

Construcción y validación de cuestionario para el análisis del miedo al dolor dental en pacientes odontológicos.

Construction and questionnaire validation for the analysis of the fear of dental pain in dental patients.

Janeth Morales-Cortés,* Juan Manuel Tello-Contreras[‡]

RESUMEN

La naturaleza urgente del dolor se relaciona más con el miedo que genera que con la verdadera intensidad de la molestia. El miedo al dolor dental obliga a muchos pacientes a reducir sus visitas al odontólogo hasta que experimentan una odontalgia insoportable, lo que pone en riesgo su salud general y dental. Un cuestionario constituye un medio efectivo para determinar la capacidad física y emocional de un paciente para tolerar un procedimiento odontológico. Cuando conoce el origen del miedo, el odontólogo dispone de técnicas para el manejo del paciente. Los objetivos son: medir el miedo al dolor dental; conocer las diferencias en el grado de miedo al dolor; identificar las situaciones cotidianas de la consulta dental que provocan un alto grado de miedo al dolor dental. Para cumplir los objetivos se propone el uso del Cuestionario del Miedo al Dolor Dental (CMDD), que se aplicó a 200 pacientes de la clínica de Endodoncia de la UMSNH. **Material y métodos:** 250 cuestionarios, bolígrafo. Se entregó el cuestionario de autoevaluación y se procedió al análisis y clasificación de la información con el software SPSS versión 18. **Conclusiones:** Se comprueba la fiabilidad del CMDD, es decir, que mide de manera confiable el miedo al dolor dental de los pacientes a los que se les aplica. Los resultados proveen información importante para identificar áreas para la mejora de la práctica odontológica relativas al manejo del miedo al dolor dental.

Palabras clave: Miedo al dolor dental, dolor dental, situaciones dolorosas, escala de dolor dental.

ABSTRACT

*The urgent nature of pain is more related to the fear generated than the true intensity of the discomfort. The fear of dental pain forces many patients to reduce their visits to the dentist until they experience an excruciating toothache. The assessment in dentistry determines the physical and emotional capacity of a patient to tolerate a dental procedure. A form with a questionnaire is an effective means of ensuring relevant information. When you know the origin of the fear of his patient, the dentist has many useful techniques for treatment. **Objectives:** The purpose of this study is to measure the fear of dental pain (I), know the differences that may exist in the degree of fear of pain between one individual and another (II) and everyday situations of dental consultation result in a high degree of fear of pain (III); using the Questionnaire of Fear for Dental Pain (QFDP) used in 200 patients of the Endodontics Clinic at UMSNH. **Material and methods:** 250 questionnaires. Self-assessment Questionnaire is delivered. We proceed to the analysis and classification of the information with the computer software SPSS version 18. **Conclusions:** The reliability of the CMDD is verified, that is, it reliably measures the fear of dental pain of the patients to whom it is applied. The results provide important information to identify areas for the improvement of dental practice related to the management of fear of dental pain.*

Keywords: Fear of dental pain, dental pain, painful situations, dental pain scale.

INTRODUCCIÓN

Aunque algunas personas quieren evitar el tratamiento dental por diferentes motivos, en general por miedo,

acaban acudiendo al dentista para que les alivie el dolor.¹ El éxito de la práctica odontológica depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del paciente.²

* Cirujano Dentista Especialista en Endodoncia UMSNH. Maestría en Educación con acentuación en la enseñanza de las ciencias del ITESM. Doctora en Educación por la UBC. Profesora del postgrado de Endodoncia y de la Facultad de Odontología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

[‡] Egresado de la Licenciatura en Economía del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey. Maestría en Administración de Empresas del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Morelia. Dr. en Negocios Internacionales por la UMSNH. Director General de «Iker Análisis de Mercados S.A. de C.V.» Empresa con registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT). Profesor de UNLA y La Salle.

Recibido: 27 Febrero 2019. Aceptado para publicación: 23 Junio 2019.

El problema que plantea el tratamiento del dolor y la ansiedad en la práctica de la odontología es considerable. Diversos estudios han demostrado que una de las principales razones por las que más del 50% de los estadounidenses adultos no acuden en forma habitual al odontólogo es el miedo al dolor. En función de los datos facilitados por muchos de estos pacientes, se puede deducir que una gran mayoría de ellos, aunque no sientan dolor en el momento de la consulta, creen que lo sufrirán en algún momento de la misma y que probablemente sea el odontólogo el responsable.³

Junto a la actual experiencia de dolor, el miedo al dolor es también un problema común desde que contribuye a que el paciente evite la búsqueda de tratamiento, aún cuando objetivamente es necesario. De tal manera, ha sido reportado que casi cada diez pacientes interrumpen su tratamiento debido a tempranas experiencias de dolor.⁴

El miedo al dolor no sólo obliga a muchos pacientes a reducir sus visitas al odontólogo, por lo general hasta que experimentan una odontalgia insoportable, sino que se ha demostrado que repercute en la incidencia de urgencias médicas potencialmente fatales durante la administración del tratamiento odontológico. La razón para este fenómeno es evidente: clínicamente, es más difícil lograr una anestesia profunda de la pulpa dental cuando ha existido dolor o infección durante un periodo de tiempo considerable.³

En niños, la ansiedad dental y miedo al dolor en tratamiento dental han sido reconocidos como una fuente de problemas en el manejo del paciente durante muchos años. Al menos 16% de niños en edad escolar le tienen miedo al dentista, y consecuentemente evitan el tratamiento dental. Evitar el tratamiento dental puede ser diferente en niños que en adultos. Parece lógico que en la mayoría de los casos, si no es que en todos, la decisión de acudir al dentista es del padre y no del hijo.⁵

Investigaciones han mostrado que cuando se trata a pacientes adultos, el comportamiento de los dentistas no va encaminado a reducir la ansiedad o miedo al dolor, sino que va asociado con satisfacer a los pacientes. Es sólo con los niños cuando el dentista modifica su comportamiento adoptando técnicas de manejo de ansiedad.⁵

Los problemas que plantea el tratamiento del dolor están íntimamente relacionados con los derivados del tratamiento de la ansiedad. Por lo general, el dolor causado por la terapéutica odontológica puede reducirse al mínimo o prevenirse totalmente mediante un cuidado adecuado del paciente, y la aplicación sensata de las técnicas del control del dolor, en especial la anestesia

local. La ansiedad también puede tratarse de forma eficaz en casi todas las situaciones, aunque para ello es preciso detectarla antes. La identificación del origen de la ansiedad del paciente es el factor más importante para tratar este problema. Cuando se conoce el origen del miedo de su paciente, el odontólogo dispone de numerosas técnicas útiles.³

Se debe estimular el entrenamiento de odontólogos en la aplicación psicológica de técnicas para el tratamiento de pacientes altamente ansiosos, tanto en las escuelas como en las clínicas. Investigaciones futuras deberán determinar la utilidad de nuevos o diferentes instrumentos que midan el miedo al dolor dental y que puedan ser usados en las clínicas y que permitan una mejor diferenciación entre los pacientes altamente ansiosos.⁶

En 1998, McNeil y Rainwater presentaron el cuestionario del miedo al dolor dental (DFPQ III) con la finalidad de medir el miedo al dolor dental con el supuesto de que el miedo responde a estímulos y contextos particulares.⁷ De esta forma se seleccionaron una variedad de situaciones dolorosas contenidas en nuestro cuestionario, por lo tanto, el CMDD se puede usar en poblaciones con dolor y sin dolor.

El propósito de este estudio es el de construir un instrumento que pueda medir en forma confiable y consistente el miedo al dolor dental, y que ayude a conocer las diferencias que pueden existir en el grado de miedo al dolor entre un individuo y otro, así como a trazar un plan de tratamiento adecuado a las necesidades de los pacientes, tanto dentales como emocionales. Los objetivos de este estudio son: medir el miedo al dolor dental, conocer las diferencias que pueden existir en el grado de miedo al dolor entre un individuo y otro, así como las situaciones cotidianas de la consulta dental que provocan un grado de miedo al dolor alto, mediante el uso del Cuestionario del Miedo al Dolor Dental (CMDD).

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio es el siguiente: es una investigación sociomédica o epidemiológica, observacional, descriptiva y transversal.

Materiales: se aplicaron 250 cuestionarios, con las siguientes variables: a) nombre; b) fecha; c) edad; d) número de citas; e) escolaridad, para pacientes mayores de 10 años que estén o hayan cursado la primaria debido a que es un cuestionario de autoevaluación. Se establecieron las siguientes variables: primaria (otros), secundaria, preparatoria y universidad; f) género del odontólogo; g) grado de miedo: es una variable de in-

tervalo en donde los intervalos entre los valores de cada categoría están igualmente espaciados. Se establecieron 5 intervalos: 1 = nada en absoluto, 2 = un poco de miedo, 3 = miedo moderado, 4 = mucho miedo, 5 = miedo extremo.

Finalmente, la ocurrencia de la situación es una variable nominal que indica si cada situación ha sido o no experimentada previamente, ayuda a indagar si existe alguna relación entre el grado de miedo y la experiencia del paciente, es decir, si el que el paciente haya vivido o no antes alguna situación, incrementa o disminuye su grado de miedo. Esta variable se aplicó en las 17 situaciones o experiencias dentales dolorosas. Se generó la suma del miedo como una variable ordinal que representa la suma de todas y cada una de las 17 situaciones dolorosas que pueden producir miedo al dolor dental (Apéndice 1, se muestra el CMDD).

La fiabilidad o validez del cuestionario sigue el método utilizado por Idvall y su equipo.⁸

Metodología: primer paso, aplicación de prueba piloto, derivado de esta primera prueba, se ajustó el cuestionario. En una segunda etapa, se procedió a la entrega del cuestionario para ser llenado por el paciente. Se revisó que los cuestionarios estuvieran completos y correctamente llenados; en el tercer paso se realizó el análisis estadístico y la clasificación de la información.

Análisis metodológico: primero: se obtuvieron las estadísticas descriptivas de todas las variables.

Se obtuvieron las correlaciones de Pearson para las variables: suma del miedo vs edad, suma del miedo vs sexo del encuestado, suma del miedo vs género del odontólogo, suma del miedo vs visitas al odontólogo. Asimismo, se obtuvo la correlación entre cada uno de los 17 temas de situaciones dolorosas. La correlación es útil cuando se quiere observar la relación entre dos o más variables, para esto se usa la correlación Pearson.

Se obtuvieron las correlaciones de Spearman para la suma del miedo vs nivel de educación. Se generaron diferentes correlaciones ya que se trata de una variable ordinal, y existe diferente espaciamiento entre cada categoría.

Segundo: se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach's. Este coeficiente se usa para probar la consistencia interna del cuestionario y darle validez. Un alfa superior a 80 es aceptable.

Tercero: se realizó el análisis factorial. Este es un tipo de análisis exploratorio multivariado que se usa ya sea para reducir un número de variables en un modelo o para detectar relaciones entre variables. Todas las variables incluidas en el análisis de factores necesitan

ser de intervalo y se supone deben estar normalmente distribuidas. Se puede presentar el caso en el que existan menos factores que variables, pero no que existan más factores que variables. Se realiza una rotación Varimax y se grafican los Eigenvalues. Se utilizó el método de extracción de los componentes principales. Despues se obtuvo la matriz de componentes rotados y también la tabla de Communalities, que es un término opuesto a unicidad o único, representa la proporción de la varianza de las variables que es contabilizada por todos los factores juntos; un valor muy bajo de Communalities puede indicar que la variable tal vez no pertenece con ninguno de los otros factores.

Cuarta: es la última parte, se realizó inferencia estadística. a) Primero se estableció si la suma del miedo es igual entre hombres y mujeres utilizando el método Wilcoxon. b) Se estableció si la suma del miedo es igual entre los diferentes niveles de educación, para lo que se utilizó el método Kruskal-Wallis. c) Se determinó si la suma del miedo es igual cuando se es atendido por un doctor de sexo masculino o femenino, por medio del método Kruskal-Wallis. d) Se determinó si la suma del miedo al dolor del evento es independiente del nivel de educación, esto se realizó para los 17 casos utilizando el método χ^2 . e) Se determinó si el grado de miedo de cada evento es independiente del sexo del paciente, se realizó para los 17 casos utilizando el método χ^2 . f) Se determinó si el grado de miedo es independiente a la ocurrencia de la experiencia dolorosa. Se realizó para los 17 casos utilizando el estadístico χ^2 .

El método χ^2 se usa cuando se quiere saber si existe una relación entre dos variables categóricas.

RESULTADOS

Se comprobó la fiabilidad del Cuestionario del Miedo al Dolor Dental, es decir, el cuestionario tiene consistencia interna con una escala de 0.9142. Por lo tanto, el Cuestionario del Miedo al Dolor Dental mide de forma consistente, precisa y sin error el miedo al dolor dental.

Se realizó un análisis factorial para encontrar grupos homogéneos de las 17 situaciones descritas para así poder encontrar un número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en las 17 situaciones. Así, se encontraron cuatro factores, «procedimientos realizados en el diente», «externo al diente», «situaciones conocidas como dolorosas», «situaciones familiares al paciente». De tal suerte que las 17 situaciones se agrupan en éstos.

El total de la muestra fue de 200 personas, de las cuales 30% se encuentra en el rango de edad de 20 a 29 años, 77% de los encuestados son mujeres.

De los encuestados, 40.5% presenta un nivel de escolaridad de secundaria, lo que tal vez se debe a la procedencia de la muestra. La muestra procede de la clínica de endodoncia de la división de postgrado de la Facultad de Odontología, que presta un servicio social.

Para 76% de los encuestados carece de importancia el que su dentista sea hombre o mujer y para 23.5% le produce más miedo que su dentista sea hombre.

La situación «taladrar el hueso de la mandíbula», resultó ser la más dolorosa para los 200 encuestados con un promedio de 3.65 en escala del 1 al 5, siendo 5 el valor más alto de grado de miedo. Por otro lado, la situación «tener cita con el dentista», presentó un promedio de 2, por lo que fue la situación que presentó menor grado de miedo al dolor.

El valor promedio de la suma del miedo al dolor dental de las 17 situaciones presentes en el CMDD, para los 200 encuestados fue de 47.30 en escala de 17 a 85. De los cuales 10% de los encuestados que presentaron más miedo, tienen más de 65.9 de grado de miedo al dolor en esta misma escala. Los 46 pacientes del género masculino tuvieron un grado de miedo de 43.82 y las 154 mujeres encuestadas tuvieron 48.33 de grado de miedo, lo que nos indica que el grado de miedo al dolor en este estudio fue mayor en las mujeres que en los hombres.

Con base en los resultados obtenidos en la muestra, para fines prácticos, se puede utilizar el cuestionario para conocer a los pacientes que presentan más grado de miedo y a los que presentan menor grado de miedo en forma numérica, esto es, los resultados en números que el paciente otorgue a cada pregunta se sumarán, dando como resultado de esta sumatoria el grado de miedo al dolor dental general.

Menos de 1% de los pacientes encuestados presentaron una sumatoria de 18 puntos siendo 17 puntos la menor puntuación posible, lo que nos indica que, aún éste porcentaje tan bajo presenta por lo menos «un poco de miedo» a una situación dolorosa contenida en el cuestionario. Por otro lado, la mayor puntuación posible es de 85 puntos y de igual manera, menos de 1% de los pacientes presentaron una puntuación tan alta, siendo 81 puntos el grado de miedo más cercano al mayor puntaje posible.

Los pacientes que presenten 34 puntos o menos de grado de miedo (en el presente texto, 20%), son los que tienen grado de miedo más bajo y que no requieren de una atención especial de manejo de conducta por parte

del clínico, ya que sus temores son pocos y fácilmente controlables.

Aquellos que presenten más del promedio, que es de 48 puntos de sumatoria de grado de miedo (en este texto, es de 47.5), necesitan tratamiento especial, un tratamiento que dirija su atención al manejo del paciente, es decir, enfatizar la comunicación y dedicar atención a sus miedos, angustias, necesidades; y conforme la puntuación sea más alta, es casi tan necesario e importante para el paciente recibir la atención personal a sus temores como la atención dental por la que asistió a la consulta.

Habrá pacientes cuya puntuación sea de 60 o más, que en este trabajo representó 20% de la muestra. Estos pacientes son los que su grado de miedo afecta sus visitas al odontólogo y que por lo general su salud dental es pobre. Hay que asistirlos aún antes de cualquier tratamiento dental y sobre todo ganar su confianza para así tratar de disminuir su grado de miedo, explicar a detalle cada uno de los procedimientos que vamos a realizar y el posible dolor que puedan sentir, para que estén preparados y no se sientan engañados al sentir dolor. Con estos pacientes se recomienda tener mucho cuidado de no minimizar sus miedos, atender sus necesidades, para así, poder mantenerlos interesados en su salud dental y poco a poco convertirlo en un paciente cooperador.

Después de realizar las pruebas correspondientes con el estadístico *t* de Student, se concluye que existe evidencia estadística para afirmar que el promedio del miedo al dolor dental no es igual en los hombres que en las mujeres y se confirma que el promedio del grado de miedo al dolor dental es mayor en las mujeres que en los hombres.

Se aplicaron los estadísticos *d* de Somers, TAU-b de Kendall y la correlación de Spearman para las 17 situaciones encontrándose relación negativa en las situaciones «quemadura de encía», «heridas en la boca», «taladrar en un diente» y «explorar una cavidad»; por lo que se concluye que existe evidencia estadística que indica que, en estas cuatro situaciones, a mayor nivel de estudio o escolaridad, corresponde menor grado de miedo al dolor.

La situación que más han experimentado los 200 pacientes encuestados, fue recibir anestesia en la boca (185 encuestados, es decir 92.5%), seguida de la situación «tener cita con el dentista» (183 encuestados, 91.5%) y por el contrario la situación menos experimentada fue «quemadura de encía» (35 encuestados, 17.5%).

Se utilizó el estadístico χ^2 para saber si existe alguna relación entre el hecho de que el paciente haya previamente experimentado una situación de las contenidas en el cuestionario y el grado de miedo que dicha situación

le provoca. Se encontró que en las situaciones «tener varias heridas abiertas en la boca», «tener una sensación de frío en el diente cerca de una cavidad», «remover una amalgama», «taladrar en el hueso de la mandíbula», «un dolor de dientes muy fuerte» y «que te aíslen un diente», existe evidencia estadística que confirma una relación entre las situaciones antes mencionadas y el hecho de que el paciente haya experimentado alguna vez dicha situación. De las tablas de contingencia de situación por situación, se concluye que para la situación «tener varias heridas abiertas en la boca», se presenta mayor grado de miedo al dolor en los encuestados que previamente no han experimentado esta situación, es decir, si no lo han experimentado, su grado de miedo es mayor. La ventaja de haber obtenido esta información es que si se informa de los procedimientos a los pacientes, se podrá disminuir su grado de miedo al dolor y hacerlos sentir más confiados y cómodos.

Exactamente ocurre lo mismo con las situaciones «remover una restauración», «que te taladren en el hueso de la mandíbula» y «que te aíslen un diente de otros» respectivamente. La relación es que si los pacientes no han experimentado previamente estas situaciones, su grado de miedo al dolor dental es mayor, porque imaginan la situación más dolorosa de lo que refieren los pacientes que ya han experimentado alguna de estas situaciones.

Por el contrario, las situaciones «tener una sensación de frío en un diente cerca de una cavidad» y «un dolor de dientes muy fuerte», presentan mayor grado de miedo al dolor dental los pacientes que ya habían experimentado en alguna ocasión alguna de estas situaciones, por lo tanto, pacientes que han tenido éstas sensaciones dolorosas, tienen más miedo de volver a sentir éste dolor, que el que presentan los pacientes que no lo han sentido nunca. En otras palabras, las personas encuestadas que no han experimentado ésta situación, imaginan éste tipo de dolor menos doloroso de lo que refieren las personas encuestadas que sí lo han sentido.

Se aplicó el estadístico χ^2 buscando alguna relación entre el género del paciente y el grado de miedo al dolor dental en las 17 situaciones. En las situaciones «tener varias heridas abiertas en la boca» y «un dolor de dientes muy fuerte», existe evidencia estadística que confirma la presencia de una relación entre el género y el grado de miedo. En ambas situaciones, se encontró que las personas encuestadas de sexo femenino, presentan un grado de miedo al dolor mayor en estas dos situaciones, que el grado de miedo al dolor que presentaron los pacientes de sexo masculino, por lo tanto, para «tener varias heridas abiertas en la boca» y un «dolor de dientes muy fuerte», si el paciente es mujer, es más probable que su grado de miedo al dolor sea alto.

DISCUSIÓN

La prioridad del clínico es atender la urgencia del paciente y realizar el tratamiento necesario en la menor cantidad de citas. La conciencia de que el paciente puede necesitar atención a nivel emocional, además de la dental, es prioritaria. El CMDD es de gran ayuda para poder identificar si el paciente presenta grado de miedo al dolor dental, y las situaciones que lo provocan. Es importante que se realice el tratamiento odontológico integral, y si se detecta un paciente con un grado de miedo al dolor dental alto, es deber de los odontólogos construir las fortalezas en el paciente y minimizar su vulnerabilidad, aún pequeños cambios pueden hacer grandes diferencias. El miedo causado por los desconocido, puede disminuirse directamente, proporcionando información, pero también indirectamente, aumentando las percepciones de control y de confianza. Mejorando la confianza y el control, se reducirá el miedo. Inversamente, abusando de la confianza y la falta de control, se incrementará el miedo. Dolor y/o la negación de su experiencia aumentará el miedo. Dar información acerca del posible dolor, su reconocimiento y los pasos que se realizarán para contrarrestarlo reducirán el miedo. Hay ocasiones en las que no es posible manejar directamente la variable más importante, por ejemplo, un procedimiento doloroso donde, por alguna razón, el control total sobre el dolor no es posible. Pero trabajando en una o más de las otras variables, puede ser posible que se influyan al paciente para bien.

CONCLUSIONES

El CMDD mide de manera confiable el grado de miedo a dolor dental de los pacientes y ayuda a identificar las situaciones que lo desencadenan. Se encontraron datos que indican diferencia en el grado de miedo al dolor dental, en donde las mujeres presentan mayor grado de miedo al dolor que los hombres, así como situaciones que los pacientes asocian con mayor grado de miedo. Se realizó un análisis factorial resultando cuatro factores. Cuarenta y siete punto cinco por ciento de pacientes, presentó 48 puntos de sumatoria de grado de miedo, mismos que necesitan tratamiento especial, enfatizar la comunicación y dedicar atención a sus miedos, angustias y necesidades. Veinte por ciento presentó una puntuación de 60 o más. Estos pacientes son los que su grado de miedo afecta sus visitas al odontólogo, su salud dental es pobre y necesitan tratamiento tanto emocional como dental, para gradualmente convertirlo en un paciente cooperador.

Apéndice 1: Cuestionario del miedo al dolor dental (CMDD Morales-Tello).

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Sexo. M _____ F _____ Número aproximado de veces que ha acudido al dentista _____

Escolaridad máxima: Secundaria _____ Preparatoria _____ Universidad _____

¿Qué te da más miedo, que tu dentista sea hombre _____ mujer _____ o no es relevante _____ ?

Instrucciones: Los temas enlistados a continuación describen experiencias dentales dolorosas.

Seleccione si ha experimentado o no cada situación. Por favor lea cada tema y piense qué tanto miedo le provocaría experimentar el dolor asociado a cada tema. Si usted no ha experimentado el dolor de algún tema en especial, por favor responda basándose en qué tanto miedo al dolor le provocaría dicho evento de acuerdo a la siguiente escala.

Grado de miedo				
Nada en absoluto	Un poco	Moderado	Mucho miedo	Miedo extremo
1	2	3	4	5
Temas:				Ya experimentó la situación
1. Tener cita con el dentista	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
2. Recibir anestesia en la boca	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
3. Que se te quemé una encía	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
4. Que se te atore un gancho dental (explorador) en una restauración	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
5. Tener varias heridas abiertas en la boca	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
6. Que te tapen (obturen) una muela	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
7. Recibir una endodoncia (tratamiento de conductos)	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
8. Que te jalen un diente flojo	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
9. Tener una sensación de frío en un diente cerca de una cavidad	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
10. Que te realicen una incisión (corte) en las encías	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
11. Que te estén removiendo (quitando) una amalgama, incrustación o resina vieja	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
12. Que te taladren en el hueso de la mandíbula	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
13. Que te taladren en un diente	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
14. Una cavidad que te estén explorando con el gancho dental (explorador)	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
15. Recibir una inyección en el techo de la boca	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
16. Un dolor de dientes muy fuerte	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____
17. Que te pongan un hule que separe un diente de otros (aislar)	(1) (2) (3) (4) (5)			Sí _____ No _____

Nota: Está prohibida la reproducción total o parcial con fines clínicos o de investigación de este cuestionario sin el permiso por escrito de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weine FS. Terapéutica en endodoncia. 2^a ed. Salvat editores. Cap. 5. Barcelona, 1991. p. 200.
2. Díaz-Almenara EM, Raposo-Correo S, Rodríguez-Pulido I, Rodríguez-Suero B. El alto miedo al dentista se asocia al trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Europea de Odontostomatología*. España 2017.
3. Cohen S, Burns CR. Vías de la pulpa. 7^a ed. Editorial Hartcut-Mosby. Capítulo 18 España, 1999. p. 633.
4. Bergius M, Berggren U, Kiliaridis S. Experience of pain during an orthodontic procedure. *Eur J Oral Sci.* 2002; 110: 92-98.
5. Peretz B, Efrat J. Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *Int J Paediatr Dent.* 2000; 10: 126-132.
6. Aartman IHA et al. Dealing with highly anxious dental patients. *Br Dent J.* 1999; 186: 467-471.
7. McNeil DW, Rainwater AJ. Development of the fear of pain questionarie III. *J Behav Med.* 1998; 21 (4): 389-410.
8. Idvall E, Hamrin E, Unoosson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Journal of Advanced Nursing.* 2002; 37 (6): 532-540.

Correspondencia:

Dra. Janeth Morales-Cortés

Avenida Buenos Aires Núm. 780,
Fraccionamiento Lomas de la Américas Sur, 58254,
Morelia, Michoacán, México.

E-mail: moralesjan@hotmail.com