

# Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico

## Relationship Between Anxiety, Dental Fear of Parents and Collaboration of Children to Dental Treatment

Evelyn R. Munayco Pantoja DDS<sup>1</sup>; Manuel A. Mattos-Vela DDS, MSc, PhD<sup>2</sup>; Gilmer Torres Ramos DDS, MSc, PhD<sup>3</sup>; Daniel J. Blanco Victorio DDS, MSc<sup>4</sup>

1. Cirujano dentista, Especialista en Odontopediatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
2. Departamento de Estomatología Preventiva y Social, Facultad de Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
3. Departamento de Estomatología pediátrica, Facultad de Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
4. Departamento de estadística, demografía, humanidades y ciencias sociales, Facultad de Ciencias y Filosofía. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Autor para correspondencia: Dra. Evelyn R. Munayco Pantoja - evelyn.munayco@unmsm.edu.pe

Recibido: 16-II-2018

Aceptado: 10-V-2018

Publicado Online First: 17-V-2018

DOI: <https://doi.org/10.15517/ijds.v0i0.33332>

### RESUMEN

Dentro de la historia clínica del niño no se considera alguna escala que evalúe la ansiedad y el miedo que experimentan en el tratamiento dental, lo cual ayudaría para definir el abordaje del paciente y realizar un tratamiento exitoso. **Objetivo.** Determinar la relación que existe entre la ansiedad, miedo dental y colaboración de los padres y niños frente al tratamiento odontológico. **Materiales y método.** Se realizó un estudio tipo descriptivo y transversal. La muestra de estudio fueron 177 niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad que se atendían en un instituto de salud y sus padres. Se confeccionó una ficha de recolección de datos para cada paciente, donde se incluyó cuatro escalas de evaluación: el cuestionario de miedos dentales, la escala de ansiedad de Corah, la escala de miedo en niños y el test gráfico de Venham. Al final del tratamiento se evaluó el comportamiento del niño con la escala de Frankl. **Resultados.** Con respecto al miedo, los padres presentaron escaso o nulo (55,9%) y los niños, bajo miedo (87,6%) en mayor porcentaje. Con respecto a la ansiedad, los padres presentaron baja ansiedad (57%); los niños, en su mayoría, fueron no ansiosos (64,4%) y el comportamiento de estos fue positivo (71,2%). **Conclusión.** La ansiedad provocada por el tratamiento odontológico en los niños y los padres no está relacionado, más si el miedo. Tampoco existe relación entre la ansiedad y el miedo que pueda experimentar los padres con respecto a la colaboración del niño. Sin embargo, la colaboración del niño si está relacionada con el miedo y ansiedad que ellos puedan experimentar en el tratamiento odontológico.

## PALABRAS CLAVES

Ansiedad; Miedo; Odontología pediátrica; Conducta; Niño.

## ABSTRACT

In the clinical history of a child, it is not taken into account any scale that evaluates the anxiety and fear experienced during dental treatment. This would help to define the way to approach the patient and perform a successful treatment. The objective of this study was to determine the relationship between anxiety, dental fear and collaboration of parents and children towards dental treatment. A descriptive and transversal study was carried out. The study's sample was collected from 177 children of both sexes from 3 to 6-year-old, who visited a health institute for a dental appointment, and also their respective parents. A data collection form was prepared for each patient, which included four evaluation scales: the dental fear questionnaire, the Corah anxiety scale, the Children's Fear Scale and the Venham graphic test. At the end of the treatment, the child's behavior was evaluated using the Frankl scale. In regard to fear, parents presented little or no (55.9%) and children, under fear (87.6%) in a greater percentage. In reference to anxiety, parents presented low anxiety (57%); children, in their majority, were not anxious (64.4%), and their behavior was positive (71.2%). As a result, anxiety caused by the dental treatment in children and parents is not related; nonetheless, fear is. In addition, there is no relationship between anxiety and fear that parents may experience with regard to the child's collaboration. However, the child's collaboration is related to the fear and anxiety that they may experience during dental treatment.

## KEYWORDS

Anxiety; Fear; Pediatric dentistry; Behavior; Child.

## INTRODUCCIÓN

Por muchos años la ansiedad y el miedo al tratamiento dental ha sido reconocida como una fuente de problemas en el manejo de la conducta del paciente infantil (1). Todo odontólogo que se disponga a asumir la responsabilidad de atender niños, debe tener en mente que su tarea no será muy fácil. Esto porque, el ejercicio de la Odontopediatría no puede limitarse únicamente a la ejecución de procedimientos preventivos y curativos. También incluye el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional; considerando las características de cada niño, la fase de desarrollo en que se encuentre y las circunstancias específicas de cada situación odontológica (2). El poco interés en el manejo de la conducta pediátrica por parte

del dentista, está asociado a menor frecuencia de visitas dentales, evitación de tratamientos dentales y comportamiento no cooperativo durante las consultas de su paciente. Como resultado hay un impacto negativo en la salud oral de los niños, ya que, si las condiciones orales permanecen sin tratamiento durante un tiempo más largo de lo deseable, llevaría a un deterioro progresivo del estado de salud dental de los niños (3). Los dentistas deben considerar no solo la condición física de sus pacientes, sino también su estado psicológico y emocional (1).

La ansiedad dental se define como una sensación de aprensión sobre el tratamiento dental que no está necesariamente conectada a un estímulo externo específico. Su presencia se ha registrado en la primera infancia, y en diferentes

países y entre diferentes grupos étnicos. En todo el mundo los estudios han demostrado que entre el 3% y el 43% de niños exhiben ansiedad dental (4). Si el dentista es consciente del nivel de ansiedad de su paciente, entonces no solo esperará posibles comportamientos inadecuados de él, sino también puede tomar medidas para ayudar a aliviar la ansiedad durante el tratamiento odontológico (5). La ansiedad por sí sola no es el problema, lo son las inapropiadas estrategias para manejarla y el dentista está comprometido en ayudar al paciente infantil a aprender las formas de manejar este comportamiento. La manera en que un niño puede aprender a manejar su ansiedad en el consultorio dental, influenciará su futuro comportamiento en los tratamientos (6).

El miedo al tratamiento odontológico, constituye una de las principales variables responsables de la evitación a la atención odontológica. Dejar de ir al odontólogo, puede provocar la evolución a un estado de gravedad de un problema bucal simple, que con el pasar del tiempo exige un tratamiento más especializado, eventuales procedimientos invasivos, muchas veces lleva a destrucción y pérdida de los dientes, además de mayores costos financieros para su ejecución (3). Tales pacientes generalmente expresan su miedo a través de su comportamiento, por ejemplo, el llanto, la negativa a abrir la boca, o patean en un intento de evitar el tratamiento dental (7). El miedo también puede afectar la calidad de la atención odontológica recibida por el paciente, requiriendo más tiempo para la atención. De hecho el tratamiento de pacientes con miedo, es uno de los aspectos más estresantes de la práctica profesional del odontólogo (8).

Los padres juegan un rol muy importante en la atención odontológica, son ellos quienes finalmente toman la decisión de llevar al niño a su cita dental y deciden a que edad deben hacerlo. Es prerrogativa de los padres aceptar o rechazar el plan de tratamiento y las sugerencias hechas

por el dentista. En gran parte la importancia en que los padres tengan buena salud oral para que el niño lo adopte de igual forma (5). La entrevista con los padres recopila información que puede ser integrada dentro del proceso donde el dentista predice el comportamiento el niño. Los padres son importantes, no solo por la información que proporcionan para entender al niño, sino también para hacer la observación del comportamiento relevante del niño. Cuanto mayor información pueda encontrar el dentista acerca del niño, mejor entenderá las observaciones que está realizando (9). El comportamiento de un niño pequeño en la situación dental puede estar directamente relacionado con el nivel manifestado de ansiedad y miedo de los padres, por lo que se debe dar importancia a la influencia de estos en la conducta de sus niños. Esta influencia de los padres, y particularmente de las madres, ha sido investigada por más de un siglo (10).

El objetivo del estudio fue determinar la relación que existe entre la ansiedad, miedo dental y colaboración en los padres y niños de 3 a 6 años frente al tratamiento odontológico.

## MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, durante los meses de julio a diciembre del 2015. La población de estudio fueron los niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad que se atendían en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) de Perú y sus padres (padre o madre del niño, quedando excluidos otros familiares). Previo al inicio de la investigación, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del referido Instituto (CL-02/15). Se trabajó con una muestra no probabilística de 177 niños y padres. Se conversó con los padres de los niños que cumplieron los criterios de selección (criterios de inclusión: niños y niñas entre 3 y 6 años de edad, que los padres acepten que su hijo participe en el estudio, niños que requieran tratamiento dental; criterios de exclusión: niños

con alteraciones sistémicas o discapacidad), explicándoles sobre el objetivo de la investigación e invitándoles a formar parte del estudio firmando el consentimiento informado. Se confeccionó una ficha de recolección de datos para cada paciente, donde se incluyó cuatro escalas de evaluación: El cuestionario de miedos dentales, la escala de ansiedad de Corah, la escala de miedo en niños y el test gráfico de Venham.

En primera instancia, el padre tuvo que responder: la escala de ansiedad dental de Corah y el cuestionario de miedos dentales, posteriormente, con ayuda del padre, es llenada la escala de miedos en niños. En segunda instancia, dentro del consultorio, el niño marca el test gráfico de Venham, el cual mide la ansiedad de los niños. Se realiza el tratamiento odontológico, previamente informado al padre, pudiendo ser este un tratamiento invasivo (restauraciones, pulpotomías, pulpectomías, extracciones) o no invasivo (manejo de conducta, profilaxis, fluorización, sellantes). Al finalizar, el investigador evaluó el comportamiento del niño con la escala de Frankl. Las puntuaciones

y características de los instrumentos se detallan en la tabla 1.

La escala de ansiedad de Corah tiene un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,86 (11) y la validez se ha determinado como aceptable (12). El cuestionario de miedos dentales y la escala de miedos en niños tenían un índice de confiabilidad medido con el alfa de Cronbach de 0,92 (11) y 0,90 (12) respectivamente. El test gráfico de Venham fue validado en el año 2004 por Ramos y Almeida (13).

Los datos recolectados fueron organizados en una matriz Excel (Microsoft Excel 2010), se utilizó para la validación de las encuestas, el alfa de Cronbach, realizada en el programa estadístico SPSS versión 22 (IBM SPSS Statistics 22.0); para la obtención del grado de asociación de variables, se utilizó la prueba estadística coeficiente de correlación de Spearman, con un nivel de significancia del 95%, utilizando el programa Stata versión 14 (Stata Corporation College Station, Texas).

**Tabla 1.** Puntuaciones y características de los instrumentos.

Escala utilizada en los padres						
Escalas	Mide	Secciones	Alternativas	Como se responden	Puntaje	Valor
Escala de ansiedad dental de Corah	El grado de ansiedad autoinformada por los padres	4 preguntas	5 alternativas por pregunta	Selecciona 01 alternativa por pregunta	A=1 B=2 C=3 D=4 E=5	= 4(sin ansiedad) 5-9(baja ansiedad) 10-14(moderada ansiedad) 15-20(alta ansiedad)
Cuestionario de miedos dentales	El miedo dental de los padres	20 preguntas	6 alternativas por pregunta	Puede escoger colocar de 0 a 5 según el valor de miedo	0=ningún miedo 1=un poco 2=ligeramente 3=moderadamente 4=mucho 5=muchísimo	Se considera la media aritmética. Si la media es inferior a 2.5=escaso o nulo miedo, si es superior a 2.5=medio o elevado miedo
Test de Venham	Ansiedad en los niños	8 recuadros	figura de 1 niño en 2 estados de animo	El niño deberá elegir en cada cuadro, como se siente en ese momento	Conducta positiva =0 Conducta negativa=1	no ansioso VPT = 0; y ansioso VPT > 1
Escala de evaluación de miedos en niños – subescala dental CFSS-SD	Miedo en los niños	15 preguntas	5 alternativas por pregunta	Puede ser aplicado directamente en niños, cuando tienen 7 años a mas, en niños menores, los padres deben ayudarlos a responder	1=sin miedo 2=poco miedo 3=con miedo 4=bastante miedo 5=mucho miedo	Sin miedo=15 Bajo miedo =16-37 Alto miedo =38 a más

## RESULTADOS

La muestra final estuvo constituida por 177 niños (94 de sexo femenino, 53,1%) y sus padres (166 de sexo femenino, 93,8%). La edad media de los niños fue de 4,5+1,0 años y de los padres fue 32,9+6,3 años. Los tratamientos odontológicos realizados estuvieron distribuidos en un 87,6% como tratamientos invasivos y un 12,4%, en no invasivos. Con respecto a la ansiedad, los niños, en su mayoría, fueron no ansiosos (64,4%) y los padres presentaron baja ansiedad (57%). Con respecto al miedo, los padres presentaron escaso o nulo (55,9%) y los niños, bajo miedo (87,6%) en mayor proporción; el comportamiento de los

niños fue positivo, observándose en 71,2% (Tabla 2). No se encontró relación entre la ansiedad del niño y de los padres ( $p=0,326$ ) (Tabla 3). En la tabla 4, se evaluó la relación entre el miedo de los padres y sus hijos, dando como resultado una correlación directa, siendo estadísticamente significativo ( $p=0,009$ ), observándose que en los padres que presentaban escaso o nulo miedo, sus hijos no presentaban miedo (80%). No se encontró relación entre la ansiedad y miedo de los padres y la colaboración de sus hijos ( $p=0,991$  y  $p=0,1$  respectivamente) (Tabla 5). En la tabla 6, se evaluó la relación de la ansiedad y miedo de los niños con la colaboración en el tratamiento odontológico, se encontró una correlación inversa,

siendo estadísticamente significativa ( $p=0,010$  y  $p=0,001$  respectivamente), observándose que los niños no ansiosos presentaban un comportamiento definitivamente positivo (85,7%) y que los niños con bajo miedo presentaban un comportamiento positivo (92%).

**Tabla 2.** Descripción de las variables en los niños y los padres.

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Acompañante</b>		
<b>Ansiedad</b>		
Sin ansiedad	16	9
Baja ansiedad	101	57
Moderada ansiedad	53	30
Alta ansiedad	7	4
<b>Miedo</b>		
Escaso o nulo	99	55,9
Medio o elevado	78	44,1
<b>Niño</b>		
Ansiedad		
Ansioso	63	35,6
No ansioso	114	64,4
<b>Miedo</b>		
Sin miedo	5	2,8
Bajo miedo	155	87,6
Alto miedo	17	9,6
<b>Colaboración</b>		
Definitivamente negativo	8	4,5
Negativo	36	20,3
Positivo	126	71,2
Definitivamente positivo	7	4,0

**Tabla 3.** Relación entre la ansiedad de los padres y del niño frente al tratamiento odontológico.

<b>Ansiedad de los padres</b>	<b>Ansiedad del niño</b>				<b>TOTAL</b>	<b>Valor de p</b>
	<b>No ansioso</b>		<b>Ansioso</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Sin ansiedad	7	6,2	9	14,2	16	
Baja ansiedad	59	51,8	42	66,7	101	
Moderada ansiedad	42	36,8	11	17,5	53	0,326
Alta ansiedad	6	5,2	1	1,6	7	
TOTAL	114		63		177	

**Tabla 4.** Relación entre el miedo de los padres y del niño frente al tratamiento odontológico.

Miedo de los padres	Miedo del niño						TOTAL	Valor de p
	Sin miedo		Bajo miedo		Alto miedo			
	n	%	n	%	n	%		
Escaso o nulo miedo	4	80	86	55,5	9	52,9	99	0,009
Medio o elevado miedo	1	20	69	44,5	8	47,1	78	
Total	5		155		17		177	

Spearman's rho = 0,195.

**Tabla 5.** Relación entre la ansiedad y miedo de los padres y la colaboración del niño frente al tratamiento odontológico.

Variables	Colaboración del niño								Valor de p
	Def.* negativo		Negativo		Positivo		Def. positivo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Ansiedad de los padres</b>									
Sin ansiedad	2	25	4	11,2	9	7,1	1	14,3	0,991
Baja ansiedad	5	62,5	16	44,4	77	61,1	3	42,9	
Moderada ansiedad	1	12,5	16	44,4	34	27	2	28,5	
Alta ansiedad	0	0	0	0	6	4,8	1	14,3	
<b>Miedo de los padres</b>									
Escaso o nulo miedo	8	100	21	58,3	65	51,6	5	71,4	0,1
Medio o elevado miedo	0	0	15	41,7	61	48,4	2	28,6	

\* Def= Definitivamente.

**Tabla 6.** Relación entre la ansiedad, miedo del niño y su colaboración frente al tratamiento odontológico.

Variables	Colaboración del niño								Valor de p
	Def.* negativo		Negativo		Positivo		Def. positivo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Ansiedad del niño†</b>									
Ansioso	3	37,5	20	55,6	39	30,9	1	14,3	0,010
No ansioso	5	62,5	16	44,4	87	69,1	6	85,7	
<b>Miedo del niño††</b>									
Sin miedo	0	0	0	0	4	3,2	1	14,3	0,001
Bajo miedo	4	50,0	29	80,6	116	92,0	6	85,7	
Alto miedo	4	50,0	7	19,4	6	4,8	0	0	

\* Def= Definitivamente

†Spearman's rho = - 0,192

†† Spearman's rho = - 0,379

## DISCUSIÓN

En el presente estudio la mayoría de las personas que acompañaron a los niños al tratamiento odontológico fueron las madres (93,8%), similar resultado se encontró en el estudio publicado por Vela (5), donde la proporción de las madres que acompañaban a sus hijos fue mayor (87%) respecto a los padres (13%); también Dikshit *et al.* (14) encontraron algo parecido, donde el 53% fueron madres; esto puede deberse según la literatura, a que la relación madre-hijo es uno de los parentescos más importantes que el individuo experimenta en toda su vida. Por lo que es importante mencionar el rol fundamental de la madre durante el tratamiento odontológico, ya que son las que en la mayoría de los casos acompañan a sus hijos a la consulta.

Con respecto al miedo de los padres, este estudio encontró que la mayoría presentó esta condición en una manera escasa o nula, lo cual concuerda con el estudio realizado por Rivera y Fernández (8) donde sólo el 11,2% de los padres alcanzaban niveles clínicamente significativos de miedo. Muchos estudios han evaluado la ansiedad en las madres, como el de Casamassimo *et al.* (15), señala que madres ansiosas pueden transmitir emociones poco constructivas para sus hijos, interfiriendo negativamente en la experiencia propia del niño, acerca de la situación odontológica.

Con respecto a la ansiedad de los niños, este estudio halló que aproximadamente dos tercios de los niños de 3 a 6 años no presentó ansiedad. Urbina (13) evaluó la ansiedad en niños de 5 a 8 años de edad, observando un ligero incremento en ansiedad en las edades de 6 y 7 años, esto sugiere que hay etapas en las cuales el niño es más ansioso. Folayan *et al.* (16) investigaron la ansiedad dental en un grupo de niños de 8 a 13 años de edad encontrando que el sexo y la edad no son factores importantes asociados al desarrollo de la ansiedad. Concluyeron que parecería ser

que los factores medioambientales en lugar de los biológicos cumplirían un papel más importante en el desarrollo psicológico y la expresión de la ansiedad dental. La influencia de la edad podría ser explicada por la inmadurez del desarrollo psicológico del niño, según la Teoría Cognitiva del Desarrollo de Piaget, los niños más pequeños en el periodo pre operatorio generalmente entre las edades de 2 a 6 años no tienen la capacidad de hacer frente a los procedimientos dentales, por lo tanto podrían ser más propensos a la adquisición de miedos y problemas de manejo de conducta durante la visita al dentista (17).

Con respecto al miedo de los niños, el presente estudio halló que la gran mayoría presentó un miedo bajo medido por la Escala de Evaluación de Miedos en Niños – Subescala Dental (CFSS-SD), Cerrón (12) obtuvo también una proporción semejante (84,5%) de niños con miedo bajo al tratamiento odontológico. Estos resultados tienen relación con estudios realizados por Ten Berge *et al.* (18) en Holanda y Klingberg *et al.* (19) en Suecia que registraron también en sus investigaciones nivel de miedo dental bajo.

Con respecto a la colaboración de los niños en el tratamiento odontológico, se observó que casi tres cuartas partes de ellos tuvo una colaboración positiva tipo 3 según la escala de Frankl, similar resultado obtuvo Alvarez (20) en que el 90,75% de los niños de 4 a 8 años presentó una conducta positiva (escala de Frankl tipo 3 y 4). Sharath *et al.* (21) y Shinohara *et al.* (22) analizaron a niños de 3 a 12 años y niños de 3 a 9 años de edad respectivamente reportando un porcentaje mayor de la presencia en la escala conductual de Frankl tipo 3 en ambos estudios, los cuales evaluaron a los niños en diferentes citas donde realizaron tratamientos y vieron la evolución de la conducta. Zaze *et al.* (23) realizaron un estudio del comportamiento durante la atención odontológica en niños de 0 a 3 años de edad, reportando que el 59% de su población fueron colaboradores,

el 27% parcialmente colaboradores y el 14% no colaboradores, concluyeron que la edad y el tipo de tratamiento realizado son factores de riesgo para alterar la conducta positiva del niño. Reis *et al.* (24) estudiaron a niños de 5 a 12 años de edad utilizando la escala de Frankl, estratificaron la población en dos grupos de 5-8 años y de 9-12 años, sus resultados muestran que los niños tuvieron comportamiento positivo en un 93,4%.

Este estudio no encontró relación entre la ansiedad de los padres y sus hijos, un resultado similar fue encontrado por Folayan *et al.* (25). Themessl-Huber *et al.* (10), realizaron un metaanálisis, donde 34 de 43 estudios encontraron un vínculo entre los padres y la ansiedad infantil, pero el resultado se vio afectado por los métodos de evaluación utilizados, que fueron muy variados en los estudios. Estos autores también encontraron relación entre el miedo de los padres y sus hijos, similar al resultado de este estudio, pero mencionan que esta relación es encontrada en niños menores de 8 años; para niños mayores, es menos claro. Con respecto al tipo de tratamiento invasivo o no invasivo realizado a los niños, se trató de que esta variable no influyera en el resultado del estudio, de la siguiente manera: las escalas fueron aplicadas antes que el niño y el padre supieran que tipo de tratamiento se iba a realizar, además se utilizó el mismo manejo de conducta a todos los niños: Decir-Mostrar-Hacer. Se recomienda manejar tanto el miedo y la ansiedad en niños de 3 a 6 años para lograr un tratamiento exitoso y para esto existen múltiples métodos de manejo de conducta. Se sugiere implementar en la historia clínica odontológica escalas o cuestionarios validados que midan estas variables.

## CONCLUSIONES

No existe relación entre la ansiedad experimentada por los padres y sus hijos, así como tampoco hay relación entre el miedo y ansiedad de los padres y la colaboración de sus hijos en el tratamiento odontológico.

Existe relación entre el miedo experimentado por los padres y su hijos, como también existe relación entre la ansiedad y el miedo experimentado por los niños y la colaboración de estos en el tratamiento odontológico.

## DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

## REFERENCIAS

1. Toledano M., Osorio F. S., Aguilera, Pelagajar J. Childrens dental anxiety: influence of personality and intelligence factors. *Int J Paediatr Dent.* 1995 Mar; 5 (1): 23-8.
2. Toledo, O. A. *Odontopediatría: fundamentos para a prática clínica.* 4 ed. Sao Paulo: Premier; 2012.
3. Crego A., Carrillo-Diaz M., Armfield J. M., Romero M. Dental fear and expected effectiveness of destructive coping as predictors of children's uncooperative intentions in dental settings. *Int J Paediatr Dent.* 2015 May; 25 (3): 191-8.
4. Folayan M. O., Idehen E. E., Ojo O. O. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. *Int J Paediatr Dent.* 2004 Jul; 14 (4): 241-5.

5. Vela, F. Separación Padre - Hijo: Elección de los padres durante la atención dental en la Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UANL. Tesis para obtener el título de cirujano dentista, México, Universidad Autónoma de Nuevo León, 2007.
6. Chambers, D.W. Managing the anxieties of young dental patients. *ASDC J Dent Child*. 1970 Sep-Oct; 37 (5): 363-74.
7. Giron, M. C. C. Fundamentos psicológicos da prática odontológica. Porto Alegre: D.C.Luzzato, 1988.
8. Rivera I., Fernández A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Rev Latinoamer Psicol*. 2005; 37 (3): 461-5.
9. Pinkham J.R. Observation and interpretation of the child dental patient's behavior. *Pediatr Dent*. 1979 Mar; 1 (1): 21-6.
10. Themessl-Huber M., Freeman R., Humphris G., MacGillivray S., Terzi N. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2010 Mar; 20 (2): 83-101.
11. Cuthberg, M. I., Melamed, B. G. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child*. 1982 Nov-Dec; 49 (6): 432-6.
12. Cerrón M. E. Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad maternal en el instituto de salud oral de la fuerza aérea de Perú [Tesis]. Lima-Perú. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Federico Villarreal; 2010.
13. Urbina, S. Relación entre ansiedad y respuesta fisiología en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica [Tesis]. Lima-Perú. Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
14. Dikshit, P.; Limbu, S.; Bhattarai, K. Evaluation of dental anxiety in parents accompanying their children for dental treatment. *Orthod J Nepal*. 2013 June; 3 (1): 47-52.
15. Casamassimo P. S., Wilson S., Gross L. Effects of changing U.S. parenting styles on dental practice: perceptions of diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry presented to the College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry 16th Annual Session, Atlanta, Ga, Saturday, May 26, 2001. *Pediatr Dent*. 2002 Jan-Feb; 24 (1): 18-22.
16. Folayan M. O., Idehen E. E., Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *Int J Paediatr Dent*. 2003 Jan; 13 (1): 20-6.
17. Boj J. R., Catala M., Garcia-Ballesta C., Mendoza A., Planells P. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto*. 1era ed. Madrid: Ripano S.A; 2011.
18. Ten Berge M., Hoogstraten J., Veerkamp J. S., Prins P. J. The Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: a factor analytic study in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998 Oct; 26 (5): 340-3.
19. Klingberg G., Berggren U., Carlsson S. G., Noren J. G. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci*. 1995 Dec; 103 (6): 405-12.
20. Alvarez Z. A. Evolución de la conducta según la escala de Frankl en niños de 4 a 8 años que acuden a consulta al posgrado

- de odontopediatría de la FMUAQ [Tesis]. Queretaro-México. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro; 2012.
21. Sharath A., Rekka P., Muthu M. S., Rathna Prabhu V., Sivakumar N. Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2009 Jan-Mar; 27 (1): 22-6.
  22. Shinohara S., Nomura Y., Shingyouchi K., Takase A., Ide M., Moriyasu K., Idaira Y., Takahashi T., Yamada Y., Aoyagi Y., Asada Y. Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment. *J Oral Sci.* 2005 Jun; 47 (2): 91-6.
  23. Zaze A. C., Fraga R. C., Cunha R. F. Evaluation of children's behavior aged 0-3 years during dental care: a longitudinal analysis. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2009 Jul-Sep; 27 (3): 145-50.
  24. Reis F., Dias M. R., Leal I. A consulta no setting odontopediátrico: a percepção subjetiva do medo. *Aná Psicol.* 2008; 2 (26): 239-50.
  25. Folayan M. O., Adekoya-Sofowora C. A., D Otuyemi O., Ufomata D. Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *Int J Paediatr Dent.* 2002 Jul; 12 (4): 255-9.



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.