

PsicoOdontología
ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Guía Práctica

para abordar
la ansiedad dental



Parte I

¿Qué es la **Ansiedad**?

Los trastornos de ansiedad son una **desregulación de los mecanismos defensivos normales**, derivando en formas de conductas poco adaptativas, disfuncionales, patológicas, no saludables que producen sufrimiento, inadaptación e infelicidad en las personas.

Por lo tanto, la ansiedad es un fenómeno caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, que son experimentados por un individuo en un momento particular; la cual, surge a partir de la representación mental de un recuerdo o una expectativa que genera incertidumbre ante situaciones que son percibidas como amenazantes. De esta forma, Spielberger propone la ansiedad como un **disturbio caracterizado por una mayor activación**, considerando el umbral de funcionamiento habitual de la persona, debido a la interpretación de las condiciones externas (estado) o una propensión de la personalidad del sujeto (rasgo).

De acuerdo a Sigmund Freud, la ansiedad supone un síntoma psicossomático generalizado (malestar físico de origen mental) siendo la base de la neurosis o alteración nerviosa indiferenciada, donde la persona realiza atribuciones de valor no placenteras a sus experiencias, con cambios fisiológicos y conductuales que reafirman su malestar.

Asimismo, para Rotter en 1954, los estados de ansiedad se vinculan a la percepción de control personal sobre las situaciones que se viven; por lo cual, existen dos formas de calificar las experiencias en cuanto a la estabilidad y manejabilidad que posee el individuo: el locus de control interno (la persona se considera en capacidad de emitir respuestas de adaptación a partir de su repertorio de conductas) y el locus de control externo (se atribuyen la causalidad de los hechos vivenciados a factores externos o exógenos, ajenos a la acción del individuo).

“El estado natural del hombre actual... es la ansiedad”.

– Norman Mailer

En el enfoque de Beck (teoría cognitivo-conductual), la ansiedad es el resultado de pensamientos automáticos y creencias distorsionadas (interpretaciones de los hechos) sobre los tres elementos de la persona: el yo (autopercepción de incapacidad para responder a las demandas), el ambiente (autopercepción de que el ambiente supone una amenaza para la integridad e intereses personales) y el futuro (percepción de que las amenazas se incrementarán o los resultados serán perjudiciales independientemente de cualquier acción de la persona).

Por lo tanto, la ansiedad representa un estado de alerta a partir de **una señal de peligro indefnida** y generalizada, donde no existe un riesgo determinado, sino una percepción subjetiva de éste. En la actualidad, algunos de los principales trastornos de ansiedad son: fobias concretas o específicas (ansiedad dental), trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, agorafobia, crisis de angustia, entre otros.

“La ansiedad representa un estado de alerta por una percepción subjetiva de un peligro indefnido”



¿En qué consiste la Ansiedad Dental?

“La ansiedad dental representa una respuesta de peligro o amenaza relacionada con la atención bucodental, siendo una experiencia individual y subjetiva”.

A nivel mundial, la visita al odontólogo es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, de esta forma el paciente deja de acudir a la consulta dental, abandonando los tratamientos propuestos. Por lo tanto, se ha denominado a los episodios que presentan los pacientes ante los estímulos asociados específicamente al ámbito odontológico como: “ansiedad dental o ansiedad odontológica”.

La ansiedad dental se define como una **respuesta multisistémica** ante una creencia de peligro o amenaza relacionada con la atención bucodental, siendo una experiencia individual y subjetiva que puede variar entre las personas, donde impera un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento odontológico, acompañado de un sentimiento de pérdida de control, interferencia en la concentración, hipervigilancia atencional e incapacidad para recordar ciertos eventos, con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo (SNA). Además, el componente motor también se afecta, con comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos, los cuales pueden incluir el escape de la consulta odontológica.

Asimismo, Klingberg y Broberg afirman que la ansiedad dental también puede presentarse de manera anticipada, cuando el paciente al pensar en el encuentro con el estímulo se provoca el trastorno; de esta forma, el paciente al saber que tiene una cita odontológica genera la expectativa de una experiencia aversiva próxima, desarrollando así altos niveles de ansiedad.

Por lo tanto, resulta indispensable que el odontólogo maneje las herramientas necesarias para identificar este tipo de trastornos y tomar las medidas pertinentes para cada caso en particular.



PsicoOdontología
ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Datos y cifras de la **Ansiedad Dental...**



Los datos de la incidencia de la ansiedad dental son reveladores, siendo un trastorno con más prevalencia de lo que pudiera parecer; por lo cual, no son situaciones aisladas o excepcionales. En la actualidad, alrededor del **85 y 90% de los pacientes experimentan miedo ansiedad antes, durante o después del tratamiento odontológico** en mayor o menor grado. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes padecen cierto nivel de ansiedad ante la odontología.

Estadísticamente, la visita al odontólogo ocupa el quinto lugar de los eventos más temidos; se considera que la incidencia de la ansiedad dental oscila entre el 5 y el 20% (16,4% adultos / 10,4% niños); Rowe y Moore, establecieron que un paciente con este tipo de ansiedad puede sufrir un promedio de 17,3 días con dolor antes de consultar al odontólogo.

En los países europeos, la ansiedad dental presenta una alta prevalencia con tasas que van del 4% al 23%, siendo un fenómeno extendido en el Reino Unido. De hecho, un estudio efectuado en Holanda mostró que el 86% de los pacientes presentaban ansiedad en la consulta, donde el 22% se catalogaron como altamente ansiosos. Asimismo, en Estados Unidos de Norteamérica entre 10 a 12 millones de personas sufren el estado más grave de ansiedad dental, mientras que 35 millones de personas manifiestan algún grado de este trastorno; oscilando la prevalencia entre 12,5% y 16%



Datos y cifras de la **Ansiedad Dental...**



*“La visita al odontólogo
ocupa el quinto lugar de los eventos
más temidos; con una incidencia
de ansiedad dental **entre el 5 y el 20%**,
siendo mayor en mujeres”*

En Asia, las tasas ascienden al 30–50%. En Australia, en 1996 se reveló que un 14,9% de los adultos podían ser clasificados con alta ansiedad dental, con mayor prevalencia y severidad en las mujeres. No obstante, en Sudamérica los estudios registran tasas del 34,7% en la población preescolar, donde los padres también presentan una alta incidencia de ansiedad dental (41,1%). Específicamente, en Brasil investigaciones reportan promedios cercanos al 20%.

Epidemiológicamente, varios estudios transversales han documentado que la prevalencia de la ansiedad dental disminuye con la edad, al igual que otras fobias generales o específicas. No obstante, otros estudios reportan que la ansiedad tiende a aumentar con la edad sin diferencias significativas con respecto al sexo del paciente.

Con relación al género, Krahn y colaboradores plantean que **las mujeres suelen ser más ansiosas**. El estudio de Doerr y colaboradores, en 1998, reporta que el ser mujer, tener un bajo nivel de ingresos y una baja percepción del propio estado de salud bucal, se vincula con altos niveles de ansiedad dental; mientras, las mujeres entre 26 y 35 años con asistencia irregular al odontólogo presentaron los niveles más altos.

Asimismo, los pacientes que se muerden las uñas (onicofagia) o los labios (queilofagia), tartamudos, fumadores, aquellos que traspiran en exceso, comen con compulsión o poseen una alta ingesta de alcohol suelen ser más ansiosos en la consulta odontológica.

¿Cómo reconocer o identificar la **Ansiedad Dental**?



Gross, menciona que la ansiedad se asemeja al estrés, por lo cual clínicamente se podría generar confusión; no obstante, la principal diferencia entre ellos es que la ansiedad se puede generar en ausencia de estímulos que constituyan una amenaza real a la integridad o intereses de la persona, toda vez que se puede tratar de un fenómeno estrictamente perceptivo, mientras que el estrés constituye una reacción emocional de tipo negativo que necesariamente supone la existencia de un agente estresor discriminable que está afectando al sujeto de manera circunstancial o prolongada.

Desde el punto de vista neurofisiológico, el sistema nervioso autónomo (SNA) ante la ansiedad dental produce la liberación de catecolaminas (aminohormonas), como: la adrenalina, noradrenalina y dopamina. De esta forma, los signos que se pueden manifestar son: taquicardia, espasmos musculares, midriasis (dilatación de las pupilas), náuseas con posibles vómitos, vasoconstricción periférica y vasodilatación central, piloerección del vello corporal y del cabello, aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas, broncodilatación, alteración del intestino y estimulación a la deposición fecal, mientras la vejiga induce las ganas de orinar. Específicamente, la sintomatología y los hallazgos clínicos se pueden enmarcar en el **concepto multidimensional de la ansiedad dental**, la cual abarca componentes cognitivos, fisiológicos y motores, a saber:

Componente motor y de conducta:

Pautas de comportamiento

- Inhibición o activación motora
- Inquietud o agitación
- Conductas desorganizadas o erráticas
- Balbuceos, llantos, gritos o berrinches
- Comportamientos de evitación o evasión
- Uso de técnicas dilatorias
- Tendencia al aislamiento
- Problemas de alimentación
- Deterioro de las relaciones interpersonales (sociales-afectivas)

*“El temor agudiza los sentidos.
La ansiedad los paraliza”*

Componente Cognitivo:

Indicios emotivos

- Tensión y continuo estado de alerta
- Menor capacidad de concentración, atención y aprendizaje
- Irritabilidad
- Indecisión
- Timidez excesiva
- Angustia y nerviosismo
- Trastorno del sueño
- Trastorno del deseo
- Actitud hipercrítica
- Insatisfacción de sí mismo
- Se avergüenzan enormemente
- Poca confianza en los odontólogos
- Sensación de vulnerabilidad e inmovilización en el sillón odontológico



Componente fisiológico:

señales orgánicas

- Cansancio y debilidad general
- Mareos y vértigo
- Sudoración abundante
- Cefaleas
- Trastornos visuales
- Dificultad para respirar o falta de aire
- Enrojecimiento
- Sudoración
- Dolor en el pecho
- Boca seca
- Problemas gastrointestinales
- Hipersensibilidad al dolor
- Estado de salud general deficiente
- Extensos y complejos daños en la dentadura o tejidos bucales

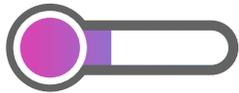
Concepto multidimensional de los signos y síntomas de la ansiedad dental (Ríos, Herrera y Rojas, 2014)

**Concepto
Multidimensional**

Componente Cognitivo	Componente Fisiológico	Componente Motor
Interferencia con la concentración	Alta activación del S.N.A	Comportamientos poco ajustados
Hiper vigilancia atencional	Falta de respiración	Conductas escasamente adaptativas
Incapacidad para recordad eventos	Transpiración y palpitaciones	Evitación y escape

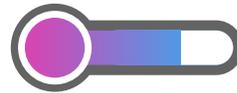
De esta forma, Carballo (1997) señala que los signos clínicos y la sintomatología dependen de la intensidad y la duración del trastorno, de ahí la importancia de clasificar los niveles del mismo:

“Los signos clínicos y la sintomatología dependen de la intensidad y la duración del trastorno”



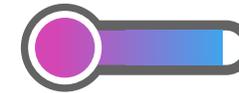
Leve o bajo:

Prevalece la calma (homeostasis orgánica) y solo existe ligera dificultad para la realización del examen, diagnóstico o tratamiento odontológico.



Moderado:

Caracterizada por el desconcierto, las actitudes aprensivas y la agitación psicomotriz, acompañada por incertidumbre y nerviosismo, donde existen signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional suficientemente intensos como para dificultar el examen, diagnóstico o tratamiento odontológico, obligando a un cambio en la rutina del odontólogo.



Severa o alto:

Se describe por miedo y temor intenso, que se puede acompañar de pánico (evitación-huida-desesperación); con una sintomatología y signos clínicos asociados a un grave deterioro psicológico-funcional que impiden la realización del examen, diagnóstico y tratamiento bucodental en la cita programada, forzando un cambio en el día de la cita, con la negativa del paciente, odontólogo o de ambos para continuar el tratamiento; siendo considerada como “fobia dental”.

Por lo tanto, el profesional puede apreciar ciertas particularidades de índole psicológico durante la consulta odontológica, independientemente de la edad o el género del paciente, con la finalidad de poder categorizar el trastorno que presenta; resaltando que mientras más se incrementan estas características, el nivel de ansiedad también lo hace; enfatizando que el odontólogo tiene la responsabilidad de reconocer y **tratar este tipo de patrones de la mano con el psicólogo clínico.**



Mediciones de la Ansiedad Dental:

El odontólogo moderno debe identificar la ansiedad dental en forma precoz y establecer el nivel que manifiesta cada paciente; por lo cual, la forma de medición de la ansiedad dental resulta importante y necesario. Sin embargo, los instrumentos existentes suelen tener limitaciones teóricas o prácticas (confiabilidad y validez), además no se posee una medida que pueda considerarse un estándar de oro y resulta necesario desarrollar una escala con un componente cognitivo específicamente para niños y adolescentes. Además, Armfield afirma que la ansiedad dental comparte características (cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas) similares a otros trastornos de ansiedad clínica, temores y fobias específicas, lo cual puede alterar los resultados obtenidos.

No obstante, en la actualidad se cuentan con varios instrumentos de medición psicométrica para estimar los niveles de ansiedad dental, entre ellos: el Corah Dental Anxiety Scale-DAS, la Escala de Ansiedad Dental Modificada-MDAS, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y la Escala de Ansiedad Dental; asimismo, específicamente en niños, los instrumentos más utilizados son: el Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale (CFSS-DS), el Venham Picture Test (VPT) y el Facial Image Scale (FIS).

El **Corah Dental Anxiety Scale (DAS)**, creado por Norman Corah y es el cuestionario de autorreporte más usado, el cual se compone de 4 ítems, que buscan identificar el nivel de ansiedad del paciente en diferentes momentos: antes

de la visita al odontólogo, en la sala de espera, cuando el profesional toma los instrumentos odontológicos y cuando se encienden los equipos rotatorios (piezas de alta y baja velocidad). Las preguntas tienen cinco alternativas de respuesta, obteniéndose rangos de puntaje totales que van de 4 a 20 puntos, que permiten categorizar al paciente desde las dimensiones "relajado" hasta "fobia dental", otorgando así puntajes altamente fidedignos.

Otro instrumento utilizado en adultos es el **MDAS-Modified Dental Anxiety Scale (Humpris)**, similar al Corah, agregando una pregunta referente a la inyección de la anestesia. Este instrumento posee cinco alternativas de respuesta que van desde "no ansiedad" hasta "extremadamente ansioso". Los ítems son sumados para obtener un resultado total, donde a más puntaje, mayor es la ansiedad dental. Dicho instrumento ha mostrado una adecuada confiabilidad y validez en el Reino Unido.

Actualmente, en determinados países, se está empleando **la medición del cortisol salival** como indicador fisiológico para determinar cuadros de estrés, depresión, ansiedad y reactividad emocional, siendo investigaciones que tendrán un impacto positivo en el desarrollo de la práctica clínica odontológica de los pacientes ansiosos.

De esta forma, el profesional y su equipo deben habituarse al uso frecuente de estos instrumentos de medición de ansiedad en los pacientes odontológicos.





ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH

Instrucciones:

Marque con un círculo una sola respuesta a las siguientes preguntas

A. Si Usted tuviera que ir al odontólogo mañana, ¿cómo se sentiría?:

- 1 Pensaría en ello como una experiencia razonablemente agradable
- 2 No estaría preocupado
- 3 Estaría un poco intranquilo
- 4 Tendría miedo que fuera desagradable y doloroso
- 5 Muy ansioso, con sudoración o me sentiría enfermo

B. Cuando Usted está esperando su turno en la consulta del odontólogo; ¿cómo se siente?:

- 1 Relajado
- 2 Un poco intranquilo
- 3 Tenso
- 4 Ansioso
- 5 Muy ansioso, con sudoración o me sentiría enfermo

C. Cuando Usted está en el sillón odontológico esperando mientras el profesional sostiene el equipo rotatorio (taladro) para empezar el trabajo en sus dientes, ¿cómo se siente?:

- 1 Relajado
- 2 Un poco intranquilo
- 3 Tenso
- 4 Ansioso
- 5 Muy ansioso, con sudoración o me sentiría enfermo

D. Usted está en el sillón odontológico preparado para una limpieza dental. Mientras Usted está esperando, el odontólogo está alistando los instrumentos que usará para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?:

- 1 Relajado.
- 2 Un poco intranquilo
- 3 Tenso.
- 4 Ansioso.
- 5 Muy ansioso, con sudoración o me sentiría enfermo

¿Cuál es el origen de la **Ansiedad Dental**?

Desde el punto de vista etiológico, **la ansiedad dental es un fenómeno complejo** y su presentación no se puede justificar exclusivamente a una sola variable; por lo tanto, se considera **multifactorial**, donde los diversos agentes se agrupan en: factores predisponentes (variables biológicas, constitucionales o hereditarias, personalidad), factores activadores (hechos, situaciones o circunstancias que activan el sistema de alarma, consumo de sustancias estimulantes, estrés) y factores de mantenimiento (problemas originarios de ansiedad no resueltos que generan indefensión). Generalmente, estos factores se entremezclan e intensifican entre sí; específicamente en el ámbito odontológico se destacan:

Aprendizaje social o por modelos:

La influencia de familiares (padres), amigos y conocidos dentalmente ansiosos despiertan temor en el entorno (aprendizaje vicario). La transmisión familiar es la causa más frecuente de este trastorno, evidenciándose una relación directa entre la ansiedad dental de padres a hijos. La “transferencia emocional” del miedo dental de padres a hijos fue estudiado por Lara, Grego y Romero, donde se reporta que los niveles de miedo dental de los miembros de la familia están significativamente correlacionados; donde, en la mayoría de los casos el rol del padre es de mediador en la relación entre las puntuaciones de miedo de las madres y los niños.

Características de personalidad inherentes al paciente;

donde, existen individuos más proclives a presentar este tipo de trastornos. De hecho, Pohjola y colaboradores, en el 2011 realizaron un estudio donde se concluyó, al evaluar alrededor de 5.241 finlandeses mayores de 30 años, que las personas con alexitimia (dificultad para poder identificar y expresar emociones) presentan una tendencia mayor a sufrir ansiedad dental. De esta forma, se evidencia la susceptibilidad de determinados tipo de personalidad a los desordenes ansiosos.

Temor al dolor, heridas o sangre:

La expectación de un paciente a sentir dolor, ser herido, atorarse o ahogarse durante el tratamiento bucodental puede actuar como un provocador de ansiedad dental. Estadísticamente, varios estudios han demostrado que los procedimientos quirúrgicos y restaurativos suelen ser los agentes detonantes más frecuentes; donde, la vista, el sonido, la sensación de vibración y la inyección del anestésico pueden desencadenar episodios clínicos de ansiedad. Asimismo, generalmente los pacientes tienden a “sobreestimar” el dolor que sentirán antes de llevarse a cabo los procedimientos odontológicos.

Experiencias dentales traumáticas

pasadas, particularmente en la infancia (experiencias condicionantes), donde el “condicionamiento clásico” ante la sola presencia de algún estímulo que le recuerde a la persona una experiencia dental dolorosa o molesta, lo llevará a experimentar ansiedad dental. Locker, Shapiro y Liddell, demostraron que existe una importante relación entre la ansiedad dental y experiencias odontológicas negativas (antecedentes o historia de dolor odontológico), estableciendo que la naturaleza de la experiencia más que la edad en que se vivió, es un factor predictor importante en la ansiedad dental.

Relación odontólogo-paciente:

La interacción o vinculación entre el profesional y el paciente con sus acompañantes es de especial importancia para el inicio o desarrollo de la ansiedad dental, donde las declaraciones o comentarios inadecuados del odontólogo pueden desencadenar episodios o cuadros ansiosos, en particular cuando está molesto o enfadado. De hecho, Moore y colaboradores establecieron que los encuentros negativos con el odontólogo poseen alrededor de 5 a 10 veces más probabilidad de generar ansiedad severa en los pacientes. Además, dichos pacientes generalmente se quejan de que los profesionales los hacen sentir culpables por ser ansiosos.

Desconocimiento: La "ignorancia o falta de conocimiento" genera zozobra y temor ante situaciones desconocidas. Por lo tanto, la ignorancia acerca de la situación actual que presenta el paciente y los procedimientos odontológicos a realizar pueden generar ansiedad. La educación por parte del profesional disminuye notablemente esta situación.

Tiempo de espera: El periodo entre las citas o el lapso de espera para recibir el tratamiento bucodental en la recepción de la clínica, es un factor provocador de ansiedad, debido a que aumenta el tiempo para la "rumiación", donde el paciente puede pensar sobre lo que pasará (o podría pasar) y considerar las probabilidades de los peores resultados, siendo usualmente pensamientos repetitivos negativos y fatalistas.

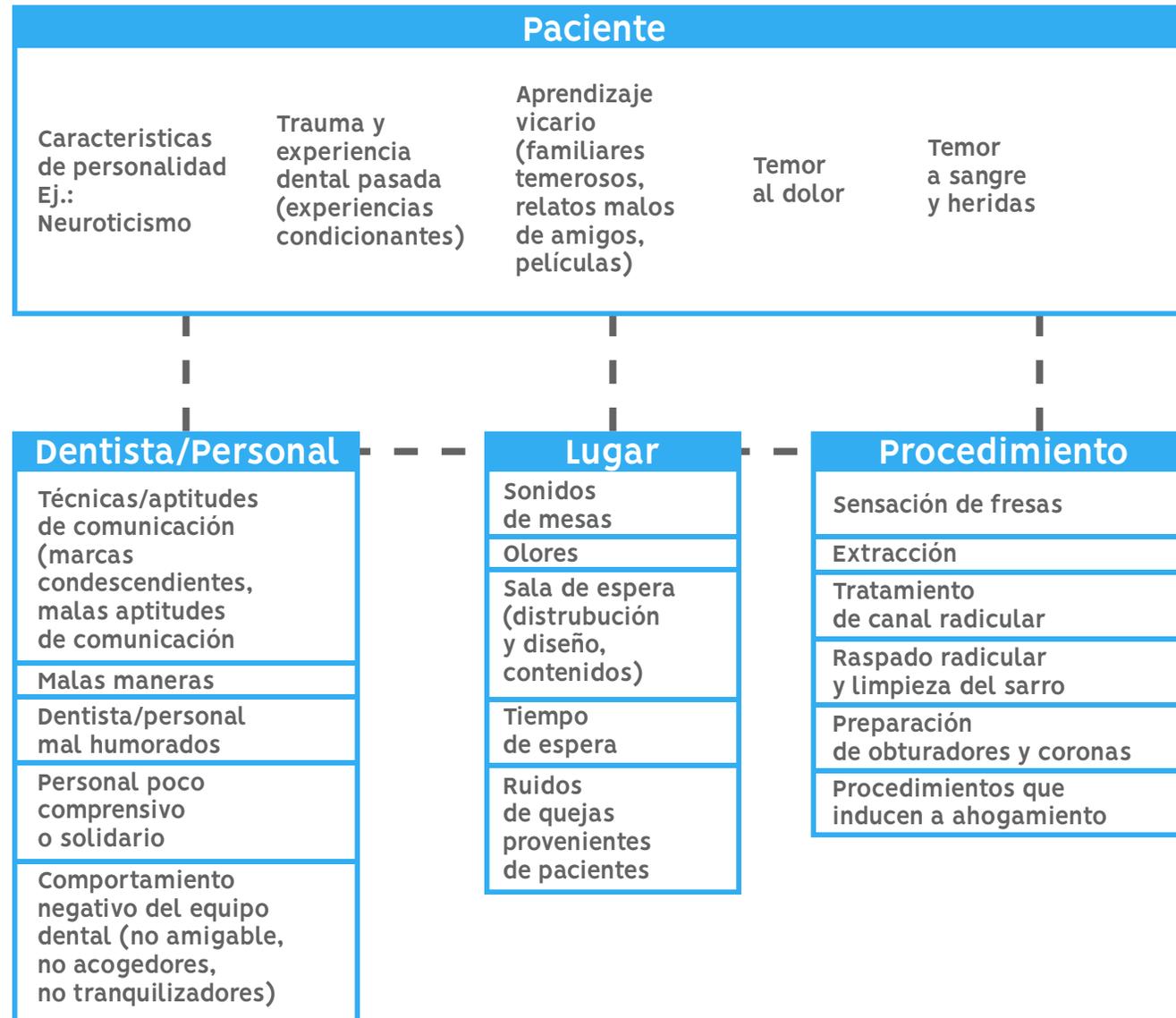
Horario de las citas: Desde el punto de vista biológico, existen horarios donde la persona es más susceptible a episodios de ansiedad; de hecho, se ha reportado que las crisis más acentuadas suelen ocurrir en la tarde-noche, por lo cual se sugiere atender a los pacientes ansiosos en el turno de la mañana, preferiblemente a primera hora, donde el profesional y su equipo se encuentran descansados.

Además, de acuerdo a los propios pacientes, los elementos que propician y potencian la ansiedad dental dentro de la consulta, son: **el ruido del equipo, el olor característico de los materiales o la sangre, la forma intimidante del instrumental, el dolor o molestias causadas, el tiempo de duración de la intervención, la posición de inmovilidad e indefensión del paciente, el aspecto físico del consultorio, las características y comportamientos del personal odontológico,** entre otros.



"La ansiedad dental es un fenómeno complejo y multifactorial, donde pueden intervenir varios agentes etiológicos simultáneamente".

Interacciones que conllevan y modifican la ansiedad dental (Hmud y Walsh, 2009).



Referencias bibliográficas

- Aguilera, F.; Osorio, R. y Toledano, M. (2002). Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. *Revista Andaluza de Odontología Estomatología*, 12(21).
- Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR, Parekh S, Walters V. (2010). Hypnosis for children undergoing dental treatment (Review). *Cochrane Database Syst Rev*;4:8.
- Al-Namankany A, de Souza M, Ashley P. (2012). Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J*. 9;212(5):219-22.
- Amaiz, A. and Flores, M. (2016) Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. *Odontología Vital*, 24, 21-28.
- Armfield JM. (2010). Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess*; 22(2):279-87.
- Armfield JM. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev Dent*; 8(2):107-15.
- Asociación dental americana (ADA). <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/a/anxiety>
- Astrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. (2011). Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health*; 11:10.
- Bare LC, Dundes L. (2004). Strategies for Combating Dental Anxiety. *J Dent Educ*; 68(11):1172-7.
- Blanco, C.; Estupiñá, F.; Labrador, F.; Fernández, I.; Bernaldo, M. y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. [Versión electrónica]. *Anales de Psicología*, 30(2), 403-411.
- Caraciolo G, Colares V. (2004). Prevalência de medo e/ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade nascidas do Recife. *Rev Odontol Ciênc*; 19(46): 348-53.
- Carballo, J (1997). Clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico: una propuesta. *Revista ADM*. 54(4), 207-214.
- Cázares de León, F. (2012). Nivel de Ansiedad que se manifiesta ante un tratamiento Odontológico. Trabajo especial de grado para optar al título de Magister en Ciencias en Salud Pública. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Salud Pública y Nutrición. Facultad de Odontología. Facultad de Psicología.
- Cohen SM, Fiske J, Newton JT. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J*; 189: 385-90.
- Corah NL. (1969). Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*; 48(4):596.
- De Jongh A, Muris P, Ter Horst G, Duyx M. (1995). Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors. *Behav Res Ther*; 33: 205-10.
- Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL. (1998). Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc*; 129: 1111-9.
- Gross, R. (1998). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. (2da. Ed.). D. F., México: Manual Moderno.
- Guerrero, C. y Palmero, F. (2006). Percepción de control y respuestas cardiovasculares. [Versión electrónica]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 145-168.
- Gutiérrez, P. y Gutiérrez, H. (2006). *Urgencias médicas en odontología (2ª Ed.)*. D.F., México: Manual Moderno.
- Hmud R, Walsh L.J. (2009). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *J Minim Interv Dent*; 2(1).
- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health*; 12(3):143-50.
- Klingberg G, Broberg AG. (2007). Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*;17(6):391-406.
- Krahn, N. et al (2011). Fobias al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Fundamentos en Humanidades*. 12(23). 213-222, San Luis (España).
- Landier W, Tse AM. (2010). Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: an integrative review. *J Pediatr Nurs*; 25(6):566-79.
- Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. (2011). Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent*. 2012 Sep;22(5):324-30.
- Lee CY, Chang YY, Huang ST. (2008). The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent*;18(6):415-22.
- Lima Álvarez M. y Casanova, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*, 6(16).
- Locker D, Liddell A. (1991). Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res*; 70:198-203.
- Locker D, Shapiro D, Liddell A. (1996). Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*; 13(2):86-92.
- Loreto, S. y Patricio, M. (2012). Efecto de la Musicoterapia sobre los Niveles de Estrés de los Usuarios Internos de la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo. [Versión electrónica]. *International Journal Odontostomat*, 6(2), 189-193.
- Melchy, Z.; Carrillo, G.; Flores, S.; Becerra, A. y Reynoso, L. (2014). Diseño y elaboración de material psicoeducativo para pacientes odontológicos por residentes de Medicina Conductual. [Versión electrónica]. *Revista de Educación y Desarrollo*, (31), 79-86.
- Miguel-Tobal, J y Cano Vindel (1995) Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y estrés*. (1), 37-60. Murcia (España)
- Milgrom P, Weinstein P, Getz T. (1995). *Treating Fearful Dental Patients: A Patient Management Handbook*. 2nd ed. Seattle: University of Washington.
- Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. (1993). Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Commun Dent Oral Epidemiol*; 21: 292-6.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. D. F., México: Cengage Learning.
- Oliveira MMT, Colares V. (2009). A relação entre ansiedade odontológica e a dor de dente em crianças com idade entre 18 e 59 meses: estudo em Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 25(4): 743-50.
- Peñaranda, P. (2000). *Psicología odontológica, interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología*. (3ra. Ed.). Caracas, Venezuela: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela.
- Pohjola V, Mattila AK, Joukamaa M, Lahti S. (2011). Dental fear and alexithymia among adults in Finland. *Acta Odontol Scan*; 69(4): 243-7.
- Potter C. (2007). Using hypnosis in dentistry. *Dental Nursing*; 3(9): 522-6.
- Ríos M, Herrera A, Rojas C. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en Odontostomatología*; 30(1):39-46.
- Quiroz-Torres J, Melgar RA. (2012). Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. *Rev Estomatol Herediana*; 22(2):129-136
- Rojas, E. (2009). *La Ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. D.F., México: Planeta.
- Rojas, et al (2011). Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. *Acta Odontológica de Venezuela*. 49(4). Caracas. (Venezuela).
- Rowe M, Moore T. (1998). Self-Report Measures of Dental Fear: Gender Differences. *Am J Health Behav*; 22(4):243-7.
- Shapiro M, Melmed RN, Sgan-Cohen HD, Eli I, Parush S. (2007). Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. *Eur J Oral Sci*; 115 (6):479-83.
- Spielberger, C. (1980). *Tensión y Ansiedad*. D.F., México: Multimedia Publications., Inc.
- Townend E, Dimigen G, Fung D. (2000). A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther*; 38 (1):31-46.
- Thomson WM, Stewart JF, Carter KD, Spencer AJ. (1996). Dental anxiety among Australians. *Int Dent J*; 46: 320-4.
- Vinaccia, S. et al (1998). Odontología y Psicología. Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1), 67-82, Bogotá (Colombia).

Alejandro Amaíz

Odontólogo Especialista



Odontólogo General egresado de la Universidad Central de Venezuela (U.C.V), con convalidación de título extranjero en la Universidad de Costa Rica (U.C.R). Es Especialista en Odontología Operatoria y Estética también de la Universidad Central de Venezuela (U.C.V). Además posee una pasantía en Periodoncia y un componente docente universitario. Asimismo, se encuentra cursando una maestría en Psicología Organizacional e Industrial.

Actualmente, trabaja en la Clínica Odontológica Dental Pluss, en San José de Costa Rica. Cuenta con más de 17 años de experiencia clínico – asistencial, a lo largo de los cuales ha desarrollado un enfoque de atención clínica interdisciplinaria orientada a la psicoeducación y a la innovación en el uso de tecnología avanzada para el mejoramiento de la salud bucodental.

Se ha desempeñado con éxito en el área de docencia y como conferencista internacional. Destaca su labor en el campo de la investigación, siendo autor de importantes artículos científicos, tales como: “Lesiones de abfracción, etiología y tratamiento”, publicado en la Revista Científica Odontológica, Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica (2014), “Etiología de las lesiones dentales erosivas” (2015), “La electrocirugía en la odontología actual” (2018) en la Revista Odontología Vital, Universidad Latina de Costa Rica. Además, participó como columnista semanal en el periódico La Prensa Libre, San José (Costa Rica).





Odontólogo Alejandro Amaiz

San José, Costa Rica



+506-84547265



@psicoodontologia



@psicoodontologia



www.psicoodontologia.com/