

MIEDO, ANSIEDAD Y FOBIA DENTAL: DEFINICIONES, PREVALENCIA Y ANTECEDENTES

Carlos Fernández Frias*, M^a Dolores Martín Díaz y Francisco Miguel Tobal

Universidad Complutense

Resumen: Este trabajo es el primero de una serie de estudios acerca del estado actual de la investigación sobre el miedo, la ansiedad y la fobia en el ámbito odontológico. En él se recogen las definiciones sobre estos conceptos y su evolución a la vez que se revisan su prevalencia e incidencia en distintas poblaciones.

Por otro lado se recogen las principales consecuencias en el cuidado y salud buco-dental, así como los trastornos dentales más importantes que padecen los pacientes con altos niveles de miedo, ansiedad y fobia dental. Se revisan los antecedentes de estos trastornos, el modo de adquisición y las variables que influyen en ellos. Por último se señalan los elementos del tratamiento dental que producen mayor miedo y ansiedad en los pacientes.

Palabras Clave: Miedo, Ansiedad, Fobia Dental, Salud Oral, Cuidado Dental, Tratamiento Dental

Abstract: The present paper deals with a first work of a series of studies about the current state of the art researches on fear, anxiety and phobia at boundary dental. In this first work definitions and development of such concepts are included. As well, prevalence and incidence of these dental disorders in different populations are also presented.

Main consequences in buco-dental health care as mostly dental disorders showed in patienty with high levels of fear, anxiety and dental phobia. Antecedents, acquisition and onset variables are also review. Finally, those elements regarding with dental treatment which elicits a higher level of fear and anxiety are pointed out.

Key words: Fear, Anxiety, Dental Phobia, Oral Health, Dental Care, Dental Treatment

Title: *Dental fear, anxiety and phobia: I. Definitions, prevalence and antecedents*

Introducción

La ansiedad ha estado ampliamente asociada con el tratamiento buco-dental. Los complejos factores de la ansiedad y el estrés influyen en la fisiología y psicología de la experiencia dental, y llevan a una gran variedad de disfunciones conductuales relacionadas con el tratamiento dental (Eli, 1992).

Del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas buco-dentales afectan al comportamiento de aquellos que las padecen, el comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental (Fernández Parra y Gil Roales-Nieto, 1994).

Entre estas conductas de riesgo para la salud buco-dental se encuentran los hábitos orales perjudiciales (morderse las mejillas, la lengua o los labios, la masticación unilateral, onicofagia, morder o retener entre los labios objetos...), el consumo habitual de tabaco, el bruxismo, las conductas relacionadas con la dieta alimenticia (consumo de hidratos de carbono) y el miedo, la ansiedad, los comportamientos disruptivos y la evitación de las situaciones de tratamiento dental, siendo estas últimas conductas las que se abordarán en este artículo.

La investigación sobre la ansiedad dental se ha focalizado en los resultados en términos del uso de los servicios dentales y en el estatus de salud oral, también se ha informado de la prevalencia en poblaciones generales y específicas, de las causas y de las

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Carlos Fernández Frias. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología. Departamento de Psicobiología. Ciudad Universitaria s/n. 28040 Madrid.

© Copyright 1995: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**
Artículo recibido: 2-6-95, aceptado: 22-6-95.

pecíficas, de las causas y de las consecuencias (Locker y Liddell, 1992). El modelo general subraya que la ansiedad dental puede llevar a la demora en solicitar atención dental o a una evitación general del cuidado dental, teniendo un efecto negativo en la salud bucal (Cohen, 1985; Woolgrove, Cumberbatch y Gelbier, 1987). La ansiedad, por lo tanto, es un factor que tiene influencia en el patrón del tratamiento dental y contribuye a la relativamente pobre salud bucal de los individuos afectados. La ansiedad dental no supone únicamente un serio problema de salud para la persona que lo padece, también afecta la relación del dentista con el paciente, los pacientes ansiosos requieren un 20% más de tiempo en el sillón que los pacientes que se encuentran relajados (Filewich, Jackson y Shore, 1981; Ingersoll, 1982), y los dentistas consideran a los pacientes ansiosos como una de las fuentes más molestas del estrés profesional (O'Shea, Corah y Ayer, 1984).

Definiciones

La ansiedad es una de las emociones que con mayor frecuencia experimenta el ser humano, se ha entendido de múltiples formas, así ha sido estudiada como reacción emocional, respuesta o patrón de respuestas, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia interna; no estando claro, en la mayor parte de los casos, los límites entre unas y otras formas de entenderla. El problema también está en el propio término, hay otros muchos que se han utilizado como equivalentes para designar el mismo fenómeno, entre ellos temor, angustia, estrés, miedo y activación. Para una mejor comprensión de estos matices consultar Bermúdez y Luna (1980), Ansorena, Cobo y Romero (1983) y Miguel-Tobal (1990).

En su evolución, el concepto de ansiedad como algo unitario cambia en los años sesenta y comienza a ser visto como un término complejo, un constructo multidimensional con tres

componentes de respuesta distintos pero que interactúan entre sí.

Esta perspectiva, derivada de los trabajos de Lang (1968) y conocida como "Teoría Tridimensional de la ansiedad", considera la ansiedad como una respuesta emocional en la que intervienen tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. Desde este punto de vista, Miguel-Tobal (1990) considera la ansiedad como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de provocar la respuesta de ansiedad estará, en parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones.

Aunque las diferencias entre la ansiedad y el miedo nunca han estado claras, y menos hoy en día en que se coincide en señalar que ambas reacciones tienen lugar cuando un individuo percibe una situación como peligrosa o amenazante, con independencia del peligro real; clásicamente se ha señalado que la ansiedad es más típicamente una reacción a un peligro irreal o imaginario, mientras que el miedo es una reacción a un peligro real o amenazante. Por otro lado se ha considerado la fobia como una 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 (Ganong, 1985).

En la situación dental el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles (Eli, 1992). El paciente se encuentra con ambas amenazas "real" e "imaginaria" y reacciona con diferentes grados de aprensión. Usualmente, el término "miedo dental" se utiliza para describir una moderada aprensión que causa tensión antes y durante el tratamiento, pero capacita al paciente para recibir cuidado dental, "ansiedad dental" describe una aprensión más profunda que interfiere con el tratamiento rutinario y requiere una atención especial y el término "fobia dental" para referir a pacientes cuya ansiedad es tan grande que les lleva a evitar el cuidado dental, incluyendo prácticas orales de dejadez (Eli, 1992).

La situación dental es una situación especial ya que determinados procedimientos odontológicos pueden causar dolor u otras experiencias desagradables. Fernández Parra y Gil Roales-Nieto (1991) consideran que en la medida en que una experiencia dental produzca dolor o sensaciones de malestar, las respuestas de ansiedad o miedo provocadas por estos procedimientos pueden considerarse claramente adaptativas y proporcionales al peligro real que supone la situación temida, y en estos casos las respuestas de miedo y ansiedad son respuestas adecuadas dada la situación que las ha provocado, cuando éstas son muy intensas e incapacitan al individuo para recibir un tratamiento adecuado, este tipo de comportamiento sería considerado como fóbico (Klesges, Malott y Ugland, 1984). No parece muy adecuado establecer diferencias entre las respuestas de miedo y evitación dental y el resto de las fobias clínicas, en función de la racionalidad de cada una de ellas. Fernández Parra y Gil Roales-Nieto (1994) concluyen que cuando las respuestas de evitación de las situaciones dentales interfieren reiteradamente con un adecuado tratamiento y afectan a la salud dental del paciente, deben ser consideradas como respuestas fóbicas.

Las respuestas de ansiedad y miedo suelen ir acompañadas de manifestaciones que dificultan o impiden la realización de las intervenciones dentales, estas son de dos tipos: respuestas de evitación y conductas disruptivas. "Las respuestas de evitación son todas aquellas reacciones del paciente que le impiden exponerse o entrar en contacto con las situaciones relacionadas con el tratamiento dental" (Fernández Parra y Gil Roales-Nieto, 1994, p. 128). "Las conductas disruptivas o entorpecedoras son respuestas que se producen en la propia situación de tratamiento dental dificultando la aplicación de los procedimientos o intervenciones dentales necesarios" (Fernández Parra y Gil Roales-Nieto, 1994, p. 129). Dentro de las respuestas de evitación dental las más frecuentes son la evitación y los retrasos en la petición de consulta y la anulación de citas establecidas con el dentista. Entre las conductas disruptivas más frecuentes se encuentran cerrar la boca, mover la cabeza, levantarse, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar.

Prevalencia

Existe un acuerdo general para resaltar la importancia del miedo y la ansiedad dental, sin embargo, es algo difícil valorar la prevalencia exacta del problema (Eli, 1992).

Las investigaciones realizadas en todo el mundo prueban que el miedo al dentista es muy fuerte. En Alemania, las encuestas más recientes de los medios de comunicación ante la pregunta de carácter general ¿De qué tiene más miedo habitualmente?, demostraron que un 36.1% de la población teme sobre todo tener que acudir a la consulta del dentista (Mayer, 1994). Las encuestas indican que por encima del 80% de los adultos de los Estados Unidos, admiten alguna ansiedad concerniente al tratamiento dental, con el 5-6% experimentando ansiedad con tal intensidad que son incapaces de obtener el tratamiento dental que ellos creen que necesitan (Friedson y Feld-

man, 1958; Klepac, 1986). Los estudios realizados en los años 1970 y 1980 en los Estados Unidos, informaron de aún un alto número en la prevalencia de miedo dental en diferentes poblaciones comparados con los estudios realizados al final de 1950 y principios de 1960 (Eli, 1992), estimándose entre el 5 y el 9% de la población.

Los datos de otras naciones son parecidos, en Suecia por encima del 9% de la población adulta evitaba el cuidado dental debido al miedo al tratamiento, en Inglaterra de 419 encuestados el 15% informaron ser muy o extremadamente ansiosos cuando de sometían a tratamientos de conservación, el 30% fueron muy o extremadamente ansiosos cuando se les tenía que realizar una perforación, y el 28% fueron muy o extremadamente ansiosos frente a las inyecciones bucales, alrededor del 13% informaron que ellos "siempre" o "muy a menudo" pospusieron visitas al odontólogo debido a la ansiedad (para más información sobre estos estudios véase Eli, 1992).

El problema de la evitación dental no es específico de las culturas occidentales, los estudios realizados en Japón en estudiantes universitarios por Domoto et al. (1988) revelan que el 31,5% de los japoneses reconocían que en ocasiones llegaban a retrasar las citas con el dentista debido al miedo que les provocaba el tratamiento dental. Por encima del 80% informaron de algún miedo, mientras que del 6 al 14% informaron ser "muy miedosos" o estar "aterrorizados" del tratamiento, cuando el grupo de "algo miedosos" fue añadido a esas dos categorías el rango fue del 21 al 33% de los estudiantes.

En nuestro país Rodríguez, Martínez y Caballero (1989) encuentran que la mayor parte de los sujetos afirman haber evitado a menudo una cita con el dentista por causa del miedo, mientras que la cancelación de citas se produce con menor frecuencia.

En cuanto a las diferencias entre sexos, aunque algunos autores no han encontrado

una diferencia significativa (Berggren y Carlsson, 1984), muchos otros estudios indican altos niveles de ansiedad entre mujeres comparadas con los hombres (Kleinknecht, Klepac y Alexander, 1973; Bernstein y Kleinknecht, 1982; Domoto et al., 1988). Entre las causas de esta diferencia se encuentran el alto porcentaje de mujeres que responden a las encuestas en algunos de los estudios, también podría ser fruto de la aceptación social general de normas que permite a las mujeres expresar con más libertad sus ansiedades. Basados en diferentes roles sociales y expectativas, es posible que los hombres y las mujeres difieran en su buena voluntad para admitir sus sensaciones de ansiedad (Bernstein y Kleinknecht, 1982). Probablemente, en muchos casos, la ansiedad dental en hombres es expresada a través de otras vías menos directas, un apoyo indirecto para esta premisa podría encontrarse en el hecho de que entre los pacientes que sufren de severos miedos dentales, la salud oral está significativamente más deteriorada en hombres que en mujeres (Berggren y Meynert, 1984). Además, muchos clínicos especializados en el tratamiento de miedo dental y fobia informan de un alto número de pacientes femeninos que solicitan tratamiento (Bernstein y Kleinknecht, 1982; Berggren y Meynert, 1984; Harrison, Carlsson y Berggren, 1985). Esto indica que las mujeres están probablemente más abiertas a admitir su ansiedad dental y a iniciar el tratamiento (Eli, 1992).

Respecto a la edad, parece ser que es otro factor que influye a la hora de considerar las fobias dentales, no hay datos verdaderamente concluyentes, algunos estudios indican que los niños informan de más miedo que los adultos (Kleinknecht, Klepac y Alexander, 1973). Liddell y Murray (1989) han encontrado en sus estudios que la ansiedad dental en los niños se incrementa con la edad.

Las encuestas realizadas recientemente en Alemania mostraron que si se pregunta a los

niños de entre 3 y 5 años, que ya han acudido alguna vez al dentista, si iban con agrado a su consulta, un 50% de ellos contestó que sí, repetida la pregunta al colectivo de entre 15 y 17 años el porcentaje bajaba al 23% (Mayer, 1994).

Otros estudios han indicado que en los pacientes adultos el miedo va disminuyendo a medida que avanzan en edad (Kleinknecht y Bernstein, 1978). Locker y Liddell (1992) encuentran que las relaciones positivas entre deterioro de la salud dental y miedo y ansiedad dental se van reduciendo a medida que se estudian poblaciones de más edad, comparadas con poblaciones más jóvenes.

Influencia en la salud buco-dental

Está ampliamente aceptado que la ansiedad dental es un detrimento para la salud buco-dental del paciente, sin embargo existen pocos estudios que realmente valoren la condición oral del paciente que presenta miedo y ansiedad frente al tratamiento dental.

La ansiedad dental juega un importante rol en la no atención hacia el tratamiento dental (Liddell y May, 1984). La tabulación de faltas o visitas dentales canceladas es uno de los métodos utilizados para valorar la ansiedad dental en los pacientes (Kleinknecht y Bernstein, 1978; Bernstein y Kleinknecht, 1982), constituye lo que se denomina respuestas de evitación, las consecuencias obvias de estas conductas son dejadez y daño buco-dental; el paso siguiente es la aparición de dolor por el deterioro dental, lo que a su vez contribuye a la ansiedad existente, a una posterior evitación, más dejadez y viceversa, creandose un círculo vicioso reforzado por sentimientos de vergüenza debido al mal estado bucal y a la inhabilidad para poder afrontar la situación dental (Eli, 1992).

A medida que el tiempo transcurre, la experiencia pasada tiende a ganar en impacto negativo, de tal forma que cuando se les pregunta a los pacientes como se sentían en el

pasado, muchos recuerdan más ansiedad que cuando se sientan actualmente en la silla dental, de la misma forma los pacientes ansiosos informan sentir más dolor tres meses después de la cita que el que sentían inmediatamente después del tratamiento, probablemente debido a la reconstrucción de la memoria para hacerla consistente con su nivel de ansiedad existente (Eli, 1992).

La ansiedad dental está usualmente asociada con un rango de variables que describen conductas y resultados de la salud buco-dental. En las investigaciones realizadas se ha encontrado que los

individuos adultos con alto miedo dental están menos satisfechos con la apariencia de sus dientes, informan de una necesidad de cuidado dental a través de reconocimientos e indican un mayor número de problemas dentales tales como dolor y encías sangrantes (Milgrom, Fiset, Melnick y Weinstein, 1988). Estos datos coinciden con los obtenidos por Locker y Liddell (1991) que encuentran que los individuos adultos con ansiedad dental perciben una mayor necesidad de cuidado dental que los no ansiosos, tienen peor auto-percepción de su salud bucal e informan de mayor número de problemas masticando algunas comidas. En un estudio posterior Locker y Liddell (1992) comparando sujetos adultos con ansiedad dental con sujetos de su misma edad no ansiosos, encuentran que en los primeros había más frecuencia de desdentados y de falta de dientes, estos también necesitaron un tratamiento más inmediato para aliviarles el dolor y la infección y cuidado periodontal. El descubrimiento más sorprendente fue que los individuos con ansiedad dental tuvieron un riesgo cuatro veces mayor de tratamiento que los no ansiosos.

Las consecuencias son a menudo catastróficas, en un estudio realizado por Berggren y Meynert (1984) con 160 pacientes remitidos a un especialista clínico debido a miedo dental severo y evitación, la tasa media DMFS (Ca-

ries, Ausencia, Rellenado por Superficie) fue del 76,6 (rango 20 a 126). En el término medio, hubo 37 caries dentales rellenas (rango 3 a 75), 26 restauraciones rellenas (rango 0 a 25), 5 ausencias de dientes (rango 0 a 25), 3 dientes permanecieron con una total destrucción de la corona, y 4 lesiones periapicales, más de la mitad de los pacientes tuvieron placa dental visible en todas las superficies de los dientes, 13% tenían una o dos coronas, y 9% eran dentaduras postizas. En otro estudio de 11 pacientes tratados por miedo dental, la tasa media de DMFS fue 60,5 (rango de 36 a 88) con un promedio de 8 años transcurridos desde su último tratamiento dental (Harrison, Carlsson y Berggren, 1985).

La ansiedad juega también un rol importante en el cuidado de la higiene dental y no únicamente en la salud dental, tal y como indican los resultados obtenidos por Jongh y Stouthard (1993), estos autores examinando pacientes que acudieron a la consulta de un higienista dental en un centro de salud en Amsterdam, encuentran que durante el tratamiento del higiene dental únicamente el 15% de los pacientes no experimenta sensaciones de ansiedad y otro 15% informa que la visita al higienista dental fue más estresante que el tratamiento dental.

Antecedentes de Miedo, Ansiedad y Fobia Dental

"La situación dental es compleja e implica factores físicos, cognitivos y de aprendizaje. Generalmente, una combinación de varios factores lleva al desarrollo de ansiedad dental. Nosotros podemos investigar algunos de ellos y especular acerca de otros, pero el resultado final es el mismo: la activación emocional que no permite el cuidado dental lleva a severos perjuicios de la salud oral" (Eli, 1992, p. 65).

Las primeras experiencias aversivas en la consulta del odontólogo son las causas más frecuentes de miedo y ansiedad dental, las experiencias traumáticas o dolorosas durante el

tratamiento dental parecen ser la causa principal de estos comportamientos (Rodolfa, Kraft y Reilley, 1990). El condicionamiento clásico es una vía común de adquisición de miedo dental y ansiedad (Domoto et al., 1988). La experiencia traumática puede originarse por el dolor infringido durante el tratamiento, por actitudes no favorables del odontólogo, o por otras experiencias no placenteras en la consulta del odontólogo. La experiencia sirve como un estímulo inicial desencadenando los patrones de respuestas específicas de miedo o ansiedad. La mayoría de los estudios encuentran una experiencia directa negativa o dolorosa como el principal antecedente de miedo dental (Lautch, 1971; Berggren y Meynert, 1984; Davey, 1989).

Lautch (1971) señaló que el trauma dental fue el factor etiológico más importante en el desarrollo de miedo dental, pero que son necesarias al menos dos de tales experiencias para desarrollar fobia dental severa. Öst y Hugdahl (1985) encontraron que el 68.6% de las fobias dentales eran debidas a las experiencias traumáticas directamente vividas durante el tratamiento dental por los pacientes. Kleinknecht, Klepac y Alexander (1973) identificaron la experiencia personal asociada con procedimientos dolorosos como una fuente principal de reacciones adversas a la odontología, consideran que en estos casos las respuestas de miedo y de evitación son respuestas aprendidas, y las experiencias traumáticas o desagradables vividas por los pacientes son consideradas como ensayos de condicionamiento respondiente o clásico, así de esta forma algunos estímulos dentales que por sí mismos no causan miedo o ansiedad, pero sí se encuentran presentes durante las experiencias traumáticas, podrían quedar condicionados adquiriendo la capacidad de provocar respuestas condicionadas de miedo. Dado que las experiencias traumáticas son aversivas o estresantes, su terminación sería reforzante para los sujetos que las padecen, de tal forma

que cualquier conducta emitida por los sujetos que les permita escapar o no enfrentarse con la experiencia traumática quedaría automáticamente reforzada, por lo que las conductas disruptivas y de evitación dental podrían mantenerse a través de reforzamiento negativo (Fernández Parra y Gil Roales-Nieto, 1994).

En el estudio realizado por Berggren y Meynert (1984) con 160 pacientes dentales ansiosos en Suecia, encontraron que el miedo dental casi siempre comenzó durante la infancia (85%) con una experiencia dental traumática como factor causante de este miedo.

El miedo y la ansiedad pueden ser adquiridos no solo por aprendizaje directo, sino también por aprendizaje vicario (Kleinknecht, Klepac y Alexander, 1973; Liddell y May, 1984; Öst y Hugdahl, 1985). El proceso de aprendizaje puede ser un resultado de la observación, identificación con, o sugestión indirecta a través de modelos, por lo que no es necesario que los sujetos sufran directamente experiencias traumáticas para que desarrollen comportamientos de miedo o evitación dental.

En algunos estudios, los sujetos no fueron sensibles a la percepción de ansiedad dental en miembros de su familia inmediata (Liddell y May, 1984). Sin embargo, la mayoría de los estudios que fijaron la experiencia aversiva con un odontólogo como la principal razón para desarrollar miedo dental, también apuntaron la importancia del modelado indirecto, por ejemplo Kleinknecht, Klepac y Alexander, (1973) mostraron que las actitudes negativas aprendidas de otros fueron dadas con frecuencia por los individuos como una explicación de su propia actitud negativa hacia la odontología. Otros estudios han mostrado que los padres de niños muy miedosos, fueron también ellos muy miedosos cuando eran niños y que permanecían de adultos con altos niveles de ansiedad hacia los tratamientos dentales (Ingersoll, 1982). Varias investigaciones aportan una correlación positiva (entre otros factores) entre ansiedad dental y "fre-

cuencia de visitas de la madre al odontólogo", y entre puntuaciones de ansiedad dental y puntuaciones de ansiedad vicaria (puntuaciones de percepción de los pacientes de ansiedad dental experimentada por personas significativas para ellos como padres, hermanos, etc) (para mayor información sobre estos estudios véase Eli, 1992). Pero hemos de indicar que no siempre la ansiedad dental de los padres tiene un efecto negativo en la salud bucal de los hijos, las investigaciones realizadas apuntan en las dos direcciones, por ejemplo Tuutti y Lahti (1987) encuentran una relación positiva entre ansiedad dental parental y el estatus DMFS de sus hijos y Brown, Wright y McMurray (1986) encuentran una relación negativa.

Hay otros factores que también influyen en el escape o evitación de las situaciones dentales, uno de ellos es la conducta o la forma de responder del personal especializado, u otras personas que estén presentes, ante las conductas de evitación o escape del paciente, su forma de actuar puede reforzar la conducta del paciente, Winer (1982) señala que los intentos de los padres para calmar el miedo y la ansiedad de los niños, incrementa en muchos casos los comportamientos de miedo y evitación.

Por otro lado, existen varias investigaciones donde se estudia la implicación del bagaje cultural, étnico y socio-económico de la familia como factores que influyen en la conducta de los niños en la situación dental (Bailey, Talbot y Taylor, 1973; Thrash, Russel-Duggan y Mizes, 1984; Freeman, 1985; Milen, 1987). No todas las investigaciones han dado lugar a resultados semejantes, así por ejemplo el estudio realizado por Fuks, Steinbock y Zadik (1993) para valorar la influencia de los factores étnicos y sociales en los hábitos de salud dental y en la ansiedad dental, en un grupo de niños (246 chicos y 210 chicas, de 10 a 12 años de edad) residentes en Jerusalén, reveló que los hábitos de cuidado dental

eran buenos en la mayoría de los niños de todos los niveles culturales, y el nivel de ansiedad fue bajo en todos los grupos, concluyendo que el origen étnico tuvo una influencia en la ansiedad dental solo en los chicos, mientras que el origen étnico y la clase social no influyó en los hábitos de cuidado dental. El 5% de los niños fueron clasificados como altamente ansiosos.

Por último, también se ha estudiado si existe una asociación entre el miedo dental y ciertos rasgos o ciertos tipos específicos de personalidad. En general, la mayor parte de los autores no han encontrado relación entre miedo dental y rasgos de personalidad, tal y como refleja Lauth en 1971. Sin embargo, autores como Berggren y Meynert (1984), mantienen que factores tales como la ansiedad general, el neuroticismo, y la alta tendencia hacia reacciones fóbicas, pueden ser las causas del miedo dental.

Berggren y Carlsson (1984) y Harrison, Carlsson y Berggren (1985) encontraron una relación positiva entre ansiedad dental y cambios en el "Mood Adjective Check List". McNeil y Berryman (1989) encontraron relaciones positivas entre ansiedad dental y otros miedos, tales como miedo al dolor, mutilación (ej. lastimar, sangre, desfiguración).

Ultimamente se están llevando a cabo estudios para examinar los correlatos cognitivos de la ansiedad dental, parece ser que la ansiedad dental está positivamente relacionada con una alta frecuencia de pensamientos predominantemente negativos. Parece una línea prometedora a la luz de los resultados obtenidos, entre estos estudios está el realizado por De Jongh, Muris, Ter Horst, Van Zuuren y De Wit (1994), estos autores examinaron los correlatos cognitivos de la ansiedad dental en 24 pacientes altamente ansiosos y 17 pacientes poco ansiosos, encontraron que los pacientes altamente ansiosos informaron que tenían más pensamientos negativos que los bajos en ansiedad, mientras que en ambos grupos los pa-

cientes informaron que el control cognitivo declinó con la inminencia del tratamiento, los altamente ansiosos tuvieron menos control sobre sus pensamientos negativos que los bajos en ansiedad. Estos autores concluyen que los resultados de su estudio sugieren que la actividad cognitiva, tal como los pensamientos negativos y el control cognitivo, son importantes moderadores de la ansiedad dental.

Componentes de Miedo, Ansiedad y Fobia Dental

Los miedos dentales pueden ser muy dependientes de determinadas claves presentes en las consultas de los dentistas. El estudio inicial en este área fue publicado por Gale en 1972, utilizó un total de 130 pacientes dentales con alto y bajo miedo dental a los que se les tasó la cantidad de miedo asociado con 25 situaciones dentales, los resultados fueron similares para ambos grupos aunque hubo una diferencia significativa entre los grupos en las tasas de miedo totales, ambos grupos categorizaron las mismas seis situaciones como las máximas productoras de miedo, éstas son:

- . El odontólogo está sacando su diente
- . El odontólogo está perforando su diente
- . El odontólogo le dice que tiene mal sus dientes
- . El odontólogo sostiene la jeringa o aguja enfrente de él
- . El odontólogo está poniéndole una inyección
- . El odontólogo coloca una sonda en una cavidad

La mayoría de las situaciones tiene una asociación directa con un tratamiento físico inmediato (extracción, perforación e inyección). Otros están relacionados con el futuro, anticipando daño (dientes malos, observación de la aguja). Los siguientes elementos categorizados ("el odontólogo ríe cuando mira en su boca") estaban asociados con la auto-estima y fueron categorizados de forma diferente por los dos grupos (rango del orden de 7 en el

grupo con miedo bajo y 10 en el grupo con miedo alto).

Berggren y Meynert (1984) informaron de similares hallazgos entre pacientes en una clínica especializada en miedo dental, las situaciones más inductoras de miedo fueron la velocidad lenta y fuerte perforando, la preparación de anestesia, la extracción de dientes, recibir anestesia, y esperar en el sillón dental, todas ellas asociadas con la anticipación y el tratamiento físico directo.

Kleinknecht, Klepac y Alexander (1973) comprobaron que el sólo hecho de ver una aguja de inyección u oír el ruido de la fresa o de la pulidora desencadenaban masivas sensaciones de miedo. Estos desencadenantes se vinculan casi siempre en última instancia al dolor, de este modo, el dolor sería una de las principales causas de miedo.

La actitud del odontólogo hacia el paciente también supone una de las causas de ansiedad, sobre todo la conducta verbal del dentista, algunos dentistas emplean la crítica hacia el paciente como una medida de motivación del paciente para que aumente sus prácticas de salud oral, esta táctica en muchos casos contribuye al miedo y a la evitación dental, como se observa en la investigación de Gale (1972) el tercer elemento situado en el rango de situaciones que provocan ansiedad, es una crítica del odontólogo sobre el estado de los dientes del paciente. Berggren y Meynert (1984) en sus estudios encontraron que los pacientes fóbicos indicaban como el "peor odontólogo" al que era crítico con el paciente, distante y no considerado.

Por último la indefensión y falta de control que tienen los pacientes sentados en el sillón dental contribuye también al aumento del miedo dental (Milgrom, Weinstein y Kleinknecht, 1985), el hecho de que la mayor parte de los procedimientos dentales exijan al paciente estar inmóvil, resulta desagradable para sujetos que han desarrollado previamente

miedo a situaciones de restricción o confinamiento (McNeil y Berryman, 1989).

Conclusiones

En la revisión realizada un buen número de estudios señalaron que el miedo a los trastornos dentales suele presentarse de forma aislada, pudiendo llegar a ser un serio problema de salud debido a su alta prevalencia.

Tomando el conjunto de los datos, está claro que miedo y ansiedad dental plantean un problema principal de salud comunitaria. Si consideramos que alrededor del 15% de la población adulta sufre de evitación parcial del cuidado dental (atendiendo al tratamiento sólo cuando se presenta la sintomatología) y otro 6% presentan una total evitación (no atendiendo al tratamiento dental en conjunto), no podemos pasar por alto este hecho. Estos pacientes necesitan atención especial y tratamiento para obtener un cuidado dental apropiado.

El problema del miedo, la ansiedad y la fobia dental sorprende no ya por la prevalencia del mismo, sumamente alta, sino por la poca atención que se le presta sobre todo en las campañas preventivas.

Dudney (1990) indica, los seis grandes retos de la Salud Pública Dental:

1. Revisar la formación del personal de salud buco-dental con el fin de ajustarse a los cambios y necesidades actuales de la población.
2. Mejorar la comunicación entre los profesionales y entre éstos y la sociedad (dirigentes, políticos, gestores, usuarios, etc.).
3. Elegir bien los objetivos. Identificar los procedimientos más efectivos para captar a los grupos con mayores necesidades y problemas de salud.
4. Aplicar la prevención. Se deben mantener y ampliar los programas preventivos que han demostrado su eficacia.

5. Evaluar y vigilar la tendencia de las enfermedades buco-dentales mediante la realización de encuestas y estudios epidemiológicos.
6. Cambiar la mentalidad de sentirse seguro y cómodo en el sillón (de la clínica o del despacho), como si nada estuviera pasando.

Como se refleja en el sexto punto hay una indicación clara sobre la importancia de la seguridad y comodidad del paciente en el sillón dental, lo que obviamente servirá como reductor de la ansiedad ante dicha situación. Revisando los antecedentes del miedo y la ansiedad dental, las experiencias traumáticas vividas en ese sillón son las causas más frecuentes para la aparición de estos trastornos, sin embargo se ha prestado poca atención a las medidas a tomar para paliar este problema. Por una parte, las campañas de prevención se dirigen en su casi totalidad a prevenir la caries y enfermedad periodontal, no valorando los

aspectos tales como los miedos dentales. Es lógico que en estas campañas se indiquen las conductas correctas en cuanto a higiene dental y alimentación que son necesarias para prevenir los trastornos buco-dentales, pero también consideramos que dada la importancia de las conductas de evitación provocadas por el miedo y la ansiedad y su repercusión en la salud buco-dental, se debería hacer algo concreto al respecto, al menos evaluarlo como factor de riesgo de salud-dental y tomar las medidas oportunas para disminuir este factor de riesgo. Por otra parte y como factor de riesgo de la ansiedad dental se ha visto que la actitud del dentista es un elemento clave, por lo que sería también necesario insistir en este punto con una mejor preparación de estos profesionales de la salud de cara a su actuación con el paciente en general y con los pacientes ansiosos en particular.

Referencias bibliográficas

- Ansorena, A. De Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en Psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-41.
- Bailey, P.M., Talbot, A. y Taylor, P.P. (1973). A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. *Journal of Dentistry for Children*, 40, 277-284.
- Berggren, U. y Carlsson, S.G. (1984). Psychometric measures of dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 12, 319-324.
- Berggren, U. y Meynert, G. (1984). Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *Journal of the American Dental Association*, 109, 247-251.
- Bermudez, J. y Luna, M.D. (1980). Ansiedad. En J.L. Fernández Trespalacios (Ed.) *Psicología General II*. Madrid: UNED.
- Bernstein, D.A. y Kleinknecht, R.A. (1982). Multiple approaches to the reduction of dental fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 287-292.
- Brown, D.F., Wright, F.A.C. y McMurray, N.E. (1986). Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 213-218.
- Cohen, M. (1985). Dental anxiety and DMFS status: association within a U.S. naval population versus differences between groups. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 13, 75-78.
- Davey, G.C.L. (1989). Dental phobias and anxieties: Evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 51-58.
- De Jongh, A., Muris, P., Ter Horst, G., Van Zuuren, F.J. y De Wit, C.A. (1994). Cognitive correlates of dental anxiety. *Journal of Dental Research*, 73, 561-566.
- Domoto, P.E., Weinstein, P., Melnick, S., Ohmura, M., Hori, M., Okazaki, Y., Shimamoto, T., Matsumura, S. y Shimoto, T. (1988). Results of a dental fear survey in Japan: Implications for dental public health in Asia. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 16, 199-201.
- Dudney, G.G. (1990). Reaction panel to group discussions: What should dental public health be? and how to get to the should?. *Journal of Public Health Dental*, 50, 142-143.
- Eli, L.L. (1992). *Oral Psychophysiology. Stress, Pain, and Behavior in Dental Care*. Boca Raton, Florida: CRC Press.

- Fernandez Parra, A. y Gil Roales-Nieto, J. (1991). Odontología conductual: Una revisión de las áreas y procedimientos de intervención. En J. G. Roales-Nieto y T. Ayllón (Eds.) *Medicina Conductual I. Intervenciones Conductuales en Problemas Médicos y de Salud*. Granada: Universidad de Granada.
- Fernandez Parra, A. y Gil Roales-Nieto, J. (1994). *Odontología Conductual*. Martínez Roca: Barcelona.
- Filewich, R.J., Jackson, E. y Shore, H. (1981). Effects of dental fear on efficiency of routine dental procedures. Comunicación presentada en el Encuentro de la "International Association of Dental Research" (Septiembre de 1981). Chicago.
- Freeman, R.E. (1985). Dental anxiety: A multifactorial etiology. *British Dental Journal*, 159, 406-408.
- Friedson, E. y Feldman, J. (1958). The public looks at dental care. *Journal of the American Dental Association*, 57, 325-335.
- Fuks, A.B., Steinbock, N. y Zadik, D. (1993). The influence of social and ethnic factors on dental care habits and dental anxiety: A study in Israel. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 3, 3-7.
- Gale, E.N. (1972). Fears of the dental situation. *Journal of Dental Research*, 51, 964-966.
- Ganong, W. F. (1985). *Review of Medical Psychology*. Los Altos, CA: Lange.
- Harrison, J.A., Carlsson, S.G. y Berggren, U. (1985). Research in clinical process and outcome methodology: psychophysiology, systematic desensitization and dental fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 201-209.
- Ingersoll, B.D. (1982). *Behavioral Aspects in Dentistry*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Johgh, A. y Stouthard, M.E.A. (1993). Anxiety about dental hygienist treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 91-95.
- Kleinknecht, R.A. y Bernstein, D.A. (1978). The assessment of dental fear. *Behavior Therapy*, 9, 626-634.
- Kleinknecht, R.A., Klepac, R.K. y Alexander, L.D. (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry. *Journal of the American Dental Association*, 86, 842-848.
- Klepac, R.K. (1986). Fear and avoidance of dental treatment in adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 8, 17-22.
- Klesges, R.C., Malott, J.M. y Uglund, M. (1984). The effects of graded exposure and parental modeling on the dental phobias of a four-year-old girl and her mother. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 161-164.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.M. Shilen (Ed.) *Research in Psychotherapy*, Vol. III. Washington: American Psychological Association.
- Lautch, H. (1971). Dental phobia. *British Journal of Psychiatry*, 119, 151-158.
- Liddell, A. y May, B. (1984). Some characteristics of regular and irregular attenders for dental check-ups. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 19-26.
- Liddell, A. y Murray, P. (1989). Age and sex differences in children's reports of dental anxiety and self-efficacy relating to dental visits. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 21, 270-279.
- Locker, D. y Liddell, A. (1991). Correlates of dental anxiety among older adults. *Journal of Dental Research*, 70, 198-203.
- Locker, D. y Liddell, A. (1992). Clinical correlates of dental anxiety among older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 20, 372-375.
- Mayer, R. (1994). Control del miedo y del dolor en el tratamiento estomatológico en la infancia mediante audioanalgesia. *Quintessence*, 7, 188-191.
- McNeil, D.W. y Berryman, M.L. (1989). Components of dental fear in adults?. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 233-236.
- Miguel Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y J.L. Pinillos (Eds.) *Tratado de Psicología General. Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Milen, A. (1987). Role of social class in caries occurrence in primary teeth. *International Journal of Epidemiology*, 16, 252-256.
- Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S. y Weinstein, P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major U.S. city. *Journal of the American Dental Association*, 116, 641-647.
- Milgrom, P., Weinstein, P. y Kleinknecht, R. (1985). *Treating Fearful Dental Patients: A Patient Management Handbook*. Reston, Va: Reston Publishing Co.
- O'Shea, R.M., Corah, N.L. y Ayer, W.A. (1984). Sources of dentists' stress. *Journal of the American Dental Association*, 109, 48-51.
- Öst, L. y Hugdahl, K. (1985). Acquisition of blood and dental phobia and anxiety in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 27-34.
- Rodolfa, E.R., Kraft, W. y Reilly, E.R. (1990). Etiology and treatment of dental anxiety and phobia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 22-28.
- Rodriguez, G., Martinez, M.A. y Caballero, J. (1989). Reacciones de los pacientes a la experiencia odontológica. *Boletín Informativo de la V Región*, 3, 47-53.
- Scott, D.S. y Hirschman, R. (1982). Psychological aspects of dental anxiety in adults. *Journal of American Dental Association*, 104, 27-31.
- Thrash, W.J., Russel-Duggan, J. y Mizes, J.S. (1984). The origin and prevention of dental fears. *Clinical Preventive Dentistry*, 6, 28-32.

- Tuutti, H. y Lahti, S. (1987). Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents. *Journal of Pedodontics*, 11, 146-150.
- Winer, G.A. (1982). A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Development*, 53, 1111-1133.
- Woolgrove, J., Cumberbatch, G. y Gelbier, S. (1987). Understanding dental attendance behavior. *Community Dent Health*, 4, 215-222.