

**NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA
EN LA CLINICA ODONTOLÓGICA CARTAGENA DE INDIAS**

AUTORES

**ANGÉLICA LILIANA DÍAZ ERAZO
CARMEN PAULINA OÑATE BERDUGO
SILVIA ELENA FRANCO HERAZO**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ – SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS D. T Y C
2.009**

**NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA
EN LA CLINICA ODONTOLÓGICA CARTAGENA DE INDIAS**

AUTORES

**ANGÉLICA LILIANA DÍAZ ERAZO
CARMEN PAULINA OÑATE BERDUGO
SILVIA ELENA FRANCO HERAZO**

ESTUDIANTES DE X SEMESTRE

ASESOR METODOLÓGICO

**DR. FARITH GONZALEZ MARTÍNEZ
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESOR DISCIPLINAR

**DR. JORGE PEREZ BENAVIDES
ESTOMATÓLOGO Y CIRUJANO ORAL**

**Trabajo presentado como requisito para la asignatura de Proyecto II X
semestre**

UNIVERSIDAD DEL SINÚ – SECCIONAL CARTAGENA

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CARTAGENA DE INDIAS D. T Y C

2.009

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, damos gracias a Dios por la vida q nos ha dado, queremos expresar nuestros más sentidos agradecimientos a nuestros padres y a nuestros esposos por la dedicación, esfuerzo, apoyo, comprensión y confianza que han depositado en nosotras, y la oportunidad que nos brindaron de conocer el verdadero significado de la felicidad y la realización de nuestros sueños por medio de esta linda profesión.

A todos los miembros del grupo de investigación, Dr. Farith González, Dr. Jorge Pérez, Dra. Mercedes García, que nos guiaron y acompañaron en cada momento de este peldaño de nuestras vidas ya que sin su dedicación este proyecto nunca hubiera llegado a su fin.

Nuestra más sentida gratitud a los pacientes que participaron en este proyecto, gracias por su colaboración, por compartir con nosotros información personal, por el tiempo dedicado y su paciencia.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
RESUMEN	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 DESCRICION DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	6
2. JUSTIFICACION.....	7
3. OBJETIVOS.....	9
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
4. MARCO TEORICO.....	10
4.1 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD.....	13
4.1.1 La ansiedad es la activación del sistema nervioso.....	14
4.1.2 Teoría psicodinámica.....	14
4.1.3 Teorías conductistas.....	14
4.1.4 Teorías cognitivistas.....	15
4.1.5 Condicionamiento clásico.....	15
4.1.6 Condicionamiento operante.....	16
4.1.7 Aprendizaje vicario u observacional.....	16
4.2 EL MODELO TRIDIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD.....	17

4.3 SINTOMATOLOGIA DE LA ANSIEDAD	18
4.3.1 Principales síntomas de la ansiedad	19
4.3.1.1 Síntomas cognitivos	19
4.3.1.2 Síntomas conductuales	19
4.3.1.3 Síntomas fisiológicos	19
4.4 MEDIDAS DE ANSIEDAD A LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS	30
4.5 CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD	34
4.5.1 Trastorno de angustia o de pánico sin agorafobia	35
4.5.2 Trastorno de angustia o de pánico con agorafobia	35
4.5.3 Agorafobia	35
4.5.4 Fobia social	36
4.5.5 Trastorno obsesivo compulsivo	36
4.5.6 Trastorno de estrés postraumático	37
4.5.7 Trastorno de ansiedad generalizada	37
4.5.8 Fobia específica	38
4.5.8.1 Condicionamiento directo	38
4.5.8.2 Adquisición indirecta	38
4.5.8.3 Aprendizaje informacional/instruccional	38
4.5.9 Trastornos por estrés agudo	39
4.5.10 Trastornos de ansiedad inducido por sustancias	39
4.5.11 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	40
4.5.12 Trastorno de ansiedad no especificado	41
5. MATERIALES Y METODO	42
5.1 TIPO DE ESTUDIO	42
5.2 POBLACION	42
5.3 MUESTRA	42
5.3.1 Criterios de inclusión	43

5.3.2 Criterios de exclusión.....	43
5.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	43
5.5 INSTRUMENTOS.....	43
5.6 PROCEDIMIENTOS.....	44
6. RESULTADOS.....	46
6.1 PRESENCIA DE ANSIEDAD.....	46
6.2 INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD DE ACUERDO A LOS EJES DE RESPUESTA.....	46
6.3 PERCEPCION DE RESPUESTA COGNITIVA (ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA).....	47
7. DISCUSION.....	49
8. CONCLUSIONES.....	53
9. RECOMENDACIONES.....	54
10. REFERENCIAS.....	55
11. ANEXOS.....	61

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1 Características de la muestra.....	61
Tabla 2 Ocurrencia de ansiedad en los individuos antes de la cirugía.....	62
Tabla 3 Eje de respuesta fisiológica de los pacientes antes de la cirugía.....	62
Tabla 4 Eje de respuesta Conductual de los pacientes antes de la cirugía.....	62
Tabla 5 Eje de respuesta Cognitiva de los pacientes antes de la cirugía.....	62
Tabla 6 Vía de respuesta Cognitiva (Análisis entrevista semi-estructurada).....	63

LISTA DE GRAFICAS

	PÁG.
1. OCURRENCIA DE ANSIEDAD EN LOS INDIVIDUOS ANTES DE CIRUGÍA	65
EJE DE RESPUESTA FISIOLÓGICA	
2. Ritmo cardiaco de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad.....	65
3. Sudoración de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad.....	66
4. Cefalea de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad.....	66
5. Hipernea de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad.....	67
6. Escalofrío de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad.....	67
7. Sensación de ahogo de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad.....	68

8. Molestias estomacales de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad.....	68
EJE DE RESPUESTA CONDUCTUAL	
9. Ganas de irse de acuerdo a la respuesta conductual de la ansiedad.....	69
10. Ganas de correr de acuerdo a la respuesta conductual de la ansiedad.....	69
EJE DE RESPUESTA COGNITIVA	
11. Percepción del miedo de acuerdo a la respuesta cognitiva de la ansiedad.....	70
12. Nivel de preocupación de acuerdo a la respuesta cognitiva de la ansiedad.....	70

RESUMEN

La ansiedad ante los procedimientos de cirugía oral, constituye uno de los principales motivos señalados por los pacientes para no acudir o cumplir con las citas, llegando a presentarse en algunas ocasiones el abandono del tratamiento.

Objetivo: La presente investigación tuvo como objetivo general evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes que fueron sometidos a cirugías orales programadas en la clínica odontológica Cartagena de Indias entre Enero y Mayo de 2.009.

Materiales y métodos: Este es un estudio de tipo descriptivo, donde el universo de trabajo estuvo constituido por los pacientes que en su plan de tratamiento debían ser sometidos a cirugía oral en la clínica odontológica Cartagena de indias en el período comprendido entre Enero a Mayo de 2009, la muestra fue de 16 pacientes, con un promedio de edad de 48 años; en cuanto al sexo participaron 9 de sexo masculino lo que corresponde al 56,3 % y 7 de sexo femenino lo que corresponde al 43,7 %. A quienes se les aplicó un instrumento para evaluar la intensidad de la ansiedad, valorando el triple eje de respuesta de la ansiedad (fisiológico, conductual y cognitivo), las variables sociodemográficas por medio de una encuesta y una entrevista semi-estructurada para identificar las vías de respuesta cognitiva que aparecen en la Ansiedad.

Resultados: La presencia de ansiedad fue valorada en los tres ejes de respuesta de la ansiedad, donde se observó que el 100 % de los participantes evidenciaron la presencia del eje cognitivo en su vía de respuesta ante la ansiedad, seguido por el eje conductual con un 87,5 % y el eje fisiológico con un 75,0 %. Con la entrevista semi-estructurada se encontró que la existencia de dolor en procedimientos orales previos, experiencias negativas, se constituye en un factor de riesgo para la aparición de ansiedad.

Conclusión: Se concluye que la manipulación de la cavidad oral por parte del odontólogo, especialmente en procedimientos de cirugías orales, genera en los pacientes diversos grados de ansiedad, encontrándose que la consulta odontológica es una de las situaciones que más crea ansiedad en las personas y que el profesional tratante debe evaluar, diagnosticar y realizar una intervención para disminuir este padecimiento en los pacientes,

logrando de esta manera optimizar las condiciones para la realización de la cirugía oral. Los resultados obtenidos arrojaron la necesidad de adoptar una guía de manejo de la ansiedad en los pacientes que deben ser sometidos a procedimientos de cirugía oral.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el ejercicio de la Odontología actual existen factores a menudo subvalorados, cuyo impacto a través del tiempo, pueden ser trascendentes para un desempeño adecuado en el aspecto profesional y la vida cotidiana

del odontólogo. La experiencia ha demostrado que los niveles de ansiedad con los cuales muchos pacientes enfrentan los tratamientos, justificados o no, no dejan indemne al profesional tratante.

Desde el primer estudio sobre ansiedad a los procedimientos odontológicos llevado a cabo por Shoben y Fodor,¹ el campo de la evaluación de la ansiedad en Odontología ha crecido, permitiendo incluir muchas medidas evaluativas tanto para adultos como para niños. Estas en la mayoría de los casos son referidas por el paciente. En las evaluaciones habitualmente se pide a los participantes que indiquen el nivel de ansiedad que experimentan cuando afrontan un aspecto particular del tratamiento dental. Dependiendo de la medida utilizada, las tasas de prevalencia de ansiedad a los procedimientos odontológicos extrema en la población adulta de Estados Unidos se cifran entre el 11% y el 20%.

La ansiedad a los procedimientos odontológicos parece variar de acuerdo con el tipo de tratamiento, en el caso de los pacientes con compromiso periodontal y sometidos a cirugía y endodoncia los niveles de ansiedad son superiores que los pacientes que reciben tratamiento restaurador o profiláctico.²

De los diferentes factores de ansiedad y por lo tanto susceptibles de provocar patología y/o trastornos en la relación entre el odontólogo y el paciente, se ha logrado separar aquellos dependientes del medio, (como condiciones de trabajo, presiones económicas, etc.) de aquellos que

¹ FODOR A, DE LA PARRA G. La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones. Revista Dental de Chile; Vol. 99 N° 3, 2007, P 21-26.

² HEATON L, CARLSON C, SMITH T, BAER R, LEEUW R. Predicción de Ansiedad Durante el Tratamiento Dental Utilizando los Cuestionarios de los pacientes. Práctica Clínica Art 4, 2007, P 163-170.

dependen de la persona, del odontólogo, del paciente y de la interacción entre ambos.

Algunos factores relevantes que podrían interferir en la relación entre el paciente y el odontólogo son: factores dependientes del paciente, como por ejemplo actitudes de ansiedad y aprensión, cuestionamiento y desconfianza, falta de cooperación e insatisfacción permanente; además aspectos formales como, incumplimiento económico, impuntualidad, ausencias, cambios permanentes de las horas, etc.

Según Rojas y Misrachi ³, entre los factores dependientes del odontólogo se cuentan rasgos competitivos, acelerados, irritables, tensos, falta de entrenamiento en el manejo de la ansiedad. Los factores dependientes de la interacción incluyen: el que el odontólogo le cause dolor al paciente o el temor siempre latente de esa posibilidad, inscrito atávicamente en el subconsciente colectivo.

Diversos estudios reportan que el desempeño de la profesión de odontólogo se relaciona con altos niveles de disturbios psicológicos, entre ellos ansiedad. Al parecer las condiciones de trabajo y la falta de una adecuada preparación para enfrentar situaciones de conflicto favorecen la percepción de una vida estresante.

Una de las dificultades frecuentes reportadas por los odontólogos durante los tratamientos y con gran impacto en la salud oral, es el incumplimiento de

³ ROJAS G, MISRACHI C. Impacto del Ejercicio Profesional en la Salud Mental del Odontólogo. Revista Dental de Chile Vol. 95 N° 1, 2004, P 38-40.

citas y la evitación a la intervención del odontólogo, como resultado de la ansiedad que les generan los tratamientos odontológicos.

La alta incidencia que se ha reportado sobre ansiedad en los procedimientos odontológicos ha llamado la atención por parte de los profesionales de la Odontología y de la Psicología, por todas las consecuencias directas en la salud oral y en el mismo bienestar del paciente que esto trae consigo. ⁴

En la realidad se ha evidenciado la problemática existente entre ansiedad y Odontología a nivel mundial, pero también es cierto que en nuestro país existen pocos estudios al respecto, donde se valore el estado de ansiedad de los pacientes que acuden al servicio odontológico a recibir tratamiento, en especial cuando se van a realizar procedimientos quirúrgicos, de los cuales se sabe que son los causantes de la mayor presencia de ansiedad solamente por el hecho del paciente saber que será intervenido en una sala de cirugía.

La ansiedad ante el tratamiento odontológico, también conocida como fobia dental, ansiedad dental u odontofobia Según Rowe, ⁵ 2005, está considerada en la categoría de fobias específicas. La fobia ante el tratamiento odontológico es definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental o del propio tratamiento dental.

⁴ CAYCEDO C, CORTES O, GAMA R, RODRÍGUEZ H, COLORADO P, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Ansiedad al Tratamiento Odontológico: Características y Diferencias de Género. Suma Psicológica, Vol. 15 N° 1, 2008, P 259 – 278.

⁵⁵ ROOWE M. Dental Fear: Comparisons Between Younger and older adults. American Journal of Health studies, Vol. 20 N° 3, 2005, P 219-225.

En estudios recientes Caycedo, Cortes⁶⁴, se valoró la ansiedad de los pacientes y las respuestas de éstos en dos escalas de ansiedad ante el tratamiento odontológico y se observó que tanto la escala MDAS (Escala de Ansiedad Dental Modificada), como la SDAI (Inventario de Ansiedad Dental – versión corta) permitieron identificar una distribución similar en los diferentes niveles de severidad en la muestra de este estudio. Adicionalmente se pudo observar que los contextos más ansiógenos son los que incluyen jeringas y agujas (47.2%), la anticipación de la extracción de una pieza dental (34.7%), y la anticipación del uso de fresa dental (25.4%). Por otra parte, se observó niveles de ansiedad levemente mayores en mujeres que en hombres.

La ansiedad puede conllevar a que se presenten síntomas en los pacientes que podrían ocasionar un ataque de pánico al momento que el individuo se exponga a los estímulos fóbicos como son el equipo dental, el odontólogo, el procedimiento; todo esto puede traer como consecuencias la interferencia con el tratamiento, que puede generar su interrupción y la evitación de posteriores citas, también se puede ver afectada la relación odontólogo – paciente.

Romero-Ruiz y Cols,⁷⁷ reporta que si bien el dolor orofacial postquirúrgico es consecuencia directa de la lesión producida por el acto quirúrgico y de la respuesta del organismo al mismo, conviene no olvidar que la percepción dolorosa varía según cada paciente en función de determinados factores de

⁶⁴ CAYCEDO C, CORTES O, GAMA R, RODRÍGUEZ H, COLORADO P, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Ansiedad al Tratamiento Odontológico: Características y Diferencias de Género. Suma Psicológica, Vol. 15 N° 1, 2008, P 259 – 278.

⁷⁷ RUIZ R, Torres M, Gutiérrez D. Protocolo de Control del Dolor y la Inflamación Postquirúrgica. Una aproximación racional. RCOE, Vol. 11, N° 2, 2008, P. 205-215.

la esfera psicológica. La importancia del grado de ansiedad del paciente en la calidad de percepción del dolor postoperatorio, ha sido ampliamente estudiada por distintos autores, que aseguran que la ansiedad alargaría el tiempo de la intervención induciendo mayor dolor e inflamación, y aumentaría la intensidad de ambos síntomas postquirúrgicos posiblemente por reducir el umbral de tolerancia al dolor. Obviamente, cualquier acto quirúrgico y más aún los realizados en un sillón dental generan un alto índice de ansiedad en los pacientes que será preciso contrarrestar para evitar su influencia sobre el dolor postoperatorio. Para ello es aconsejable en las citas previas a la cirugía, aplicar una serie de medidas encaminadas a reducir la ansiedad y el miedo del paciente a través del cultivo de la relación cirujano-paciente, ganándonos su confianza, disipando su miedo, respondiendo con paciencia las dudas que pueda plantearnos, empleando un trato amable y educado, y a ser posible, con buen sentido del humor; todo esto como arma eficaz para reducir la ansiedad y la tensión preoperatorio. ⁸

La recuperación del paciente una vez intervenido quirúrgicamente depende principalmente de dos factores: el estado de su organismo antes de la intervención y la complejidad de la misma. Cuanto peor sea el estado físico del paciente y más compleja la intervención a la que ha de someterse, más probable será que su convalecencia sea larga y difícil. Un tercer factor que también parece incidir en la recuperación del paciente es su estado psicológico antes de la operación. Esto es, los pacientes con un mejor estado psicológico prequirúrgico son los que mejor se recuperan. ⁹

⁸ RUIZ R, Torres M, Gutiérrez D. Protocolo de Control del Dolor y la Inflamación Postquirúrgica. Una aproximación racional. RCOE, Vol. 11, N° 2, 2008, P. 205-215.

⁹ MOIX J. Emoción y Cirugía, Universidad Autónoma de Barcelona. Artículo publicado en: Anales de psicología Vol. 10, 1994, P 167-175.

Por todo lo expuesto, se debe recordar que la cirugía oral y más concretamente la extracción dental, ha sido reconocida como un importante acontecimiento generador de ansiedad. Los pacientes presentan ansiedad e incertidumbre antes de la intervención que pueden alterar el grado de dolor postquirúrgico y su recuperación, es en este punto donde radica la mayor importancia de reconocer la presencia de la ansiedad en los pacientes que serán sometidos a procedimientos de cirugía oral, con el fin de mejorar y reducir los aspectos que pueden provocar el incremento de la ansiedad y lograr así tratar integralmente a la persona que en un momento dado es nuestro paciente.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los niveles de ansiedad preoperatoria en los pacientes sometidos a cirugías en la clínica odontológica Cartagena de indias?

2. JUSTIFICACIÓN

La manipulación de la cavidad oral por parte del odontólogo, despierta en los pacientes diversos grados de ansiedad, lo cual hace que la consulta odontológica sea una de las situaciones que más genera ansiedad en la vida de las personas, esto puede ser tan importante que se llega incluso a tal grado en que la persona deja de asistir y cumplir con sus citas programadas y al final se observa un abandono total del tratamiento estipulado.

La realidad es que esta conducta tomada por los pacientes es un atentado directo contra el estado de su salud oral y con la integralidad de su salud en general; además la ansiedad en los pacientes influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, y también se ve afectada la salud mental del odontólogo tratante.

A pesar de todos estos aspectos involucrados, actualmente no está claro la causa por lo cual se presenta esta sensación ante la atención odontológica, la cual se encuentra presente en la población tanto adulta como en los niños, sin embargo lo que queda claro es que existen procesos psicológicos relacionados con el aprendizaje de esa actitud, como el significado psicosocial que las personas le otorgan a la boca.

Por estas razones se realizó ésta investigación, para evaluar la ansiedad percibida por los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos de cirugía oral en la clínica odontológica Cartagena de Indias, precisando la prevalencia según edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación y el modelo tridimensional de la ansiedad con los ejes de respuesta fisiológico,

conductual y cognitivo, para de esta forma establecer un protocolo de manejo para la valoración del estado de ansiedad de los pacientes antes del procedimiento y el manejo que deben recibir para el control de su estado, llegando a una situación óptima para realizar la intervención quirúrgica.

Los pacientes que acuden al servicio de Odontología de la Clínica Cartagena de Indias de la Universidad del Sinú, específicamente los que dentro de su plan de tratamiento se encuentra la intervención por cirugía oral se verán beneficiados por este proyecto, al recibir una atención integral, que evalúe en un momento prequirúrgico el estado de ansiedad que ese procedimiento le genera y se obtengan resultados positivos, que conlleven a una mejor relación odontólogo-paciente, que se verá reflejado en la calidad del procedimiento, la duración de la intervención y la actitud del paciente en su compromiso con el estado de su salud oral y los cuidados postoperatorios, reduciendo incluso el dolor percibido por el paciente.

A su vez con este proyecto se buscó despertar en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Sinú seccional Cartagena el interés para evaluar al paciente no solo enfocándose en lo que corresponde a cavidad oral, sino como una persona que tiene sentimientos, que sufre, que tiene esperanza en el tratamiento que va recibir y que confía en nosotros, se buscó lograr que se rescatara y se difundiera la importancia que tiene en nuestra profesión una excelente relación odontólogo – paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de Ansiedad preoperatoria en pacientes que fueron sometidos a cirugías orales programadas en la clínica odontológica Cartagena de Indias entre Enero y Mayo de 2.009.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la ocurrencia y la intensidad de la ansiedad en los pacientes evaluados.

Describir la distribución de las variables sociodemográficas.

Relacionar la intensidad de la ansiedad con el eje fisiológico, conductual y cognitivo.

Relacionar la intensidad de la ansiedad con las variables sociodemográficas.

4. MARCO TEORICO

A lo largo de toda la historia, el hombre ha intentado explicarse las causas del dolor. Algunos sostienen que es solo un mecanismo de alerta para el organismo. Otros creen que ésta es una explicación demasiado simple para un fenómeno tan complejo. La sensación de dolor es influenciada por muchos factores, más allá de los netamente fisiológicos o neurológicos.

El dolor es un síntoma tan antiguo como el hombre, sin embargo, fue en el siglo pasado cuando los avances en anatomía, fisiología y biología nos permitieron iniciar el conocimiento de tal complejo fenómeno. En la actualidad, la definición de dolor aceptada por la Sociedad Internacional Para el Estudio del Dolor (IASP) es la que dio Tobon ¹⁰ en 1979 “el dolor es una experiencia sensorial y emocional asociada con una lesión tisular real o potencial o descrita en estos términos”.

La boca es una parte integrante no sólo de un cuerpo físico, sino también de una imagen corporal o dicho en otros términos, de un cuerpo representado a nivel psíquico. Es así que posee un significado psíquico único en relación con otras partes del cuerpo. ¹¹

¹⁰ TOBÓN Diego, LÓPEZ Luz, HOYOS Beatriz. Comportamiento del Nivel de Ansiedad y del Grado de Dolor en Pacientes con Tratamiento Endodóntico. Revista CES odontología Vol. 18, N° 1, 2005. P 15 - 20,

¹¹ ROJAS G, MISRACHI C. La interacción Paciente-Odontólogo, a Partir del Significado Psicológico de la Boca. Av. Odontoestomatología Vol. 20 N° 5, 2004, P 239-245,

El dolor dental (odontalgia) es un problema común y generalmente es diagnosticada y manejado de una manera simple y rápida, pero en algunos casos se convierte en una tarea desafiante y frustrante para el profesional.

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico.¹²³⁰

La ansiedad es un signo de alerta, respuesta a una amenaza inespecífica, interna u originada por algún conflicto. Se caracteriza por una sensación de aprensión vaga, difusa y desagradable que puede estar acompañada de síntomas autonómicos (cefalea, sudoración, palpitaciones, escalofríos, hipernea, opresión precordial y leves molestias estomacales). Puede presentarse incapacidad para estar en un mismo sitio durante mucho tiempo. La sintomatología varía en cada sujeto.¹³³¹

¹²³⁰ SIERRA J, ORTEGA V, Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar, Revista Mal-Estar E Subjetividade / Fortaleza / Vol. 3 N°1, 2003, P 10 -59.

¹³³¹ ATENCIO B, NUCETTE E, Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Asociación Venezolana de Psiquiatría, 2004, Vol. 50, N°103,

La ansiedad es un factor importante ya que es entendida como un estado desagradable, afectivo y emotivo, de penoso sufrimiento, en el cual se ve un peligro o una amenaza, que puede no existir en realidad o, que no es proporcional a la reacción que desencadena en el individuo.

La ansiedad es el factor que aporta el más alto grado de presión en una persona con dolor y actúa, a su vez, como un retro- alimentador positivo del mismo, es decir, que tiende no solo a mantenerlo si no a incrementarlo, llegándose a establecer en ocasiones un círculo vicioso que puede permanecer y avanzar hasta tal punto que, cuando se suprime la causa puede persistir el dolor.

La etiología de los trastornos de ansiedad es compleja y a menudo poco conocida. Como ocurre en otros trastornos, no existe una única causa o factor implicado en su génesis y mantenimiento. En los trastornos de ansiedad interactúan factores biológicos o constitucionales y factores ambientales. Entre los primeros se encuentran los factores gen, biológicos (alteraciones en la anatomía cerebral, en los neurotransmisores, etc.) o constitucionales, como el temperamento. El temperamento sería el conjunto de pautas reactivas emocionales y autorreguladoras de origen en buena parte innato que se mantienen constantes a lo largo del desarrollo. Dicho de otra forma, el temperamento sería la parte innata de la personalidad. Estos factores predisponen al individuo a padecer trastornos de ansiedad. Los factores biológicos y constitucionales interactúan con otros ambientales dando lugar a un trastorno de ansiedad. Entre estos factores ambientales destacan los acontecimientos vitales o situaciones traumáticas, el estilo educativo de los padres, y, en general, los procesos de socialización del

niño-adolescente-adulto en los diferentes ámbitos de su vida: familia, escuela, amigos, trabajo, etc.

Se considera que estos factores ambientales influyen en la adquisición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad a través del aprendizaje. Los principales modelos etiológicos o mecanismos de aprendizaje implicados son el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante o instrumental y el aprendizaje vicario u observacional.¹⁴

Los modelos de condicionamiento asumen que los trastornos de ansiedad son conjuntos de respuestas aprendidas a través de procesos de condicionamiento. La conducta es principalmente aprendida, y su desarrollo y mantenimiento se explican por las distintas modalidades de aprendizaje. Los procesos de condicionamiento que más se han destacado son el condicionamiento clásico y el aprendizaje de evitación. El condicionamiento clásico asume que la respuesta de miedo o ansiedad se produce por la asociación entre estímulos neutrales del ambiente y sucesos traumáticos que actuarían como estímulos incondicionados. En el caso del aprendizaje de evitación se producen asociaciones entre una señal neutra y un estímulo aversivo y asociaciones típicas del condicionamiento instrumental, esto es, una respuesta de evitación del estímulo aversivo y unos estímulos reforzantes consecuentes a dicha respuesta. Ambos modelos de condicionamiento se han utilizado para explicar la adquisición de fobias y trastornos de ansiedad.¹⁵⁴²

¹⁴ GUILLAMÓN N. Ansiedad y Aprendizaje, Clínica de la Ansiedad, Centro sanitario autorizado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. 2004.

¹⁵⁴² VIEDMA M. Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; Editorial de la Universidad de Granada. 2008

4.1 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD

Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas "intrusitas" y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas. A continuación se mencionaran algunos enfoques sobre la ansiedad:

4.1.1 La ansiedad es la activación del sistema nervioso. Consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

4.1.2 Teoría Psicodinámica: El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal

peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

4.1.3 Teorías Conductistas: El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

4.1.4 Teorías Cognitivistas: Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para

su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.¹⁶³²

4.1.5 Condicionamiento Clásico: Es un tipo de aprendizaje asociativo en el que un estímulo aparentemente neutro acaba suscitando la misma respuesta o similar que otro estímulo cuando aparecen asociados. Imaginemos que un perro muerde a un joven. La reacción de éste será probablemente de dolor y de miedo. Se dice que esta respuesta (dolor y miedo ante la mordedura de un perro) está incondicionada o es automática. Si este joven días más tarde se encuentra con otro perro es posible que sienta malestar y que muestre hacia él recelo y temor.

Se dice que este estímulo aparentemente neutro (el nuevo perro) ha desencadenado una respuesta condicionada (temor). Este joven ha aprendido a reaccionar de esta forma cuando se encuentra ante estímulos asociados a la situación de la mordedura.¹⁷¹⁰

4.1.6 El condicionamiento operante. Llamado también instrumental y hoy en día; análisis experimental de la conducta (AEC) desarrollado por el psicólogo B.F Skinner, se puede definir de la siguiente forma: Es la teoría psicológica del aprendizaje que explica la conducta voluntaria del cuerpo, en su relación con el medio ambiente, basados en un método experimental. Es decir, que ante un estímulo, se produce una respuesta voluntaria, la cual, puede ser reforzada de manera positiva o negativa provocando que la conducta operante se fortalezca o debilite. Es la operación que incrementa

¹⁶³² VIRUES R, Estudio sobre ansiedad, Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey -México, 2005.

¹⁷¹⁰ GUILLAMÓN N. Ansiedad y Aprendizaje, Clínica de la Ansiedad, Centro sanitario autorizado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. 2004.

la probabilidad de la respuesta o conducta en relación a un Estímulo discriminativo y a otro llamado estímulo reforzador.¹⁸¹¹

Mediante este tipo de aprendizaje asociativo se puede explicar cómo se adquiere y, sobre todo, se mantiene la conducta. Sus principios básicos son los siguientes: si la realización de una conducta va seguida de una consecuencia positiva (una recompensa o refuerzo positivo) o bien de la desaparición o evitación de una consecuencia negativa (refuerzo negativo) aumentará la probabilidad de que esa persona repita la conducta. Si, en cambio, tras la realización de esa conducta la consecuencia es negativa (un castigo) es probable que esa conducta no se realice de nuevo. Finalmente, si la ejecución de una respuesta no tiene consecuencia dicha conducta dejará de realizarse (extinción).

4.1.7 Aprendizaje vicario u observacional: Se trata de un aprendizaje complejo que implica adquirir nuevos comportamientos o modificar otros a partir de la observación de la conducta de los demás, no todas las personas que experimentan una fobia han sufrido un acontecimiento o suceso traumático previo. En muchos otros casos, estas personas han podido observar las experiencias traumáticas que han vivido otros, o simplemente actuar del mismo modo que sus familiares u otras personas cercanas. Se considera que en estos casos la experiencia es indirecta y producto del proceso de socialización al que todos estamos sometidos desde que nacemos.¹⁹¹⁰

¹⁸¹¹ PASSI G, Condicionamiento Operante (Teoría de Refuerzos) [www.ciencia.net/VerArticulo/Condicionamiento-Operante \(Teoría-de Refuerzos\)](http://www.ciencia.net/VerArticulo/Condicionamiento-Operante%20(Teoria-de-Refuerzos)). 2004.

¹⁹¹⁰ GUILLAMÓN N. Ansiedad y Aprendizaje, Clínica de la Ansiedad, Centro sanitario autorizado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. 2004.

4.2 EL MODELO TRIDIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD.

El modelo tridimensional de la ansiedad fue propuesto inicialmente por Peter Lang en 1968 y desde entonces ha sido ampliamente aceptado no solo como un modo de objetivizar el estudio empírico de las respuestas de ansiedad, sino también como una forma de entender teóricamente la naturaleza de la ansiedad y sus trastornos.²⁰⁴³

La teoría tridimensional de la ansiedad ha tenido un gran número de implicaciones en el ámbito clínico, tanto en la propia naturaleza de los trastornos de ansiedad como en la evaluación o diagnóstico y en el tratamiento.

Con respecto a la propia naturaleza de los trastornos de ansiedad, la forma como las tres dimensiones se estructuran y relacionan en los diferentes trastornos puede ayudarnos a entender en qué consiste cada trastorno y como se ha desarrollado.

Con respecto a la evaluación clínica de los trastornos, el modelo exige basar la evaluación diagnóstica en medidas de los tres sistemas de respuesta y no solo en los informes verbales a través de entrevistas y cuestionarios como suele ser habitual.

Con respecto a la elección del tratamiento apropiado, el tratamiento a aplicar debería ser coherente con el tipo de respuesta dominante: un tratamiento dominante (relajación, desensibilización sistemática o biofeedback) si la manifestación de la ansiedad es fundamentalmente fisiológica; un tratamiento conductual (práctica reforzada o entrenamiento en habilidades

²⁰⁴³ SANDIN B. Ansiedad Cognitiva y Somática: Relación con otras Variables de Ansiedad y Psicósomáticas; Revista de Psicología General y Aplicada 2003.

sociales) si la manifestación de la ansiedad es fundamentalmente conductual; y un tratamiento cognitivo (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones) si la manifestación de la ansiedad es fundamentalmente subjetiva. Por tanto este modelo favorece la utilización de técnicas de reducción de ansiedad de una forma individualizada y eficaz, empleando una técnica cuando predominen los componentes cognitivos y otra distinta cuando el predominio sea fisiológico o motor.²¹⁴⁴

4.3 SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD:

La ansiedad refleja un estado emocional que se manifiesta de diversas formas por medios de síntomas y signos, los cuales se pueden presentar en los diferentes ejes de repuestas como son el fisiológico, conductual y cognitivo.²²⁴⁵

4.3.1 Principales síntomas de la ansiedad: Tomando como referencia la distinción clásica de los tres sistemas de respuesta humana podemos agrupar los síntomas típicos de la Ansiedad en tres grandes apartados.²³⁴⁶

4.3.1.1 Síntomas cognitivos: Entre los síntomas cognitivos se encuentra Preocupación injustificada, intensa y constante, inseguridad y pérdida de la confianza en uno mismo, sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad, anticipación excesiva y desadaptativa de potenciales peligros o amenazas, miedo o temor desproporcionado, injustificado e irracional,

²¹⁴⁴ IRUARRIZAGA I. Intervención Cognitiva Conductual en los problemas de Ansiedad de Evaluación; Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid; Revista de Psicología., 2001, Vol. 3 N°1.

²²⁴⁵ AHMED S. Influencia Psicosociales en la salud. Libro de Medicina Familiar, Séptima Edición. 2007.

²³⁴⁶ PUCHOL, D. "Los Trastornos de Ansiedad: La Epidemia Silenciosa del Siglo XXI" Universidad de Valencia, www.psicologiacientifica.com, 2003

entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones, aprensión generalizada, pensamientos distorsionados y creencias negativas e irracionales, problemas de concentración, sensación general de desorganización y desestructuración, indefensión o sensación de pérdida de control sobre el ambiente y los sucesos.

4.3.1.2 Síntomas conductuales: Aquí se presentan movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal, hiperactividad, conductas sistemáticas y planificadas de evitación, retraimiento y aislamiento social, enlentecimiento motor, rituales y comportamientos compulsivos.

4.3.1.3 Síntomas Fisiológicos: Entre los síntomas fisiológicos se encuentran temblores, fatiga, tensión muscular, hormigueo y dolor de cabeza tensional, sequedad de boca, sudoración excesiva o mareos, palpitaciones, sudoración, pulso acelerado e incremento de la tensión arterial, molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, diarrea y aerofagia, opresión en el tórax, sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial.²⁴⁴⁷

Con el paso del tiempo, y si no reciben el tratamiento adecuado, estos rasgos característicos de la respuesta de Ansiedad, acaban consolidándose y perpetuándose, conduciendo inexorablemente al desarrollo de las diferentes manifestaciones clínicas de los Trastornos de Ansiedad, e incluso estos síntomas son los verdaderos responsables de la aparición y desarrollo de otros trastornos asociados como la depresión, los procesos psicosomáticos, los trastornos de la conducta alimentaria o el abuso de

²⁴⁴⁷ National Institute of Mental Health, "Anxiety Disorders" United States: U. S. Department of Health and Human Services, <http://www.nimh.nih.gov/health>, 2008.

sustancias tanto legales (psicofármacos, tabaco y alcohol) como ilegales (cocaína, opiáceos y marihuana). ²⁵⁴⁸

Por otra parte, el concepto más universalmente aceptado de ansiedad se refiere a un complejo patrón de conducta asociado a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales), que pueden aparecer antes y durante el proceder odontológico en los pacientes sin que lo identifiquemos, mientras que el miedo se puede definir como una perturbación angustiosa del ánimo ante una situación peligrosa real o imaginaria.

Existen tres elementos diferenciadores entre la ansiedad y los miedos dentales. El principal elemento reside en la dimensión temporal entre la conducta y el ambiente propio del tratamiento dental. La ansiedad dental sigue un patrón conductual anticipatorio, evocado por una situación preaversiva; es decir, se presenta de manera anticipada al tratamiento. Los miedos ante los procedimientos dentales, por el contrario, revisten un carácter contemporáneo al tratamiento, tienen una relación de inmediatez temporal con el tratamiento odontológico.

El segundo elemento de diferenciación es la generalización de la respuesta: la ansiedad en los procedimientos dentales se da como un patrón de respuesta generalizado, evocado por el contexto global del tratamiento, mientras que los miedos dentales se caracterizan como patrones discriminativos, controlados por estímulos específicos durante el tratamiento. Finalmente, los elementos operantes-motores por parte del paciente en la ansiedad son de evitación del tratamiento, mientras que los que conllevan los

²⁵⁴⁸ VIRUES, R. "Estudio sobre Ansiedad" México: Universidad Autónoma de Nuevo León, www.psicologiacientifica.com , 2008

miedos dentales son de escape del tratamiento, que se traducen en comportamiento perturbador u obstaculizante durante la intervención.

Se puede afirmar que la persona con miedo y/o ansiedad ante la situación terapéutica dental provoca para sí misma y para el odontólogo unas consecuencias que alteran el correcto orden y desarrollo de una cita y, si se da el caso, de un plan de tratamiento.

El concepto tradicional del odontólogo como atormentador tiene su origen en el hecho de que los dientes y su tratamiento pueden producir dolor intenso. El tratamiento dental es percibido en la actualidad como una experiencia agónica.

El comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen.²⁶¹²

Entre las conductas de riesgo para la salud buco-dental, se encuentran los hábitos orales perjudiciales, las conductas relacionadas con la dieta alimenticia, hábitos de tabaco, bruxismo, el miedo, la ansiedad, los comportamientos disruptivos o entorpecedores (cerrar la boca, mover la cabeza, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar) y la evitación de las situaciones de tratamiento dental (retraso en la petición de consulta, anulación de citas).²⁷¹³

²⁶¹² MARQUEZ. R, LIZARANZU. N, GIL. D. ¿Por qué se le tiene miedo al Odontólogo? Estudio Descriptivo de la posición de los Pacientes de la Sanidad Pública en Relación a Diferentes Factores Subyacentes a los miedos dentales, 2004, Vol. 9 N° 2.

²⁷¹³ ALVAREZ M, CASANOVA Y. Miedo, Ansiedad y Fobia al Tratamiento Estomatológico, Humanidades Médicas, 2006 Vol. 6, N° 1.

En la situación dental, el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles. En la literatura se expresa de diversos modos, pero predomina el término de ansiedad ante los procedimientos odontológicos.

Ansiedad: (lat. anxietate). Es el estado de inquietud del ánimo. Angustia que acompaña a muchas enfermedades. Reacción emocional, respuesta o patrón de respuesta, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia interna, reacción a un peligro irreal o imaginario. . En la ansiedad se presenta un sentimiento inmotivado de temor e incertidumbre, aprehensión y tensión frente a una amenaza no identificada que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal.²⁸¹⁵

Es importante saber que los pacientes deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad y la cirugía, e intentar sortear con éxito las exigencias del post-operatorio, como un proceso de adaptación a la ansiedad es un síntoma frecuente. En general, los enfermos con una buena adaptación preoperatoria normal son aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía, por lo que presentan una evolución preoperatorio satisfactoria. Los que tienen una adaptación ineficaz frente al estrés preoperatorio tienen un riesgo quirúrgico adicional, convalecencia prolongada, mal control del dolor, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y en ocasiones complicaciones orgánicas. La magnitud de ansiedad que experimenta el paciente y la capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios

²⁸¹⁵ LEACHE B, DÍAZ M, TOBAL M, FERNÁNDEZ C. Prevalencia, Consecuencias y Antecedentes de Miedo, Ansiedad y Fobia Dental. Asociación Odontológica Argentina, Vol. 25 N° 4, 1997, P 3-10.

factores; La severidad del factor traumático, la duración del período preoperatorio (cuanto más urgente sea menos tiempo de reconocer y controlar sus temores) lo que condiciona un elevado nivel de ansiedad dando manifestaciones somáticas y neurovegetativas (náuseas, insomnio, cefalea tensional, sensación de disnea, opresión precordial atípica), los antecedentes personales y familiares en cuanto a historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan.²⁹¹⁴

La ansiedad ante los procedimientos odontológicos describe aprehensión más profunda que interfiere con el tratamiento rutinario y que requiere una atención especial.

Fobia: (del gr. phobeomai, temer). Aversión apasionada, temor morboso. Mórbida asociación de miedo con ansiedad, un miedo persistente e irracional que resulta en un imperioso deseo de evitar el objeto de terror, actividad o situación.

La Fobia Específica consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Por ejemplo: miedo a volar, a la altura (Acrofobia), vértigo, precipicios, animales (Zoofobia) o insectos (Entomofobia), ascensores, espacios cerrados (claustrofobia), oscuridad, administración de inyecciones, visión de sangre o heridas, ingerir determinadas comidas o medicamentos, ir al odontólogo, etc. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de miedo, que puede tomar la forma de una Crisis de Pánico. La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo.

²⁹¹⁴ PEÑALOZA H, SOTELO P, Barrenechea N. Evaluación del Estrés Preoperatorio en Cirugía, Vol.2 N°1, 2003, P 21-23.

Las situaciones que provocan fobia se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar. Estas fobias interfieren marcadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas), familiares o sociales.³⁰¹⁶

Se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al odontólogo, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental.³¹¹⁷

Estudios reflejan que el 31,5% de los japoneses reconocen que en ocasiones eligen retrasar las citas con el odontólogo debido al miedo que le provoca el tratamiento dental. El 48% de la población presenta un significativo nivel de ansiedad en Indonesia, Taiwán, Singapur y Japón.³²¹⁵

Díaz, ³³¹⁸ odontopediatra y profesora de Odontología de la Universidad de Valencia, ha analizado las causas más frecuentes por las que entre un 5 y un 20 por ciento de la población tiene miedo a la hora de ir al odontólogo. En Alemania aproximadamente 5 millones de personas sufren de la llamada "fobia al tratamiento odontológico".

Los profesionales de la Odontología pueden evitar hacer uso de estas medidas de ansiedad en los procedimientos odontológicos, debido a la percepción de las limitaciones temporales en la práctica clínica, falta de

³⁰¹⁶ MARIAN L. Fobia específica. 2008 Disponible en <http://www.eutimia.com/trmentales/fobiaesp.html>

³¹¹⁷ DÍEZ M. Euroden dental. Miedo al odontólogo. Disponible en: <http://www.clinicaeuroden.com/miedo-odontologo.html>, 2008

³²
¹⁵ LEACHE B, DÍAZ M, TOBAL M, FERNÁNDEZ C. Prevalencia, Consecuencias y Antecedentes de Miedo, Ansiedad y Fobia Dental. Asociación Odontológica Argentina, Vol. 25 N° 4, 1997, P 3-10.

³³¹⁸ DÍAZ P, CRUZ C. Cómo Lograr La Optima Colaboración del Niño en el Consultorio Dental. Odontología Argentina; Vol. 33 N°4, 2004, P 13-8.

familiaridad con las medidas o la asunción de que puntuar e interpretar los resultados de medidas formales complicadas constituirá una carga. Por tanto, la utilización de evaluaciones de ansiedad ante los procedimientos odontológicos, se ha limitado fundamentalmente a la investigación y, en general, no se ha extendido a la práctica clínica.

De acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994/1995) en las fobias específicas se da un miedo intenso y persistente que es excesivo o irracional y es desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones específicos: animales, lugares cerrados, alturas, oscuridad, tormentas, vuelos, ver sangre, recibir inyecciones (intravenosas, musculares), intervenciones médicas (dentales, p.ej.), tragar alimentos sólidos, conducir un coche, aguas profundas. Conviene matizar que en la fobia a la sangre suelen aparecer náuseas y desvanecimiento y no siempre se da el miedo. Como consecuencia de la exposición al estímulo fóbico, se produce una respuesta inmediata de ansiedad que puede llegar incluso a ataque de pánico; en los niños la ansiedad puede manifestarse mediante lloros, rabietas, inmovilidad o aferrarse a otra persona. Los adultos, pero no necesariamente los niños, reconocen que su miedo es excesivo o irracional.

El DSM-IV distingue los siguientes tipos de fobias específicas (American Psychiatric Association, 1994/1995): En primer lugar se encuentra animal, el miedo es causado por uno o más tipos de animales; ambiente natural, el miedo es provocado por situaciones naturales: tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad; sangre/inyecciones/heridas (SIH), el miedo es inducido por la visión de sangre/heridas, por recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasoras, por la realización de un análisis de sangre y/o ver o hablar de intervenciones quirúrgicas. También se han incluido en estos

apartados el miedo a los hospitales, ambientes médicos, dentales, instrumentales; situacional, el miedo es inducido por situaciones específicas tales como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, volar en avión, coches (conducir o viajar), lugares cerrados;

otro tipo, el miedo hace referencia a otro tipo de estímulos. Se incluyen situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad (cáncer, SIDA); la fobia a los espacios (miedo a caerse si no se está cerca de paredes o de medios de sujeción); y los miedos de los niños a los ruidos fuertes y a las personas disfrazadas.

Haciendo referencia a los miedos experimentados ante la consulta odontológica estos temen en especial la aguja de inyección y el taladro, y responden tensando los músculos más que con náuseas. La ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor.

La fobia a la consulta odontológica suele estar asociada a la fobia a la SIH y no son raros los casos de desmayo. No es tampoco rara, aunque no es exclusiva de la fobia dental, la hipersensibilidad al reflejo de ahogo, la cual aparece sobretodo en varones. El ahogo se produce al introducir objetos en la boca o presionar en la garganta, lo que impide la intervención médica. En casos graves, los estímulos que provocan el ahogo se amplían: oír, oler o pensar sobre el odontólogo o estímulos relacionados como lavarse los dientes. Bados ³⁴19 halló una prevalencia vital de la fobia a la sangre/inyecciones/odontólogos del 3,5%. La prevalencia vital fue del 0,8% para el miedo a la sangre, del 1,6% para el miedo a las inyecciones y del 2,7% para el miedo a los odontólogos.

³⁴19 BADOS A. Fobias Específicas, Facultad de Psicología. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universidad de Barcelona, 2005.

La adquisición de la ansiedad ante el tratamiento odontológico ha sido tradicionalmente explicada por la presentación de experiencias de significación traumática para el paciente, que permitirían acudir a explicaciones centradas en el condicionamiento clásico. Se consideran adicionalmente como predisponentes para la presentación de este tipo de desórdenes, los umbrales de dolor bajos que incrementan la sensibilidad a los procedimientos dolorosos, o la presentación de ansiedad o de un desorden de ansiedad generalizado. Por otra parte también se reconoce como factor de adquisición de la ansiedad, la transmisión de actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico por parte de los padres u otros significativos.³⁵⁹

En relación con la epidemiología del desorden, Rowe³⁶⁵, reporta que el miedo dental afecta a casi 50 millones de personas en los Estados Unidos, afirmando que de este número, veinticinco millones deben su ansiedad a experiencias traumáticas en la niñez.

De igual forma un estudio epidemiológico efectuado en Brasil, cuyos objetivos fueron verificar la prevalencia a lo largo de la vida y develar las características sociodemográficas de las personas con esta fobia específica, utilizando una muestra de 756 habitantes (hombres y mujeres), concluyó que existe una prevalencia del 1,8% para este tipo de ansiedad a lo largo de la vida. Igualmente, se encontró que la edad de inicio reportada para la

³⁵⁹ ROJAS G, MISRACHI C. La interacción Paciente-Odontólogo, a Partir del Significado Psicológico de la Boca. Av. Odontostomatología, Vol. 20 N° 5, 2004, P 239-245.

³⁶⁵ ROOWE M. Dental Fear: Comparisons Between Younger and older adults. American Journal of Health studies, Vol. 20 N° 3, 2005, P 219-225.

aparición de la fobia, se encuentra alrededor de los doce (12) años y que existe una prevalencia mayor en las mujeres Fonseca y Pacini.³⁷²⁰

Otro estudio realizado en Turquía, encuentra una prevalencia del 21,3% en una población general, que incluye hombres y mujeres Firat y cols³⁸²¹. A nivel de Latinoamérica, mencionan una prevalencia de ansiedad ante los procedimientos odontológicos del 9 al 15% para la población del Perú. De igual forma, Álvarez y Casanova³⁹¹³, reportan que en Cuba aproximadamente un 10,5% de la población, padece este tipo de fobia.

En relación a las diferencias por género algunos estudios reportan que no existen diferencias significativas, no obstante otros aseguran que existe una mayor incidencia de la ansiedad ante los procedimientos odontológicos en mujeres. Álvarez y Casanova⁴⁰¹³, plantean que estas diferencias pueden estar dadas por el alto porcentaje de mujeres que responde a las encuestas, así como por la aceptación social de normas que les permiten a las mujeres expresar sus sentimientos de dolor y miedo de forma más abierta y espontánea a diferencia de los hombres. Aartamn⁴¹²² reporta mayor incidencia de ansiedad en mujeres que en hombres, así como puntajes mayores esto es mayor severidad en mujeres.

³⁷

²⁰ FONSECA, D; PACINI, C. Um estudo epidemiológico sobre a fobia dental. Archivos en Odontología, Vol. 41 N° 1, 2005, P 41-51.

³⁸²¹ FIRAT D, TUNC E, SAR V. Dental Anxiety Among Adults in Turkey. Journal Contemporary Dental Practice, Vol. 7 N° 3, 2006, P 41-51.

³⁹¹³ ALVAREZ M, CASANOVA Y. Miedo, Ansiedad y Fobia al Tratamiento Estomatológico, Humanidades Médicas, 2006, Vol. 6, N° 1.

⁴⁰

⁴¹²² AARTMAN I. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. Community Dentistry and Oral Epidemiology, Vol. 26, N° 5, 1998, P 350-354.

Otra variable que ha sido analizada en la literatura, relaciona el grado de escolaridad de los pacientes con sus manifestaciones de ansiedad ante los procedimientos odontológicos. Se ha encontrado que las personas con más educación evidencian menos respuestas de ansiedad. No se han encontrado correlaciones entre la raza de los sujetos, con la presencia de ansiedad frente al tratamiento odontológico. Sin embargo, el nivel socioeconómico sí podría relacionarse de forma positiva, debido a que podría constituirse como una potencial barrera al adecuado acceso a los servicios odontológicos, que contribuiría al incremento del nivel de ansiedad Doerr y cols.⁴²²³

En relación con la edad, investigaciones realizadas con población infantil, reportan una prevalencia del 10% para la ocurrencia de este fenómeno. Igualmente, relacionan elementos causales similares a los mencionados para los adultos, entre los que se cuentan las atenciones irregulares, los procedimientos traumáticos de tratamiento y la ansiedad de los padres del niño. De forma adicional, se menciona un incremento en la ansiedad infantil, cuando los pacientes consultan esporádicamente debido a la presencia de dolor y en consecuencia, el tratamiento involucra la extracción de una pieza dental Milsom y cols.⁴³²⁴

Por último, Rowe⁵, reporta que el miedo que fue adquirido en la etapa infantil incrementa su severidad en la etapa de la adolescencia y en la juventud temprana.

⁴²²³ DOERR P, LANG P, NYQUIST L, RONIS D. Factors Associated with dental anxiety. The Journal of the American Dental Association, Vol. 129 N° 8, 1998, P 1111-1119.

⁵ ROOWE M. Dental Fear: Comparisons Between Younger and older adults. American Journal of Health studies, Vol. 20 N° 3, 2005, P 219-225.

⁴³²⁴ MILSOM K, TICKLE M, HUMPHRIS G, BLINKHORN A. The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. British Dental Journal, Vol. 194 N° 9, 2003, P 503-506.

También se reporta como variable importante la información provista por el odontólogo y la relación entre el profesional y el paciente. Brindar información en un lenguaje claro y accesible sobre el procedimiento al que será sometido, el empleo de tiempo para explicar los diagnósticos y tratamientos, mediante el procedimiento decir-mostrar-hacer, es una de las mejores estrategias para prevenir los estímulos desencadenantes de estrés y ansiedad en la consulta dental.⁴⁴²⁵

De igual manera, se plantea que el establecimiento de la empatía y la confianza en la primera consulta así como el apoyo y acompañamiento de familiares o amigos durante la consulta favorece la regulación de la ansiedad.⁴⁵²⁶

4.4 MEDIDAS DE ANSIEDAD A LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Desde el primer estudio sobre ansiedad ante los procedimientos odontológicos, el campo de la evaluación de la ansiedad en odontología ha crecido para incluir muchas medidas tanto para adultos como para niños. En gran medida, estas evaluaciones habitualmente piden a los participantes que indiquen el nivel de ansiedad que experimentan cuando afrontan un aspecto particular del tratamiento dental.

⁴⁴²⁵ SALAZAR A, Anestesia General y Sedación en Odontología, Acta Odontológica Venezolana, 1999, Vol. 37 N° 2.

⁴⁵²⁶ TOMMASO M. Atendimento ao Paciente Odontofóbico, Jornal do Site Odonto, <http://www.jornaldosite.com.br/index.html> , 2008, Vol. 64.

Existen pruebas acerca de la utilidad de las mediciones específicas de ansiedad ante los procedimientos odontológicos como instrumentos clínicos valiosos. Se halló una buena fiabilidad y validez para un cierto número de determinaciones de ansiedad ante los procedimientos odontológicos cuando se aplicaban a una muestra de sujetos con altos niveles de ansiedad.

Una disminución significativamente mayor en la ansiedad posterior al tratamiento en pacientes cuyos odontólogos conocían sus puntuaciones de ansiedad dental previamente al tratamiento en comparación con los sujetos cuyos odontólogos no conocían estas puntuaciones. Por consiguiente, las mediciones de ansiedad al tratamiento odontológico autoexpresada pueden proporcionar valiosa información a los clínicos interesados en evaluar y reducir los niveles de ansiedad de sus pacientes.⁴⁶²⁷

Los instrumentos de mayor uso para la evaluación de la ansiedad al tratamiento odontológico han sido los inventarios y cuestionarios dirigidos a evaluar tanto los desencadenantes de la ansiedad como los niveles de severidad de ésta. Una de las mayores ventajas del uso de instrumentos de medición, radica en la posibilidad de establecer una relación confiable de los niveles de ansiedad de los pacientes, durante el transcurso de un procedimiento dental Woodmansey⁴⁷²⁸.

La literatura especializada relaciona por lo menos siete (7) instrumentos diversos para determinar el grado de miedo dental en adultos Woodmansey⁴⁸²⁸, entre los que se cuentan: la Escala de Ansiedad Dental de Corah

⁴⁶²⁷ HEATON L, CARLSON C, SMITH T, BAER R, LEEUW R. Predicción de Ansiedad Durante el Tratamiento Dental Utilizando los Cuestionarios de los pacientes. *Práctica Clínica*, Art 4, 2007 , P. 163-170.

⁴⁷²⁸ WOODMANSEY, K. The Prevalence of Dental Anxiety in Patients of a University Dental Clinic. *Journal of American college Health*, Vol.54 N°1, 2005, P 59-31. .

⁴⁸²⁸ WOODMANSEY, K. The Prevalence of Dental Anxiety in Patients of a University Dental Clinic. *Journal of American college Health* ,Vol.54 N°1, 2005, P 59-31.

(DAS), la Escala de Ansiedad Dental Modificada de Humphries (MDAS) la Kleinknecht's Dental Fear Survey, Dental Anxiety Question, Gatchel's 10-Point Fear Scale, Photo Anxiety Questionnaire y el Dental Anxiety Inventory (SDAI).

El DAS se elaboró como resultado de una investigación donde se presentó un video de un procedimiento dental, a un grupo de personas con diversos grados de ansiedad dental. Consiste en cuatro ítems relacionados con la historia dental de los sujetos a quienes se les administra. Cada ítem puede ser respondido en puntajes entre uno (1) -ninguna ansiedad-, a cinco (5) -máxima ansiedad.

La escala cuenta con puntajes de cuatro a veinte, siendo los mayores a 15, indicadores de fobia dental. La confiabilidad de la prueba fue estimada por consistencia interna usando el procedimiento de Kuder-Richardson, por medio del cual se obtuvo un coeficiente de 0.86 en la prueba piloto y de 0.82 en las tres posteriores aplicaciones, siendo éste extremadamente alto.⁴⁹⁴

Juarez y Chahin⁵⁰²⁹ reportan que la Escala de Ansiedad Dental de Corah que se utilizaron en su estudio para evaluar la ansiedad del paciente consta de 5 preguntas básicas, que deben ser contestadas por el paciente, siempre algunos días antes de la cita para el tratamiento dental. Su confiabilidad se evaluó y se calificó como satisfactoria, mientras que la validez se determinó como aceptable. Al sumar los puntos totales de la escala, una cifra menor de

⁴⁹⁴ CAYCEDO C, CORTES O, GAMA R, RODRÍGUEZ H, COLORADO P, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Ansiedad al Tratamiento Odontológico: Características y Diferencias de Género. Suma Psicológica, Vol. 15 N° 1, 2008, P 259 – 278.

⁵⁰²⁹ JUÁREZ R, CHAHIN J, VIZCAYA M, ARDUÑA E. Conocimientos, Comportamientos, Percepciones y Actitudes Concernientes a la Salud Oral entre Pacientes Diabéticos, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. 2007,

13 se consideró sin ansiedad, entre 13 y 15 puntos como ansioso, de 16 a 19 puntos muy ansioso y por arriba de 19 como fóbico al tratamiento dental.

La investigación comparativa realizada entre quince pruebas diferentes que miden la ansiedad ante el tratamiento odontológico, arrojó como resultado que el DAS de Corah proporciona una medida, con varias ventajas en la aplicación, dentro de las cuales se encuentra su facilidad de respuesta, un formato corto y la utilidad de los datos que arroja con respecto a la ansiedad ante los procedimientos odontológicos, recomendable para efectuar mediciones precisas del miedo en adultos. Igualmente, Doerr y cols.⁵¹²³, afirma que esta escala es uno de los instrumentos más extensamente usados en la actualidad, para medir la ansiedad ante los procedimientos odontológicos. El MDAS, citado por Firat y cols.,⁵²²¹ difiere de la versión original del DAS por la inclusión de una pregunta sobre las inyecciones anestésicas locales. Los cinco ítems son calificados en una escala que va de cinco (5), extremadamente ansioso, hasta (1), no ansioso, para un total de veinticinco (25) puntos. Los niveles clínicamente significativos de ansiedad se consideran para puntajes mayores de 13.

Esta versión modificada es aplicada en niños y adultos, ha sido validada en China, Turquía, Inglaterra, y otros países, con resultados promisorios. Aunque el MDAS consiste solamente en cinco preguntas, se considera un instrumento de formato corto y fácil aplicación con niveles altos de confiabilidad y validez Firat y cols.⁵³²¹

⁵¹²³ DOERR P, LANG P, NYQUIST L, RONIS D. Factors Associated with dental anxiety. The Journal of the American Dental Association. Vol. 129 N° 8, 1998, P 1111-1119.

⁵²²¹ FIRAT D, TUNC E, SAR V. Dental Anxiety Among Adults in Turkey. Journal Contemporary Dental Practice. Vol. 7 N° 3, 2006, P 41-51.

Escala de Ansiedad de Corah. En la actualidad existen dos versiones de esta escala: la Escala de Ansiedad de Corah (1969) –EAC- y la Escala de Ansiedad de Corah Modificada – EACM- (Whright, Lucas & McMurray, 1980). La primera tiene cuatro ítems, mientras que la segunda es exactamente igual que la primera pero a la que se incluye un quinto ítem que valora el miedo hacia las inyecciones de anestesia bucal.⁵⁴35

4.5 CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos.

El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: LA HUIDA O LA LUCHA.

La Clasificación de los trastornos de ansiedad encontrados en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-IV) son: ⁵⁵33

Trastorno de angustia sin agorafobia

⁵⁴35 RIVERA Z, FERNANDEZ P. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol.37, Nº.3, 2005, P.461-475. Disponible en <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120

Trastorno de angustia con agorafobia
Agorafobia
Fobia específica
Fobia social
Trastorno por estrés postraumático
Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno por estrés agudo
Trastorno de ansiedad generalizado
Trastorno por ansiedad debido a enfermedad médica
Trastorno por ansiedad inducido por sustancias
Trastorno de ansiedad no especificado

4.5.1 Trastorno de angustia o de pánico sin agorafobia. Es la aparición temporal y aislada de miedo pavoroso o terror, que se inicia bruscamente y en el que se tiene miedo a consecuencias catastróficas como morir, perder la cabeza, tener un ataque al corazón.

Esto ocurre porque suele ir acompañado de síntomas fisiológicos muy fuertes como elevadas palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo o de atragantarse, opresión y pinchazos en el pecho, náuseas, mareos o desmayos, sensación de irrealidad, hormigueo, escalofríos o sofocos, visión borrosa, etc.

Estos ataques pueden darse en situaciones concretas o sin que haya una situación o estímulo definido que lo dispare.

4.5.2 Trastorno de angustia o de pánico con agorafobia. Se da cuando después de haber sufrido un ataque de pánico, comienzan a evitarse cada vez más situaciones por miedo a que se repita.⁵⁶34

4.5.3 Agorafobia Literalmente significa miedo a los espacios abiertos. Este trastorno se da más a menudo entre las mujeres que entre los hombres, se caracteriza por la ansiedad que aparece donde resulta difícil escapar u obtener ayuda. En consecuencia se produce una evitación casi permanente de muchas situaciones, como estar solo dentro o fuera de casa; sitios con mucha gente, mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. Algunas agorafóbicas pueden exponerse a estas situaciones si están acompañadas. Este trastorno conduce a un deterioro de la capacidad de viajar o de llevar a cabo las responsabilidades domésticas como ir al supermercado o llevar los niños al médico.

4.5.4 Fobia social. Se caracteriza por la presencia de ansiedad, como respuesta a situaciones en las que hay que relacionarse con otras personas, o realizar actividades que supongan estar delante de público. Son acciones que tienden a evitarse por el malestar que supone enfrentarlas.

4.5.5 Trastorno obsesivo compulsivo. Las obsesiones son ideas repetitivas y persistentes, absurdas y generalmente desagradables, que aparecen con frecuencia sin que el individuo pueda evitarlas. Las compulsiones son comportamientos repetitivos que se realizan en forma de rituales y tiene como finalidad disminuir la ansiedad generada.⁵⁷36

⁵⁶34.MALDONADOA,JIMÉNEZB,http://www.alboranpsicologos.com/trastorno_panico_con_sin_agorafobia.php Centro de Psicología ALBORAN. 2004.

⁵⁷36 BELLOSTA R, La Ansiedad, Salud Emocional, 2006, P 1-10. psicologicapaj@ayto-zaragoza.es espsicologica@posta.unizar.es

Es una enfermedad ansiosa que suele iniciarse en la adolescencia o a principios de la edad adulta, pero puede comenzar en la infancia. Este trastorno suele cronificarse sin tratamiento y en algunas personas provoca una grave discapacidad.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones o, como es habitual, de ambas. Las obsesiones y compulsiones provocan un intenso sufrimiento al paciente, le interfieren con su funcionamiento normal. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas, superfluas y recurrentes que se experimentan como inoportunos e inapropiados.

Las obsesiones del TOC no son simplemente preocupaciones acerca de la vida real, la persona afectada se da cuenta de que es su propia mente la que genera estas ideas obsesivas, el paciente trata de suprimir o neutralizar las obsesiones emprendiendo acciones o con otros pensamientos.

Las Compulsiones son conductas repetitivas o “rituales” que la persona afectada se siente impulsada a realizar de un modo determinado. Las acciones compulsivas se llevan a cabo para reducir la ansiedad o impedir que ocurra algo malo, a pesar de no existir ninguna conexión real con la prevención de dicho acontecimiento. Las compulsiones típicas incluyen limpieza excesiva (caso del lavado de manos), comprobaciones repetitivas y acumulación de cosas aunque sean inútiles. ⁵⁸³⁹

⁵⁸³⁹ PARMET S, Trastorno obsesivo-compulsivo, The Journal of the American Medical Association, JAMA, 2004, Vol. 292, N°16 .

4.5.6 Trastorno de estrés postraumático. Es diferente a los trastornos de ansiedad restantes, debido a que su inicio depende de la exposición a una o más experiencias traumáticas relacionadas, como sucede durante una guerra o un abuso sexual persistente, además de que el paciente presenta un considerable deterioro en su funcionamiento social, ocupacional o personal.⁵⁹³⁷

4.5.7 Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.) es la principal categoría diagnóstica para los estados de ansiedad elevada y crónica en ausencia de un trastorno de angustia, en la cual la ansiedad persiste por lo menos seis meses. Los pacientes con un T.A.G. se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten mayor temor y anticipan lo peor. La tensión muscular, la inquietud, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad, la hipervigilancia y la fatiga son signos característicos de T.A.G.

Las preocupaciones de estos pacientes suelen hacer referencia a aspectos como la propia salud, la familia, asuntos económicos, el trabajo, los hijos, etc.

4.5.8 Fobia específica. Las fobias específicas se basan en miedos circunscritos a un objeto, situación o actividad concretos. El síndrome tiene tres componentes: La ansiedad anticipatoria, que aparece ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico, el temor central en sí mismo y la conducta de evitación que el paciente utiliza para minimizar la ansiedad.

La fobia específica se caracteriza por un marcado y persistente miedo irracional y excesivo, originado por la presencia o anticipación a objetos o

⁵⁹³⁷ PALACIOS L, HEINZE G, Trastorno por Estrés Postraumático: Una Revisión del Tema (primera parte), Salud Mental, Vol. 25, No. 3, 2002, P 19 -26.

situaciones claramente discernibles y circunscritos. El estar frente al estímulo fóbico provoca en el sujeto una respuesta ansiosa. La mayoría de las veces, éste estímulo es evitado y de ser experimentado será a costa de un sumo terror.

Existen tres vías que influyen en el desarrollo de una fobia:

4.5.8.1 Condicionamiento directo: haber estado expuesto a una situación traumática con el objeto o situación a la que se teme (por Ej.: haber sido mordido por un perro).

4.5.8.2 Adquisición indirecta: por Ej. Tener una persona significativa y cercana que le tenga fobia a los perros, es decir, se observa el temor de otros con determinada situación y objeto.

4.5.8.3 Aprendizaje informacional/instruccional: por Ej. Una persona tuvo un vuelo con mucha turbulencia en la que se sintió muy angustiada, esto constituirá un primer registro. Luego una persona significativa le dice antes de un vuelo “no vayas a volar con esta tormenta porque puede ser peligroso”. En otro momento ve en la T.V. un accidente aéreo. Además existen otras variables a tener en cuenta como factores biológicos, de estrés, etc.⁶⁰³⁸

4.5.9 Trastornos por Estrés Agudo: Al igual que en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo el individuo experimenta nuevamente el acontecimiento traumático acontecido con anterioridad, respondiendo con horror, un intenso miedo y desesperanza. Los síntomas más comunes son la reducción de la expresión de los sentimientos, la

⁶⁰³⁸ MENDEZ P, Medición del Grado de Ansiedad en Odontólogos Generales, Respecto a la Atención de Pacientes Niños en la Práctica Privada, Universidad de San Carlos de Guatemala. 2004

reducción de la conciencia, despersonalización (sensación de irrealidad o falta de familiaridad consigo mismo) y amnesia disociativa (incapacidad de recordar el evento traumático). Para hacer el diagnóstico las alteraciones deben durar entre dos días como mínimo y no más de cuatro semanas.

Las personas con este trastorno pueden tener sentimientos de desesperación, muchos se sienten culpables por haber sobrevivido al evento, o por no haber prestado la suficiente ayuda a otros que estuvieron allí. Existe un alto grado de probabilidad que sujetos con este trastorno, sufran un trastorno por estrés postraumático.

4.5.10 Trastornos de Ansiedad Inducido por Sustancias: Se caracteriza por la presencia de síntomas ansiosos secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento).

Dependiendo de la naturaleza de la sustancia, puede incluir crisis de angustia, fobias, obsesiones y/o compulsiones, tanto durante la intoxicación como en los períodos de abstinencia. Los síntomas han de persistir más de un mes después del período agudo de abstinencia o intoxicación para diagnosticar este trastorno.

La sintomatología ansiosa producida por la abstinencia o la intoxicación de las sustancias suele ser transitoria y remite después de ser metabolizada la sustancia, restableciéndose el equilibrio fisiológico del organismo.

Las sustancias más comunes que producen la aparición de un trastorno de ansiedad son: alcohol, anfetaminas y derivados, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, y otras sustancias desconocidas. En el caso

de la abstinencia, las sustancias que pueden desarrollar un cuadro similar son el alcohol, cocaína, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.⁶¹⁴⁰

4.5.11 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. En este trastorno el dato fundamental es la ansiedad patológica generalizada que surge como respuesta a los efectos fisiopatológicos de una enfermedad médica.

Entre los síntomas se incluyen ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Debe existir una historia clínica, signos físicos y hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es consecuencia directa de la enfermedad médica.

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas de ansiedad. Enfermedades endocrinas como hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias, enfermedades respiratorias como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, enfermedades metabólicas como déficit de vitamina B12, y enfermedades neurológicas como neoplasias, trastornos vestibulares y encefalitis.

4.5.12 Trastorno de ansiedad no especificado. En este cuadro la ansiedad es destacada o hay evitación fóbica pero no se encuentra una constelación sintomática que reúna las características propias de alguno de los trastornos antes mencionados. Formas de presentación del trastorno de ansiedad no especificado. Encontramos trastorno mixto ansioso-depresivo donde la ansiedad y la depresión son relevantes pero no se cumplen los criterios clínicos para diagnosticar un trastorno del ánimo ni un trastorno de ansiedad

⁶¹⁴⁰ TRASTORNOS ANSIOSOS disponible en, www.psicoactiva.com/ansiedad.htm - 18k, 2008

específicos. Síntomas de fobia social relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica como enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, o mentales como tartamudez, anorexia nervosa, trastorno dismórfico corporal. El individuo no presenta el número suficiente de síntomas para un diagnóstico específico pero la ansiedad es relevante. Hay un trastorno de ansiedad pero no puede determinarse si se trata de un trastorno primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.⁶²⁴¹

⁶²⁴¹ HERNÁNDEZ G. *Ansiedad y trastornos de ansiedad*, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Universidad de Chile.2005

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo descriptivo, en el cual se observaron las características del fenómeno objeto de estudio, sin cambiar su naturaleza.

5.2 POBLACIÓN

Nuestro universo de trabajo estuvo constituido por los pacientes que en su plan de tratamiento debían ser sometidos a cirugía oral en la clínica odontológica Cartagena de indias en el período comprendido entre Enero a Mayo de 2009

5.3 MUESTRA

Se tomó una muestra de 16 pacientes que debían ser sometidos a cirugía oral en la clínica odontológica Cartagena de indias, con un promedio de edad de 48 años, (DE= 14,6) siendo el grupo etario más frecuente el de 30 – 40 años; en cuanto al sexo participaron 9 de sexo masculino lo que corresponde al 56,3 % y 7 de sexo femenino lo que corresponde al 43,7 %. Con respecto al grado de escolaridad se encontró que la mayor parte de los participantes se situaron en un nivel educativo de grado secundaria en un 56,3 %, seguido de primaria en un 25,0 % y de estudios técnicos en un 18,8 %. Este aspecto se relaciona de manera clara con las ocupaciones ejercidas por los participantes de la investigación donde el 31,3 % se desempeña como ama de casa, seguido por el 18,8 % que laboran como obrero y el restante 20,0 % se encuentran ocupaciones como electricista, comerciante, Litógrafo, pintor, modista. (Tabla 1)

Para la selección de los participantes, se tuvieron en cuenta el cumplimiento de los siguientes criterios:

5.3.1 Criterios de Inclusión: Pacientes que consultan a la clínica odontológica Cartagena de indias, que se encuentren en fase diagnóstica para el tratamiento de cirugía oral programada, que presenten un buen estado de salud general, que estén aptos para recibir dicho tratamiento, que deseen participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

5.3.2 Criterios de exclusión: Pacientes que presenten compromiso en su estado de salud general, enfermedades sistémicas, que no presenten historia clínica en la clínica odontológica Cartagena de indias y que no deseen participar en la investigación.

5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nº	Identificación	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida
1	Edad	Cuantitativa	Intervalo	Años
2	Sexo	Cualitativa	Nominal	Proporción
3	Nivel escolaridad	Cualitativa	Nominal	Frecuencia
4	Presencia de ansiedad	Cualitativa	Nominal	Proporción
5	Intensidad de la ansiedad	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia
6	Percepción cognitiva	Cualitativa	Nominal	Frecuencia

5.5 INSTRUMENTOS

Para valorar los niveles de ansiedad prequirúrgica en los pacientes que fueron sometidos a cirugías orales programadas, se aplicó un instrumento nuevo elaborado específicamente para este estudio donde se evaluó el triple eje de respuesta de la ansiedad (fisiológico, conductual y cognitivo), las variables sociodemográficas por medio de una encuesta y una entrevista semi-estructurada.

La encuesta se desarrolló con base en el Modelo tridimensional de la ansiedad. Consta de 13 ítems referentes a las situaciones experimentadas por los pacientes según los tres ejes de respuestas de la ansiedad. Cada ítem es calificado por el paciente en una escala de severidad, de 0 a 10, de acuerdo a los niveles de ansiedad experimentados en cada una de las situaciones presentadas, donde 0 es la nula o ausencia total del evento y 10 la intensidad máxima.

Posteriormente los valores obtenidos para ansiedad se analizaron de la siguiente manera: 0 ausencia de ansiedad, de 1 a 3 intensidad baja, de 4 a 6 intensidad media y de 7 a 10 intensidad alta.

La entrevista semi-estructurada constó de 6 preguntas para identificar las vías de respuesta cognitiva que aparecen en la Ansiedad, donde se valoraron experiencias vividas, sentimientos, en los participantes con relación a la cirugía oral.

5.6 PROCEDIMIENTOS

Inicialmente se realizó la explicación del contenido de la encuesta a los participantes, donde se dejó claro la intensidad que debían responder de los ítems establecidos, donde 0 es la nula aparición del evento y 10 la intensidad máxima, previo a esto se solicitó el consentimiento voluntario de los pacientes para participar en el estudio.

Se encuestaron a todos y cada uno de los pacientes que iban a ser sometidos a cirugías orales programadas en la clínica odontológica Cartagena de Indias momentos previos al procedimiento. Por medio de estas encuestas se determinaron los niveles de ansiedad en los pacientes, desarrollando los tres ejes de respuesta de la ansiedad: el fisiológico, el conductual y el cognitivo, la descripción de la distribución de las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación) y su relación con la ansiedad.

Para establecer el eje de respuesta cognitivo de la ansiedad se utilizó una entrevista semi-estructurada, para determinar los pensamientos entorno a la ansiedad percibida individualmente por cada paciente, antecedentes en consultas odontológicas, experiencias previas, presencia de temor o miedo ante la consulta odontológica, la cual fue grabada y posteriormente realizada la respectiva transcripción para su análisis.

6. RESULTADOS

6.1 PRESENCIA DE ANSIEDAD

La presencia de ansiedad fue valorada en los tres ejes de respuesta de la ansiedad, donde se observó que el 100 % de los participantes evidenciaron la presencia del eje cognitivo en su vía de respuesta ante la ansiedad, seguido por el eje conductual con un 87,5 % y el eje fisiológico con un 75,0 %. (Tabla 2)

6.2 INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD DE ACUERDO A LOS EJES DE RESPUESTA

En cuanto al eje de respuesta fisiológica de los pacientes antes de la cirugía, se encontró que los que se presentaron con intensidad alta fueron la sensación de ahogo con un 44,0 % y la presencia de molestias estomacales con un 37,5 %, en cuanto a la intensidad media las alteraciones más frecuentes fueron el aumento del ritmo cardíaco con el 62,5 %; el aumento

en la sudoración con el 44,0 % y la hipernea con un 37,5 %. Por otro lado, con respecto a la intensidad baja sólo se encontró alterada la presencia de cefalea con el 31,2 %. (Tabla 3)

En el eje de respuesta conductual, se evidenció que los participantes describieron su situación con una intensidad alta, en cuanto a las ganas de irse/evasión con un 44,0 % y las ganas de correr/huir con el 37,5 %. (Tabla 4)

Además en el eje de respuesta cognitivo los participantes se ubicaron con una intensidad alta tanto para la percepción de miedo como para el nivel de preocupación, con un 56,2 % y 62,5 % respectivamente. (Tabla 5)

6.3 PERCEPCIÓN DE RESPUESTA COGNITIVA (Entrevista semi-estructurada)

Con la entrevista semi-estructurada se encontró que la existencia de dolor en procedimientos orales previos, se constituye en un factor de riesgo para la aparición de ansiedad. El dolor aumenta la probabilidad de la aparición de ansiedad. Así mismo la presencia de dolor en procedimientos odontológicos previos incluye en la percepción de estas experiencias, de esta forma, la presencia dolor favorece la formación de sensaciones negativas en relación a la consulta odontológica. Las respuestas cognitivas de ansiedad incluyen pensamientos como: “Que todo salga bien”, “que no hayan complicaciones”, “que no se demoren mucho”, “que no me vaya a doler”, “que no se vaya a hinchar”, “que no se demore el procedimiento”, temor a “que la anestesia no me vaya a coger”. Los pensamientos pueden aparecer desde que los pacientes ingresan a la clínica, desde que se sientan en la silla o desde que empiezan a ver elementos utilizados durante el procedimiento. Algunos

temores recurrentes es en relación a sentir dolor y a las “agujas”, temor al sonido de la fresa, temor a la anestesia, a la salida de sangre, al hecho de que el procedimiento se le llame cirugía y miedo al dolor. Es importante destacar que la presencia de estos pensamientos era más intensa en aquellos que habían estado expuestos a dolor o experiencias odontológicas previas percibidas como negativas o dolorosas. Contrario a los pensamientos descritos anteriormente, los pacientes que presentaron pocos o nulos pensamientos relacionados con ansiedad ante la atención odontológica: “que me hagan lo que tienen que hacer”, “que hay que hacerlo”. Estos últimos presentaron pocos niveles de respuesta fisiológica y conductual de ansiedad y no habían vivido experiencias odontológicas previas de carácter doloroso o percibido como negativas.

Al analizar los resultados se evidencia que existen claros síntomas de ansiedad ante la cirugía oral, estas respuestas de ansiedad presentadas incluyen los tres ejes de respuestas: fisiológico, conductual y cognitivo. La presencia de ansiedad es un factor de riesgo para la deserción o abandono o la poca adherencia al tratamiento odontológico por parte del paciente. Disminuir los niveles de ansiedad se convierte en un factor protector para evitar la pérdida de la continuidad del tratamiento y por tanto es una contribución a la salud del individuo. Cabe destacar que las personas que consideraban que sus respuestas fisiológicas, motoras o cognitivas eran intensas habían tenido experiencias previas relacionadas con episodios odontológicos dolorosos o percibidos como traumáticos. (Tabla 6)

7. DISCUSION

A pesar de que los resultados de este estudio no son representativos de la población de sujetos que asisten a consulta de cirugía en la clínica odontológica Cartagena de Indias de la universidad del Sinú, pueden ser importantes al momento de diseñar guías o protocolos de manejo de la ansiedad en estos tipo de pacientes, con el fin de brindarles un servicio de mejor calidad y ofrecer mejores oportunidades de acceso.

Los resultados obtenidos demuestran la existencia de ansiedad en los pacientes que se sometieron a cirugía oral, estos datos son de mucha relevancia para generar el compromiso por parte de los odontólogos de evaluar y diagnosticar el problema de origen quirúrgico y realizar el protocolo

del manejo del paciente y reducir los niveles de ansiedad. En este sentido, es necesario que el procedimiento se realice en óptimas condiciones tanto para el paciente como para el odontólogo, es por esto como producto de este estudio, se desarrolló una guía de manejo de la ansiedad para el paciente que va a ser sometido a procedimientos de cirugía oral.

Los resultados de este estudio señalan que los pacientes que fueron sometidos a procedimientos de cirugía oral encuentran en este procedimiento una amenaza o un peligro, creándose un conflicto interno alrededor de la situación que termina generando que el organismo actúe con una defensa propia y es cuando aparece la ansiedad como un signo de alerta. En cuanto a la sintomatología experimentada ante la presencia de ansiedad, también se describe en nuestro estudio el desarrollo de síntomas donde el triple eje de respuesta de la ansiedad se manifiesta mediante el eje fisiológico, el eje conductual y el cognitivo, lo cual se explica mediante el modelo tridimensional de la ansiedad. Lo anterior se apoya en lo descrito por Atencio ⁶³⁴⁹ y Cols sobre la ansiedad como un signo de alerta, una respuesta a una amenaza inespecífica, interna u originada por algún conflicto. Se caracteriza por una sensación de aprensión vaga, difusa y desagradable que puede estar acompañada de síntomas autonómicos (cefalea, sudoración, palpitaciones, escalofríos, hipernea, opresión precordial y leves molestias estomacales).

⁶³⁴⁹ ATENCIO B, NUCETTE E, Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Asociación Venezolana de Psiquiatría, 2004, Vol. 50, N°103.

Adicionalmente estos resultados son similares a los obtenidos por Marcano ⁶⁴ 50 y Cols quienes describen que el 76, 7% de los pacientes que acuden a los servicios de Odontología afirman que asistir a la consulta odontológica significa una experiencia que les ocasiona miedo, y de acuerdo con Brown ⁶⁵ 51 el rechazo al tratamiento odontológico, es producto del nivel de ansiedad general que refleja el paciente.

En cuanto a las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad, los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que los indicadores que se presentaron con mayor intensidad son la respiración, sensación de ahogo con un 44,0 %, seguido por molestias estomacales con un 37,5 %, y en cuanto a las manifestaciones se presentaron con baja intensidad están la presencia de escalofríos y el desarrollo de cefaleas. Al comparar estos resultados con lo reportado por Marcano⁶⁶50, se encuentran discrepancias con lo obtenido en nuestro estudio, ya que se señala que las manifestaciones que se presentan con mayor intensidad es la de sentir tensión muscular en el cuerpo al estar sentados en el sillón odontológico con un 60%, seguida por el aumento de los latidos del corazón durante la consulta con un 56,70%. Por otro lado, los que se presentaron con menos intensidad fueron la respiración y sudoración, contrario a lo que se obtuvo en este estudio, donde los cambios en la respiración se presentaron con una intensidad alta.

Este estudio se diseñó para la valoración del triple eje de respuesta de la teoría tridimensional de la ansiedad, obteniendo resultados en los ejes de

⁶⁴50 MARCANO S, Técnicas para el manejo de las manifestaciones del miedo a la consulta odontológica en los pacientes que acuden a la facultad de odontología de la universidad de Carabobo. ODOUS CIENTIFICA, 2007, Vol. VIII, No 1.

⁶⁵51 BROWN E. Razones que producen el no acudir al odontólogo. Oklahoma: Dent res. 1995.

respuestas que nos permitieron la relación de la ansiedad y los fenómenos manifestados en el organismo como mecanismos de defensa, a su vez el análisis de la presentación de los diferentes indicadores, fisiológico, conductual, cognitivo permite comprender la naturaleza del evento presentado, hacer la evaluación, llegar al diagnóstico y emprender el tratamiento para el manejo de estos pacientes, conduciendo a que los mismos sientan tranquilidad, calma, bienestar en el desarrollo de la consulta odontológica. Esto concuerda con lo descrito por Sandin⁶⁷52 donde señala que la teoría tridimensional de la ansiedad tiene un gran número de implicaciones en el ámbito clínico, tanto en la naturaleza del trastorno de ansiedad como en la evaluación, su diagnóstico y tratamiento.

En nuestro estudio, se encontró que todos los participantes habían asistido anteriormente a consulta odontológica, de manera general, todos tuvieron experiencias odontológicas previas que pudieron prepararlos cognitivamente modificando sus expectativas y creencias en relación a los procedimientos odontológicos. Este aspecto se debe analizar para comprender el origen de las conductas de ansiedad emitidas ante los procedimientos odonto-quirúrgicos. Además se evidenció la presencia de ansiedad es un factor de riesgo para la deserción o abandono o la poca adherencia al tratamiento odontológico por parte del paciente. Es por esto que disminuir los niveles de ansiedad se convierte en un factor protector para evitar la pérdida de la continuidad del tratamiento y por tanto es una contribución a la salud del sujeto. Cabe destacar que las personas que consideraban que sus respuestas fisiológicas, motoras o cognitivas eran intensas habían tenido experiencias previas relacionadas con episodios odontológicos dolorosos o

⁶⁷52 SANDIN B. Ansiedad Cognitiva y Somática: Relación con otras Variables de Ansiedad y Psicósomáticas; Revista de Psicología General y Aplicada 2003

percibidos como traumáticos, lo que refuerza la teoría de la adquisición de la ansiedad mediante el condicionamiento clásico y condicionamiento operante.

Lo anterior se relaciona con lo propuesto por Rojas⁶⁸⁹, sobre la adquisición de la ansiedad ante el tratamiento odontológico, la cual ha sido tradicionalmente explicada por la presentación de experiencias de significación traumática para el paciente, que permitirían acudir a explicaciones centradas en el condicionamiento clásico. Por otra parte también reconoce como factor de adquisición de la ansiedad, la transmisión de actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico por parte de los padres u otros significativos.

Por último, en los criterios de inclusión de la investigación se debe incluir que el paciente no tome sustancias o medicamentos que puedan generar ansiedad, ya que estas variables pueden influir en los resultados.

Además se podría estratificar a los pacientes en torno a si presentaban o no experiencias previas odontológicas traumáticas, lo que podría establecer diferencias en la intensidad de la ansiedad en los tres ejes de respuesta.

8. CONCLUSIONES

Podemos concluir con este estudio que la manipulación de la cavidad oral por parte del odontólogo, especialmente en procedimientos de cirugías

⁶⁸⁹ ROJAS G, MISRACHI C. Impacto del Ejercicio Profesional en la Salud Mental del Odontólogo. Revista Dental de Chile; Vol. 95 N° 1, 2004, P.38-40.

orales, genera en los pacientes diversos grados de ansiedad, encontrándose que la consulta odontológica es una de las situaciones que más crea ansiedad en las personas.

La importancia que llega a presentar la presencia de ansiedad en los pacientes que se deben someter a procedimientos de cirugía oral es tanta, que muchas veces se observa que el paciente comienza con dejar de asistir y cumplir con las citas, hasta el grado donde ocurre un abandono total del tratamiento.

Adicionalmente se reconoce que a pesar de que son diversas las situaciones que producen ansiedad en los pacientes sometidos a procedimientos de cirugía oral, el odontólogo tratante tiene a su disposición en el mismo paciente unas características propias del padecimiento de ansiedad que le permite realizar una valoración de la intensidad de este padecimiento, mediante la evaluación de los tres ejes de respuesta de la ansiedad, el fisiológico, el conductual y el cognitivo, que de una manera rápida ayudaran a realizar el diagnóstico de la existencia de ansiedad y de manera eficaz instaurar medidas estratégicas para su tratamiento, llegando a optimizar las condiciones del paciente, quien al encontrarse relajado, sin ansiedad, con tranquilidad y confort, cooperará en el procedimiento clínico en vez de dificultarlo.

9. RECOMENDACIONES

Gracias al estudio realizado, y a las conclusiones anteriores recomendamos la implementación del modelo de atención en pacientes que serán sometidos a procedimientos de cirugía oral, donde se evalúe, diagnostique y se realice la intervención de estos pacientes en el manejo de la ansiedad, para lograr la prevención de ésta.

Recomendamos que este modelo de atención incluya las siguientes fases:

1. Establecer Empatía: Saludar amablemente al paciente, conocer generalidades de su vida, de donde viene, que hace, quien es. Presentarse amablemente de manera que genere un ambiente de confianza.
2. Exploración de acontecimientos: Explore la presencia de acontecimientos odontológicos anteriores que hayan resultado negativos o dolorosos para el paciente.
3. Explique cada uno de los procedimientos que realizará. Ser honesto en cuanto a la posibilidad de presentar dolor. Explíquelo la importancia de los procedimientos. Utilice un lenguaje claro y al acceso de su paciente
4. Pregúntele: cómo se siente, que expectativas tiene, etc.
5. Hágalo sentir importante dentro del proceso, pregúntele sobre sus decisiones.
6. Genere un ambiente cálido y confortable que facilite la adherencia al tratamiento. Un buen trato puede garantizar que el paciente regrese.

10. REFERENCIAS

AARTMAN I. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. Community Dentistry and Oral Epidemiology, Vol. 26, N° 5, 1998, P. 350-354.

ALVAREZ M, CASANOVA Y. Miedo, Ansiedad y Fobia al Tratamiento Estomatológico, Humanidades Médicas, 2006, Vol. 6, N° 1.

ATENCIO B, NUCETTE E, Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Asociación Venezolana de Psiquiatría, 2004, Vol. 50, N°103.

BADOS A. Fobias Específicas, Facultad de Psicología. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universidad de Barcelona, 2005.

BECERRA V. Psicólogo Cognitivo-Conductual
<http://www.cop.es/colegiados/S-02633/ANSIEDAD.html> 2008

BELLOSTA R, La Ansiedad, Salud Emocional, 2006, P. 1-10
psicologicacipaj@ayto-zaragoza.es
psicologica@posta.unizar.es

BROWN E. Razones que producen el no acudir al odontólogo. Oklahoma: Dent res. 1995.

CAYCEDO C, CORTES O, GAMA R, RODRÍGUEZ H, COLORADO P, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Ansiedad al Tratamiento

Odontológico: Características y Diferencias de Género. Suma Psicológica, Vol. 15 N° 1, 2008, P. 259 -278.

DÍEZ M. Euroden dental. Miedo al odontólogo. Disponible en: <http://www.clinicaeuroden.com/miedo-odontologo.htm> 2008.

DOERR P, LANG P, NYQUIST L, RONIS D. Factors Associated with dental anxiety. The Journal of the American Dental Association. Vol. 129 N° 8, 1998, P. 1111-1119.

DÍAZ P, CRUZ C. Cómo Lograr La Optima Colaboración del Niño en el Consultorio Dental. Odontología Argentina; Vol. 33 N°4, 2004, P. 13-8.

FIRAT D, TUNC E, SAR V. Dental Anxiety Among Adults in Turkey. Journal Contemporary Dental Practice. Vol. 7 N° 3, 2006, P. 41-51.

FODOR A, DE LA PARRA G. La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones. Revista Dental de Chile; Vol. 99 N° 3, 2007, P. 21-26.

FONSECA, D; PACINI, C. Um estudo epidemiológico sobre a fobia dental. Arquivos em Odontología. Vol. 41 N° 1, 2005, P. 41-51.

GUILLAMÓN N. Ansiedad y Aprendizaje, Clínica de la Ansiedad, Centro sanitario autorizado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. 2004.

HEATON L, CARLSON C, SMITH T, BAER R, LEEUW R. Predicción de Ansiedad Durante el Tratamiento Dental Utilizando los Cuestionarios de los pacientes. *Práctica Clínica Art 4*, 2007, P. 163-170.

HERNÁNDEZ G. Ansiedad y trastornos de ansiedad, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Universidad de Chile, 2005

IRUARRIZAGA I. Intervención Cognitiva Conductual en los problemas de Ansiedad de Evaluación; Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid; *Revista de Psicología*. Vol. 3 N°1. 2001.

JUÁREZ R, CHAHIN J, VIZCAYA M, ARDUÑA E. Conocimientos, Comportamientos, Percepciones y Actitudes Concernientes a la Salud Oral entre Pacientes Diabéticos, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. 2007.

LEACHE B, DÍAZ M, TOBAL M, FERNÁNDEZ C. Prevalencia, Consecuencias y Antecedentes de Miedo, Ansiedad y Fobia Dental. *Asociación Odontológica Argentina*, Vol. 25 N° 4, 1997, P. 3-10.

MALDONADO A, http://alboranpsicologod.com/trastorno_panico_con_sin_agorafobia.php, Centro de Psicología ALBORAN, 2004.

MARCANO S, Técnicas para el manejo de las manifestaciones del miedo a la consulta odontológica en los pacientes que acuden a la facultad de odontología de la universidad de Carabobo. *ODOUS CIENTIFICA* , 2007, Vol. VIII, No 1.

MARIAN L. Fobia específica. Disponible en:
<http://www.eutimia.com/trmentales/fobiaesp.htm#FS>, 2008

MARQUEZ. R, LIZARANZU. N, GIL. D. ¿Por qué se le tiene miedo al Odontólogo? Estudio Descriptivo de la posición de los Pacientes de la Sanidad Pública en Relación a Diferentes Factores Subyacentes a los miedos dentales, ROEC 2004, Vol. 9 N° 2.

MENDEZ P, Medición del Grado de Ansiedad en Odontólogos Generales, Respecto a la Atención de Pacientes Niños en la Práctica Privada, Universidad de San Carlos de Guatemala. 2004.

MILSOM K, TICKLE M, HUMPHRIS G, BLINKHORN A. The Relationship Between Anxiety and Dental Treatment Experience in 5-year-old Children. British Dental Journal Vol. 194 N° 9, 2003, P. 503-506.

MOIX J. Emoción y Cirugía, Universidad Autónoma de Barcelona. Artículo publicado en: Anales de psicología Vol. 10, 1994, P. 167-175.

PALACIOS L, HEINZE G, Trastorno por Estrés Postraumático: Una Revisión del Tema (primera parte), Salud Mental, Vol. 25, N°. 3, 2002, P.19-26.

PARMET S, Trastorno obsesivo-compulsivo, The Journal of the American Medical Association, JAMA, 2004, Vol. 292, N° 16 .

PASSI G, Condicionamiento Operante (Teoría de Refuerzos) www.ciencia.net/VerArticulo/Condicionamiento-Operante (Teoría-de Refuerzos). 2008

PEÑALOZA H, SOTELO P, Barrenechea N. Evaluación del Estrés Preoperatorio en Cirugía, Vol.2 N°1, 2003, P. 21-23.

RIVERA Z, FERNANDEZ P. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol.37, N°3, 2005, P.461-475. Disponible en la World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120

ROJAS G, MISRACHI C. La interacción Paciente-Odontólogo, a Partir del Significado Psicológico de la Boca. *Av. Odontostomatología* Vol. 20 N° 5, 2004, P. 239-245.

ROJAS G, MISRACHI C. Impacto del Ejercicio Profesional en la Salud Mental del Odontólogo. *Revista Dental de Chile*; Vol. 95 N° 1, 2004, P.38-40.

ROOWE M. Dental Fear: Comparisons Between Younger and older adults. *American Journal of Health studies*, Vol. 20 N° 3, 2005, P. 219-225.

RUIZ R, Torres M, Gutiérrez D. Protocolo de Control del Dolor y la Inflamación Postquirúrgica. Una aproximación racional. *RCOE*, 2006, Vol. 11, N° 2, 2008, P. 205-215.

SALAZAR A, Anestesia General y Sedación en Odontología, *Acta Odontológica Venezolana*, 1999, Vol. 37 N° 2.

SANDIN B. Ansiedad Cognitiva y Somática: Relación con otras Variables de Ansiedad y Psicósomáticas; *Revista de Psicología General y Aplicada* 2003

SIERRA J, ORTEGA V, Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar, Revista Mal-Estar e Subjetividade / Fortaleza / Vol. 3 N°1, 2003, P.10 -59.

TRASTORNOS ANSIOSOS, disponible en www.psicoactiva.com/ansiedad.htm - 18k, 2008.

TOBÓN Diego, LÓPEZ Luz, HOYOS Beatriz. Comportamiento del Nivel de Ansiedad y del Grado de Dolor en Pacientes con Tratamiento Endodóntico. Revista CES odontología Vol. 18, N° 1, 2005, P. 15 – 20.

TOMMASO M. Atendimento ao Paciente Odontofóbico, Jornal do Site Odonto, <http://www.jornaldosite.com.br/index.html> , 2003, Vol. 64.

VIEDMA M. Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; Editorial de la Universidad de Granada. 2008

VIRUES R, Estudio sobre ansiedad, Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey – México, 2005.

WOODMANSEY, K. The Prevalence of Dental Anxiety in Patients of a University Dental Clinic. Journal of American college Health, Vol.54 N°1, 2005, P. 59-31.

TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra

	NÚMERO	PORCENTAJE
EDAD		
30 - 40	5	31,3
41 - 50	3	18,8
51 - 60	4	25
61 - 70	3	18,8
71 - 80	1	6,3
SEXO		
Masculino	9	56,3
Femenino	7	43,8
ESCOLARIDAD		
Primaria	4	25
Secundaria	9	56,3
universitario	0	0
Técnico	3	18,8
Ninguna	0	0
OCUPACIÓN		
Ama de casa	5	31,3
Obrero	3	18,8
Litógrafo	1	6,3
Electricista	1	6,3
Modista	1	6,3

Pintor	1	6,3
Comerciante	1	6,3
Desempleado	1	6,3
No contestó	2	12,5
TOTAL	16	100

Tabla 2. Ocurrencia de ansiedad en los individuos antes de la cirugía

	presencia	%	Ausencia	%
Eje Fisiológico	12	75	4	25
Eje Conductual	14	87,5	2	12,5
Eje Cognitivo	16	100	0	0

Tabla 3. Eje de respuesta fisiológica de los pacientes antes de la cirugía

	Bajo (1-3)	%	medio (4-6)	%	alto (7-10)	%
Ritmo cardiaco	0	0	10	62,5	6	37,5
Sudoración	4	25	7	44	4	25
Cefalea	5	31,2	2	12,5	0	0
Hipernea	5	31,2	6	37,5	5	31,2
Escalofrío	3	19	4	25	2	12,5
Sensación de ahogo	2	12,5	4	25	7	44
Molestias estomacales	3	19	4	25	6	37,5

**Tabla 4. Eje de respuesta Conductual de los pacientes antes de la
cirugía**

	Bajo (1-3)	%	Medio (4-6)	%	Alto (7-10)	%
--	------------	---	-------------	---	-------------	---

Ganas de irse/Evasión	2	12,5	5	31,2	7	44
Ganas de correr/Huir	4	25	5	31,2	6	37,5

Tabla 5. Eje de respuesta Cognitiva de los pacientes antes de la cirugía

	Bajo (1-3)	%	Medio (4-6)	%	Alto (7-10)	%
Percepción del miedo	1	6,25	6	37,5	9	56,2
Nivel de Preocupación	1	6,25	5	31,2	10	62,5

Tabla 6. Vía de respuesta Cognitiva (Análisis entrevista semi-estructurada)

Atención odontológica previa	Todos los pacientes encuestados han asistido anteriormente a consulta odontológica, la mayoría no especificó a qué tipo de procedimientos, pero de manera general, todos tuvieron experiencias odontológicas previas que pueden preparar cognitivamente al sujeto modificando sus expectativas y creencias en relación a los procedimientos odontológicos
Percepción de experiencias odontológicas previas	Cuando estas experiencias previas eran consideradas como negativas o había estado previamente expuesto a algún tipo de dolor producto de los procedimientos, aumentan los pensamientos relacionados con ansiedad ante un inminente procedimiento quirúrgico. Esta relación se explica a través del modelo de adquisición de conductas: Condicionamiento Clásico.

<p>Percepción de dolor en procedimientos quirúrgicos previos</p>	<p>Se encontró que la existencia de dolor en procedimientos orales previos, se constituye en un factor de riesgo para la aparición de ansiedad. El dolor aumenta la probabilidad de la aparición de ansiedad. Así mismo la presencia de dolor en procedimientos odontológicos previos incluye en la percepción de estas experiencias, de esta forma, la presencia dolor favorece la formación de sensaciones negativas en relación a la consulta odontológica.</p>
<p>Manifestaciones de ansiedad en los participantes</p>	<p>Las respuestas cognitivas de ansiedad incluyen pensamientos como: “que todo salga bien” “que no se demore el procedimiento” “que la anestesia no me valla a coger”. Los pensamientos pueden aparecen desde que son “sentados en la silla”, algunos temores recurrentes es en relación a sentir dolor y a las “agujas”, temor al sonido de la fresa, temor a la anestesia, a la salida de sangre, a la silla, al hecho de que el procedimiento se le llame cirugía, miedo al dolor. Estos pensamientos relacionados con la existencia de ansiedad ante el procedimiento odontológicos estaban presentes en aquellos pacientes expuestos a dolor o experiencias odontológicas previas percibidas como negativas</p>
<p>Pensamientos presentes</p>	<p>Los siguientes pensamientos aparecieron en los pacientes que presentaron uno o varios</p>

pensamientos relacionados con ansiedad ante la atención odontológica: “Que todo salga bien”, “que no hayan complicaciones”, “que no se demoren mucho”, “que no se demoren, que no me valla a doler”, “que no se valla a hinchar”. Los siguientes pensamientos aparecieron en los pacientes que presentaron pocos o nulos pensamientos relacionados con ansiedad ante la atención odontológica: “que me hagan lo que tienen que hacer”, “que hay que hacerlo”.

GRAFICAS

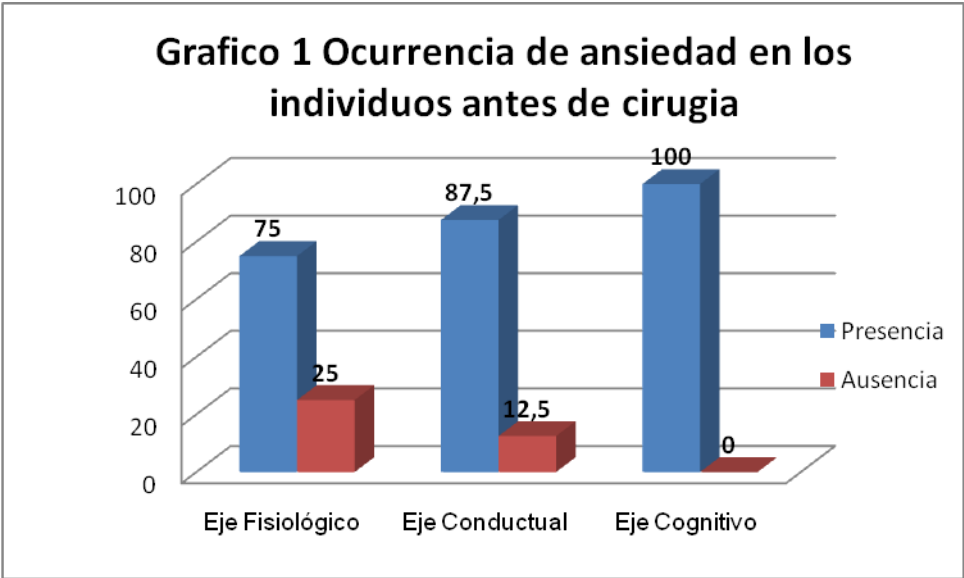


Grafico 2 Ritmo cardiaco de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad

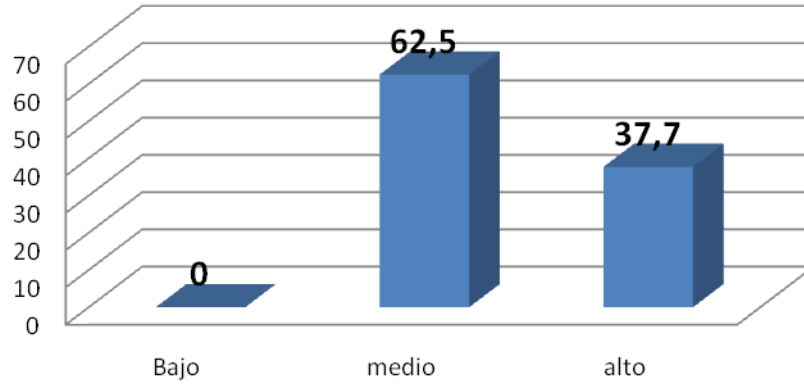


Grafico 3 sudoración de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad

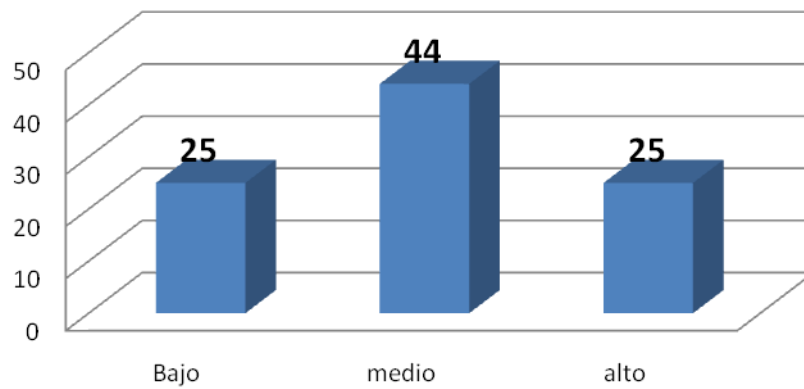


Grafico 4 cefalea de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad

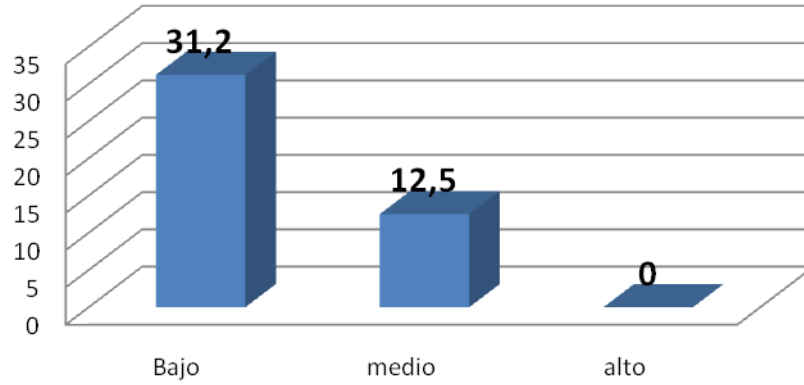


Grafico 5 Hipernea de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad

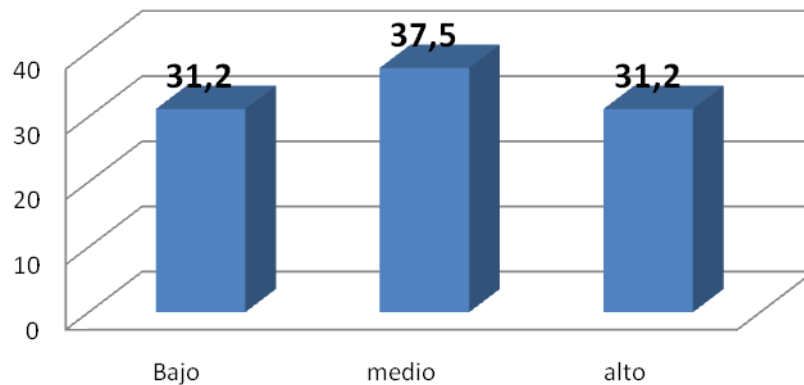


Grafico 6 Escalofrio de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad

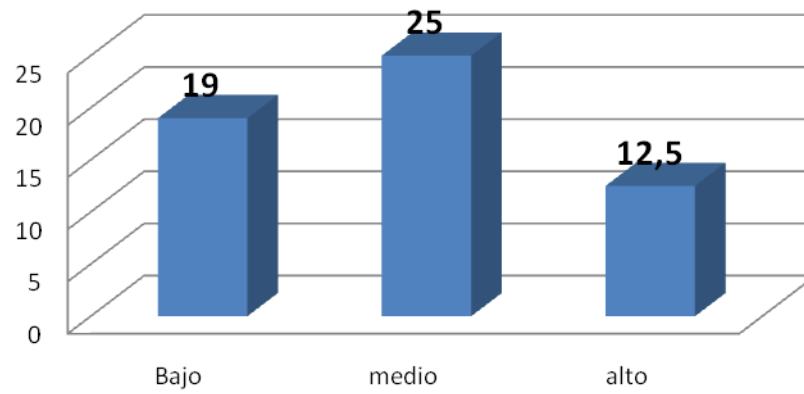


Grafico 7 Sensación de ahogo de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad

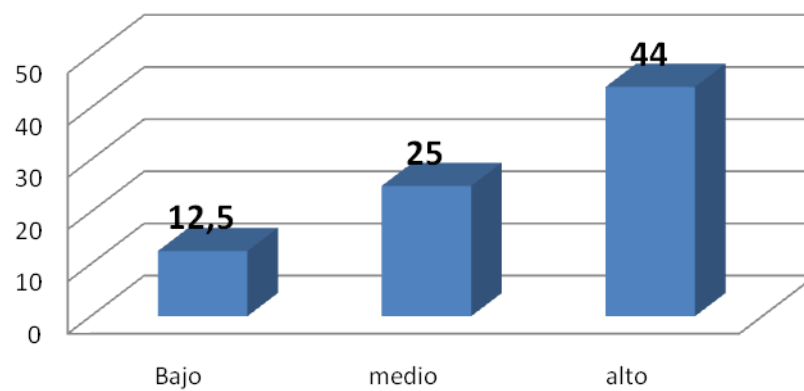


Grafico 8 Molestias estomacales de acuerdo a la respuesta fisiológica de la ansiedad

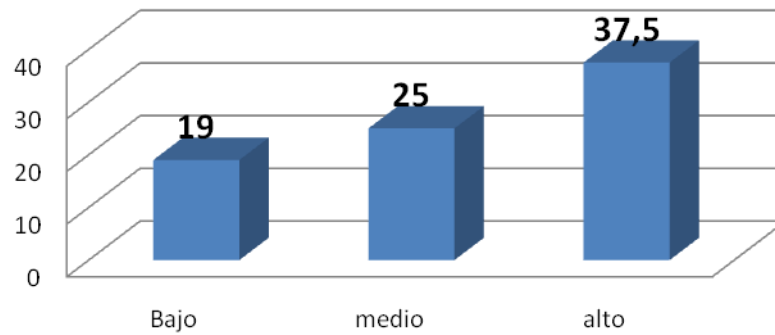


Grafico 9 Ganas de irse de acuerdo a la respuesta conductual de la ansiedad

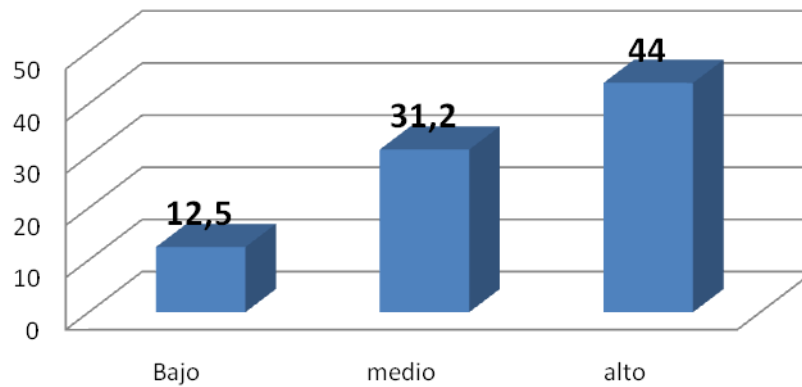


Grafico 10 Ganas de correr de acuerdo a la respuesta conductual de la ansiedad

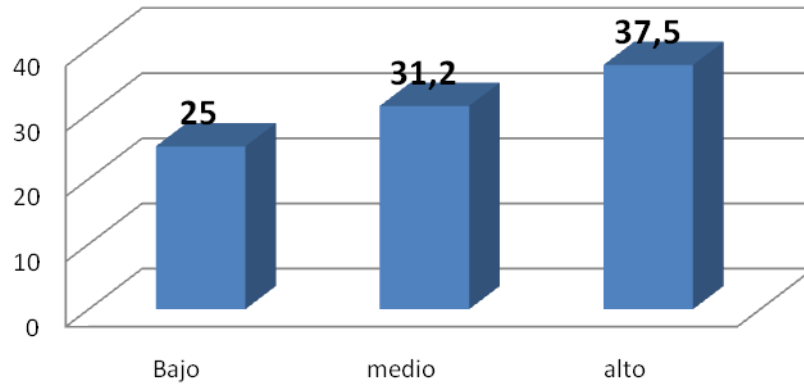


Grafico 11 Percepción del miedo de acuerdo a la respuesta cognitiva de la ansiedad

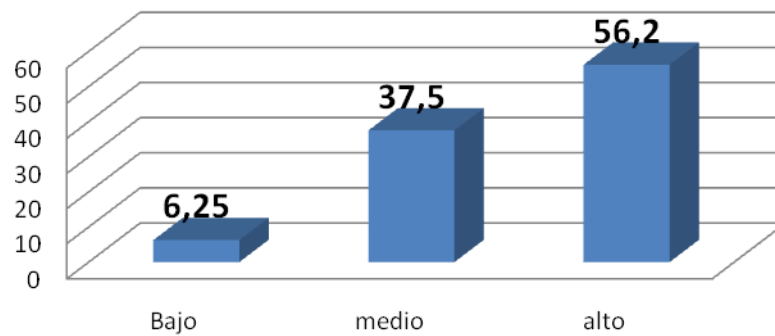
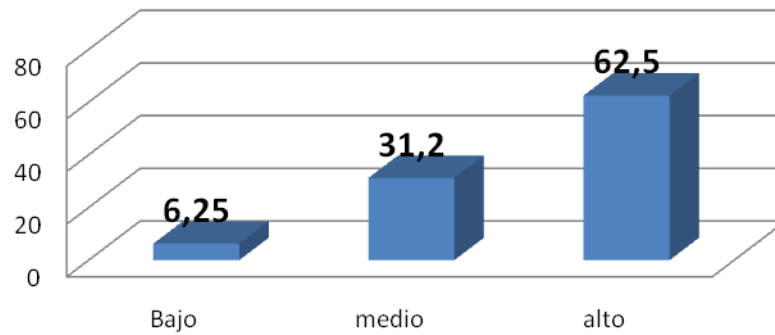


Grafico 12 Nivel de preocupación de acuerdo a la respuesta cognitiva de la ansiedad



Instrumento para las variables socio-demográficas

Objetivo: Identificar las variables socio-demográficas relacionadas con Ansiedad.

CUESTIONARIO

Nombres y Apellidos.

Edad.

Dirección.

Teléfono.

Ocupación y cédula

Sexo:

- ◇ Masculino
- ◇ Femenino

Nivel escolar (cumplido):

- ◇ Primaria
- ◇ Secundaria
- ◇ Universitaria
- ◇ Técnico
- ◇ Ninguna

Entrevista Semi-estructurada Abierta para medir el nivel de respuesta cognitivo de la Ansiedad.

Objetivo: identificar las vías de respuesta cognitiva que aparece en la Ansiedad

1. ¿Había sido atendido antes en consulta odontológica?
2. ¿Cómo fueron estas experiencias anteriores?
3. ¿Ha sentido dolor en anteriores experiencias odontológicas?
4. ¿Considera que ha sentido temor, angustia o ansiedad ante una operación o consulta odontológica?
5. ¿Qué le da temor o miedo en la consulta u operación psicológica?

6. ¿Cuáles son los pensamientos más presentes en este momento en relación a la cirugía oral?

Instrumento Psicológico para medir el eje de respuesta fisiológico y conductual de la Ansiedad.

Objetivo: Identificar el nivel de respuesta fisiológico y conductual relacionado con la Ansiedad.

A continuación encontrara unos enunciados, marque con una X el número correspondiente según la intensidad de 0 (cero), siendo este ausencia total, hasta 10 (diez), siendo este la intensidad máxima posible. Si tiene dudas en la aplicación pregunté y estas serán aclaradas.

Su nivel de miedo en este momento es											
Las ganas de correr o huir en este momento son											
Su nivel de preocupación en este momento es											

GUIA DE MANEJO DE LA ANSIEDAD PARA LOS PACIENTES QUE DEBEN SER SOMETIDOS A CIRUGIAS ORAL

• Genere un ambiente de empatía, en el cual el paciente se sienta tranquilo y cómodo. Explíquele el procedimiento a realizar. Identifique algunos signos de ansiedad tales como: Sudoración, movimientos rápidos en algún miembro del cuerpo, palidez, dificultad para respirar, entre otros. Sea honesto generando un ambiente de confianza. Antes de la cirugía entrene a su paciente como debe ser su respiración durante el procedimiento oral.

2. Pregúntele como se siente, que expectativas tiene en relación al procedimiento a realizarse No realice ningún procedimiento si el paciente no se lo autoriza o no tiene claridad en lo que está a punto de realizar.

