reflexión y elaboración de los mismos, con docentes y alumnos de grado para desarrollar en un tratamiento interdisciplinario con Musicoterapia, estrategias que favorezcan una mejor adherencia de los pacientes al tratamiento odontológico y habilidades sociales inherentes a la relación odontólogo-paciente. El miedo manifiesto a la atención odontológica y sin ser resuelto satisfactoriamente puede entorpecer las mejores intenciones del profesional en el desarrollo de su tarea.

Los autores manifiestan no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

- Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J y Schuurs AH. (1996). Appraisal of behavioral measurement techniques for assessing dental anxiety and fear in children: a review. *J Psychopathol Behav Assess*, 18(2), 153–171.
- Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J y Schuurs AH. (1998). Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC J Dent Child*, 65(4), 252–258.
- Armfield JM. (2010a). Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess*, 22(2), 279–287. <https://doi.org/10.1037/a0018678>
- Armfield JM. (2010b). The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J*, 55(4), 368–377. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2010.01256.x>

- Armfield JM. (2010c). Towards a better understanding of dental anxiety and fear: cognitions vs. experiences. *Eur J Oral Sci*, 118(3), 259–264. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2010.00740.x>
- Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L y Yoshida T. (2004). Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent*, 26(4), 316–321.
- Boman UW, Lundgren J, Elfström ML y Berggren U. (2008). Common use of a Fear Survey Schedule for assessment of dental fear among children and adults. *Int J Paediatr Dent*, 18(1), 70–76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00863.x>
- Cuthbert MI y Melamed BG. (1982). A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child*, 49(6), 432–436.
- Egozcue MI, Manfredi C y Basso ML. (1988). Odontopediatría y psicología. *Kargieman*.
- Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U y Anrup K. (2010). Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent*, 20(4), 242–253. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01046.x>
- Holmes RD y Girdler NM. (2005). A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. *Int J Paediatr Dent*, 15(3), 169–176. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2005.00633.x>
- Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Krivutza DM, Weinberg ME, Gaal D, Wang SM y Mayes LC. (2004). Interactive music therapy as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Anesth Analg*, 98(5), 1260–1266. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000111205.82346.c1>
- Klingberg G y Broberg AG. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*, 17(6), 391–406. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x>
- Manterola ER, Morales Manterola LM y Ronco M. (2007). La musicoterapia como psicoprofilaxis en Odontología. *Bol Asoc Argent Odontol Niños*, 36(3), 17–20.
- Manterola ER y Morales Manterola LM. (2012). Musicoterapia en la primera consulta odontopediátrica: musicoprofilaxis clínica en Odontopediatría. *Rev Asoc Odontol Argent*, 100(3), 84–91
- Manterola ER, Morales Manterola LM. (2014). Belefobia en Odontología. *Rev Fac Odontol, Univ Buenos Aires*, 29(66), 43–49.
- Manterola ER. (2016). Cirugía de dientes retenidos en niños con el uso de anestesia local sin sedación y con musicoterapia como profilaxis quirúrgica [Tesis de doctorado].
- Milgrom P, Mancl L, King B y Weinstein P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther*, 33(3), 313–319. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00042-i](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00042-i)
- Ortiz ML y Palavecino S. (2005). Bioética para una salud pública con responsabilidad social. *Acta Bioeth*, 11(1), 65–76. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2005000100007>
- Ram D y Peretz B. (2002). Administering local anaesthesia to paediatric dental patients -- current status and prospects for the future. *Int J Paediatr Dent*, 12(2), 80–89. <https://doi.org/10.1046/j.1365-263x.2002.00343.x>
- Rantavuori K, Lahti S, Seppä L y Hausen H. (2005). Dental fear of Finnish children in the light of different measures of dental fear. *Acta Odontol Scand*, 63(4), 239–244. <https://doi.org/10.1080/00016350510019856>
- Schuller AA, Willumsen T y Holst D. (2003). Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol*, 31(2), 116–121. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2003.00026.x>
- Serra-Negra J, Paiva SM, Oliveira M, Ferreira E, Freire-Maia F y Pordeus I. (2010). Self-reported dental fear among dental students and their patients. *Int J Environ Res Public Health*, 9(1), 44–54. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010044>
- WMA. World Medical Association. (1996). Declaration of Helsinki (1964). *Br Med J*, 313(7070), 1448–1449. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1448a>
- Ten Berge M, Hoogstraten J, Veerkamp JS y Prins PJ. (1998). The Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: a factor analytic study in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol*, 26(5), 340–343. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1998.tb01970.x>
- Ten Berge M, Veerkamp J y Hoogstraten J. (1999). Dentists' behavior in response to child dental fear. *ASDC J Dent Child*, 66(1), 36–40.

AGRADECIMIENTOS

A los alumnos participantes, sus padres e instituciones educativas, Prof. Dr. Ricardo Macchi. Od. Deirdre Bartre. Simón Tagtachian. Musicoterapeuta Francina Peppe

Dirección para correspondencia

Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I
Facultad de Odontología
Universidad de Buenos Aires
Marcelo T de Alvear 2142, Piso: 8° A
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C1122AAH
cirugia1@odontologia.uba.ar