

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

M
H343
2006
e.s

**“Efecto de intervenciones psicológicas sobre los niveles de
ansiedad del paciente frente a la atención dental.”**

Paola Alejandra Harwardt Montalva

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA

TUTOR PRINCIPAL:
Prof. Dr. Gonzalo Rojas

Tutor Asociado:
Ps. André Sassenfeld

Santiago – Chile
2006

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
BIBLIOTECA CENTRAL
AVDA. SANTA MARIA 571

7668

*A mis padres,
a Christian y
mi hijo.
Los quiero mucho.*

AGRADECIMIENTOS

- Al Prof. Dr Gonzalo Rojas A. por su paciencia, apoyo y disposición para resolver dudas y entrega de conocimientos.
- Al Prof. Dr Francisco Campos S. por el apoyo durante todos estos años y su fe en mi.
- Al departamento de Operatoria de la Facultad de Odontología de la Universidad por permitirme el desarrollo de la parte experimental de esta tesis.
- A la asignatura de Ciencias del Comportamiento por permitirme el desarrollo de esta tesis.
- A mis papás por apoyarme siempre en todo lo que he emprendido.
- A mis hermanos por ser siempre un apoyo para mi.
- A Christian por su permanente amor, apoyo y comprensión.
- A Paulina Garriga M. por su incondicional amistad todos estos años.

INDICE

	Pág.
1.INTRODUCCIÓN.....	1
2.MARCO TEÓRICO.....	5
2.1Ansiedad, Miedo y Fobias.....	5
2.1.1 Definición y Características Clínicas.....	5
2.2 Terapéuticas Psicológicas utilizadas en Ansiedad General y Fobias.....	19
2.2.1 Terapias de Conducta.....	20
2.2.2 Terapias Cognitivas.....	21
2.2.3 Técnicas de Relajación.....	23
2.3 Ansiedad en Odontología.....	26
2.3.1 Definición y Características Clínicas.....	26
2.3.2 Explicaciones de la adquisición del Miedo Dental en Odontología.....	30
2.3.3 Relaciones y factores asociados a la Ansiedad Dental.....	36
2.3.4 Evaluación y Tratamiento de la Ansiedad Dental.....	46
3.HIPÓTESIS.....	56
4.OBJETIVOS.....	57
4.1 Objetivo General.....	57
4.2 Objetivos Específicos.....	57
5.MATERIALES Y MÉTODOS.....	58
6.RESULTADOS.....	68
7.DISCUSIÓN.....	75
8.CONCLUSIONES.....	85
9.SUGERENCIAS.....	86
10.RESUMEN.....	88
11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
12.ANEXOS.....	98

1. INTRODUCCIÓN

Un tratamiento odontológico es una situación que genera ansiedad en la mayoría de las personas que deben enfrentarse a él, llegando incluso al extremo de no acudir a la consulta dental. ⁽¹⁾

Es sorprendente constatar el hecho que la atención dental motive la aparición de miedo y ansiedad en forma generalizada. Aún asumiendo que los procedimientos utilizados en el tratamiento odontológico motivarán mecanismos de defensa por parte del paciente, la respuesta ante esta situación, muchas veces va más allá de los límites razonables de una situación de causa - efecto. ⁽²⁾

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma de hacer lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. ⁽³⁾

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar e interfiere notablemente en las

actividades sociales, laborales o intelectuales, en estos casos estamos frente a un trastorno por ansiedad. ⁽³⁾ ⁽⁴⁾

Numerosos estudios recientes han sugerido que la atención dental genera mayores niveles de ansiedad que cualquier otro tipo de atención profesional, siendo un problema universal que afecta a grandes proporciones de diversas poblaciones. ⁽⁵⁾

La ansiedad dental se podría entender como una respuesta psicológica y fisiológica exagerada de un individuo, causada por la presencia o anticipación de un objeto o una situación específica relacionada a la atención dental y que provoca sentimientos de tensión y angustia.

Este estado de ansiedad puede prolongarse por meses antes de iniciarse el tratamiento dental y puede estar impidiendo al paciente recurrir al odontólogo hasta que le sea absolutamente necesario. ⁽⁶⁾

Así mismo durante el tratamiento, la ansiedad evita que éste coopere plenamente, lo que trae como resultado pérdida de tiempo para el profesional, dificultad innecesaria en los procedimientos realizados, resultados insatisfactorios y por lo tanto, consecuencias negativas en la salud oral del paciente. ⁽⁷⁾

Se han recomendado diversos métodos para disminuir el estrés y ansiedad, entre ellos se encuentran, los de relajación, percepción de control y distracción.

(8) (9)

Las técnicas de relajación se basan en el principio de que es imposible estar relajado y estresado a la vez. (8)

La técnica de distracción desvía la atención del paciente del procedimiento dental, logrando así una relajación. (9)

El método de percepción de control ayuda a tranquilizar al paciente, ya que le permite sentir más control sobre lo que está sucediendo a su alrededor que si no lo tuviera. (10) (11) Se ha descrito además que la relajación ayuda a disminuir el dolor (12), sin embargo, existe escasa investigación para comprobar la efectividad de esto.

El dualismo psicofísico plantea la independencia y por lo tanto la separación entre los fenómenos psíquicos y físicos o corporales. De aquí surge que el interés por la cavidad oral sea de distinta índole para odontólogos y psiquiatras. El dentista por un lado está interesado en devolver y mantener la salud orgánica de la cavidad oral, el psiquiatra por otra parte se interesa por las experiencias psicológicas importantes en el desarrollo de la personalidad que implica la

funcionalidad de la cavidad oral. Es por lo tanto necesario disponer de un enfoque más integrador respecto a la función de la boca en la persona, esto significa conocer tanto sus connotaciones en la esfera del desarrollo emocional como en el desarrollo biológico. ⁽²⁾

En el presente trabajo experimental se evaluará la efectividad de dos intervenciones psicológicas sobre la disminución de la ansiedad.

2. MARCO TEORICO

2.1 Ansiedad, Miedo y Fobias.

2.1.1 Definición y Características Clínicas.

Entre los muchos factores psicológicos que forman parte de la personalidad de un individuo, los sentimientos de miedo y ansiedad, cuyo origen se encuentra en épocas muy remotas, aparecen primariamente como respuesta a la necesidad de contar con mecanismos de defensa ante las agresiones del medio. ⁽²⁾

Los términos de *ansiedad* y *miedo* tienen significados muy similares, ya que ambos están relacionados a la percepción de peligro, debido a esto con frecuencia son utilizados como si fueran equivalentes. ⁽¹³⁾

Para poder diferenciarlos es necesario tener en cuenta lo siguiente:

1. El motivo del miedo es fácil de detectar. Por ejemplo; algunas personas tienen miedo a las alturas o hablar en público. La causa de la ansiedad a menudo no está clara. Es posible que los individuos se sientan ansiosos sin saber porqué.

2. La intensidad del miedo es proporcional a la magnitud del peligro. Muchas personas experimentan mucho miedo si se paran a la orilla de un acantilado y relativamente poco cuando se suben a una escalera. Se piensa que la intensidad de la ansiedad es mayor que el peligro objetivo (si es que se conoce). Por ejemplo; la ansiedad que se siente por quedarse solo en una casa en la noche excede por mucho los riesgos reales. ⁽¹³⁾

3. El miedo es un temor específico, concreto, en cambio la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago e inconcreto. ⁽¹⁴⁾

2.1.1.1 Miedo

El miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo frente a un peligro real que amenaza y viene del exterior, generando inquietud, desasosiego y alarma. ⁽¹⁴⁾

El diccionario de la lengua española (Editorial Espasa-Calpe S.A. 2005, Madrid), lo define como: “Una sensación perturbadora de angustia y alerta por la presencia de un riesgo o daño real o imaginario”.

La psiquiatría moderna ha demostrado que la motivación del paciente y la conducta no están determinados por el sentido común o por el pensamiento racional, sino por el inconsciente.

Tenemos así, que el modelo de comportamiento de un individuo está regido por su herencia física y mental, abarcando esta última todas las experiencias de su vida pasada y a medida que se desarrolla, por el condicionamiento que recibe al estar en contacto con el miedo. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos, no puede evitarse. El comportamiento consecuencia del miedo sí, se puede controlar y desarrollar de manera que el individuo crezca y llegue a tener una personalidad adecuada para la sociedad en la cual se encuentra. ⁽²⁾

Se ha mencionado al miedo como un elemento que rige la conducta. Esta es una de las primeras emociones que se experimentan luego del nacimiento. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que le provoca miedo; a medida que va creciendo y aumenta su capacidad mental toma conciencia de estos estímulos y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas de miedo por la huida, cuando no puede resolver el problema de otra manera. Si se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo. ⁽²⁾

Tipos de miedo

La mayoría de los temores evidentes han sido adquiridos *objetiva* o *subjetivamente*.

Temores Objetivos:

Los temores objetivos son producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no por aprendizaje a través de los padres; es decir, no son transmitidos de padres a hijos por medio de información desagradable o negativa hacia una situación en particular. Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Los temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas, por ejemplo, un niño que ha sufrido dolores infringidos por personas con uniformes blancos, pueden desarrollar un miedo intenso a la apariencia de los dentistas. ⁽²⁾

Temores Subjetivos:

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que lo rodean, sin que las hayan experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión, si a esto

se le agrega su inexperiencia, al oír una situación desagradable sufrida por sus padres, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en el inconsciente del niño y con la imaginación se volverá imponente. Algunas investigaciones han informado que en adultos con miedo a la atención dental esta se basa principalmente en lo que escucharon de sus padres. ^{(15) (16)}

Mientras más tiempo subsistan estos miedos subjetivos, podrán hacerse más intensos y no guardarán proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí, pueden ser irracionales en el sentido que la persona no sabe porqué está atemorizada. ⁽²⁾

2.1.1.2 Ansiedad.

La ansiedad es un sentimiento de peligro inminente que incluye tensión y angustia; a nivel fisiológico, activa el sistema nervioso simpático originando reacciones como : aumento de frecuencia cardiaca, elevación de presión arterial, sudoración, temblores, respiración acelerada y tensión muscular. ⁽¹³⁾

A pesar de ser desagradable, es normal y útil, ya que al ser una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permite al

organismo aumentar las posibilidades de supervivencia a través de conductas de lucha o de huida.

Por otro lado, la ansiedad muchas veces es desorganizadora, conduciendo a la inefectividad y confusión; por lo cual las personas que se enfrentan a una ansiedad demasiado severa o persistente tendrán problemas en su vida diaria.

(13)

Las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como externos, siendo un **estímulo externo** aquel ocurrido a la persona proveniente del mundo que la rodea y un **estímulo interno** aquel producido por pensamientos, ideas o imágenes que son percibidos por éste como amenaza.

Existen problemas en cuanto a la descripción clínica de los fenómenos ansiosos y por ende en su clasificación debido a tres factores principalmente:

1. Por la gran cantidad de sintomatología ansiosa en todo tipo de trastornos psiquiátricos. Además es una reacción normal o fisiológica en determinados períodos de la vida, ya que los síntomas ansiosos y fóbicos son casi universales en la infancia, desapareciendo progresivamente con la edad y reapareciendo en la adolescencia, en la que predomina la ansiedad de tipo social.

2. Aspectos culturales determinan marcadas diferencias en la mayoría de los estados de ansiedad.

3. Existen diferentes escuelas de pensamiento aparecidas en los últimos dos siglos, lo que provoca una falta de consenso tanto teórico como práctico en cuanto a la descripción y clasificación de los fenómenos ansiosos. ⁽¹⁴⁾

La ansiedad surge como una vivencia de amenaza a la integridad psicofísica del individuo. Es un estado emocional susceptible de emerger en múltiples situaciones (normales o patológicas) y que no es exclusivo de una persona neurótica, ya que cualquier individuo puede experimentarlo en determinadas circunstancias. En otras palabras, no existe una frontera precisa entre la ansiedad normal y la patológica. La capacidad del hombre de aprender de sus experiencias y prever la eventualidad de peligros o amenazas reales de las que no lo son, así como de predecir cómo y cuando se emitirán tales señales, impide una distinción precisa entre lo normal y lo patológico.

Un primer mecanismo generador de angustia se instaura a partir de presiones del medio externo. Es decir, los estímulos reales amenazantes pueden generar

en un sujeto normal reacciones ansiosas, cuya respuesta conductual puede ser variada, tal como huida, inhibición o enfrentamiento.⁽¹⁴⁾

Otra vía de acceso a la ansiedad es aquella que viene propiciada por una deficiente estructuración de los patrones del mundo externo. En general, se produce en individuos que en su infancia crean un mundo exterior incierto o amenazante, causado por conflictos producidos en la época de desarrollo, sobre todo en las relaciones parenterales y especialmente con el padre del mismo sexo que sirve como modelo de identificación. Problemas entre los padres, desacuerdo con el tipo de educación, padres excesivamente rígidos o autoritarios o, por el contrario, con conflictos personales, crean situaciones que producen una visión inadecuada de la realidad y del modo de afrontarla. En la vida adulta estos sujetos presentan por lo general problemas en la valoración del mundo y padecen con facilidad ansiedad.

Se ha visto además que sujetos con deficiencias físicas, sobre todo crónicas y de inicio infantil, como lo son la diabetes, cardiopatías, parálisis, entre otros, adquiere una pobre imagen de sí mismo y una visión amenazante del mundo externo, con la consiguiente repercusión en el plano afectivo.

En definitiva, la ansiedad es un estado emocional complejo, que surge inespecíficamente cuando el ser humano ve amenazada su integridad, ya sea

física o síquica. En ocasiones es difícil discernir cuándo nos enfrentamos a un paciente con ansiedad normal (biológicamente útil) o patológica (biológicamente inútil y desadaptativa).

El criterio sirve en estos casos para diferenciarlas, ya que la ansiedad normal se describe como proporcional en intensidad y duración al estímulo que la desencadena y no afecta al rendimiento; en otras palabras, es cualitativa y cuantitativamente proporcional al estímulo, condiciones que no posee la patológica. Sin embargo, las fronteras nítidas no siempre son fáciles de establecer, ya que la proporcionalidad de la respuesta emocional es juzgada por otro ser humano cargado de su propia subjetividad, con su particular escala de valores y preparación, a partir del cual emite un juicio que en ocasiones sentencia lo normal de lo anormal. ⁽¹⁴⁾

Ansiedad normal o no patológica:

Es aquella respuesta fisiológica y conductual del individuo frente a estímulos considerados peligrosos que tienen por objeto protegerlo. Se considera normal cuando los episodios son poco frecuentes, de intensidad leve o media y de duración limitada. Se observa en el sujeto una reacción esperable y común que no interfiere con su vida cotidiana.

Por el contrario si los episodios son repetidos, de alta intensidad con una duración prolongada observándose una reacción desproporcionada al estímulo que interfiere severamente con su vida cotidiana, nos encontraremos frente a los siguientes tipos de respuestas :

- Ansiedad patológica

Es aquella entidad caracterizada por la aparición repentina de miedo o terror asociada a sentimientos de catástrofe inminente, con una duración habitual de varios minutos, rara vez de horas.

Se deben presentar al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Síntomas somáticos:

1.1 *Cardiocirculatorios*: palpitaciones o taquicardia; dolor, opresión o malestar precordial, sensación de paro cardíaco.

1.2 *Respiratorios*: disnea (respiración entrecortada, dificultad para inspirar), sensación de ahogo.

1.3 *Parasimpáticos*: debilidad física o desfallecimiento, diaforesis, sialorrea, náuseas, diarrea, rinorrea, visión borrosa.

1.4 *Centrales*: sensación de sofocación o agobio, mareo, inestabilidad, oleadas de calor o escalofríos.

2. ***Síntomas psíquicos***

2.1 *Vivencias de extrañeza*. (desrealización)

2.1.1 De la propia experiencia subjetiva: vivencias de pánico, sensación de muerte inminente, pérdida de control sobre sí mismo.

2.1.2 Del propio cuerpo: sensación de torpeza física, sensación de estar flotando o como si alguna parte del cuerpo no le pertenece.

2.1.3 Del entorno: el entorno parece irreal, extraño, transformado.

Estos síntomas se desarrollan en forma brusca y alcanzan su máxima intensidad a los diez minutos de comenzada la crisis, diferenciándose así de la crisis de ansiedad fóbica.

Se debe tener en cuenta que una superposición de síntomas no determina una crisis, sino que debe existir primero una desagradable vivencia subjetiva de angustia, temor o pánico de instauración brusca y espontánea alcanzando una máxima intensidad de forma rápida.⁽¹⁴⁾

2.1.1.3 Trastornos fóbicos.

Una fobia es un miedo excesivo e injustificado hacia un objeto o situación específica, manejado a través de la evitación insistente. Los sujetos fóbicos saben que su temor es desproporcionado en relación a la amenaza que está implicada, pero se sienten incapaces de vencer estos sentimientos. Se asume que las fobias son desórdenes sólo cuando son destructoras e incapacitan. ⁽¹³⁾

Se destacan cuatro características que permiten definir un temor concreto como fobia:

1. El temor es desproporcionado a la situación que lo crea.
2. No puede ser explicado o razonado.
3. Se encuentra fuera del control voluntario.
4. Conduce a la evitación de la situación u objeto temido.

Las fobias se dividen en tres categorías. Los individuos con **fobias sociales** temen a las circunstancias donde los demás puedan analizarlos; por ejemplo, hablar en público o comer en un restaurante. Las **agorafobias** incluyen el temor de estar solo o en lugares públicos con muchas personas, calles muy transitadas, elevadores o autobuses. A menudo, la explicación racional al temor, que se alude, implica dos ideas: “escapar podría ser difícil” y “podiera no

haber auxilio en una situación de incapacidad repentina". Finalmente, las **fobias simples** son las más difundidas entre la población general, giran en torno a objetos o animales como perros, serpientes, ratones, alturas o lugares pequeños y cerrados. ⁽¹³⁾

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV ⁽¹⁷⁾ ,el siguiente criterio se aplica a la fobia dental:

- La presencia de miedo excesivo desproporcionado y persistente debido la presencia o anticipación de un objeto o una situación específica (exposición a un equipo dental o el propio tratamiento dental).
- Al exponerse a estímulos fóbicos (equipo dental o el propio tratamiento) causa en la mayoría de los casos gran ansiedad que podría producir un ataque de pánico.
- El paciente es consciente de su miedo excesivo al tratamiento dental.
- La situación fóbica se evita o es experimentada a través de una gran incomodidad.
- La conducta de prevención, anticipación o incomodidad de la situación temerosa interfieren considerablemente con la vida normal del paciente.

La Asociación Americana de Psiquiatría (1994), define a la **fobia dental** como “ un marcado y persistente miedo circunscrito a situaciones u objetos” y debiera por lo tanto estar incluida en la categoría de fobias específicas. ⁽¹⁸⁾

Marks(1969)⁽¹⁸⁾, la define como el miedo a encontrarse en lugares o situaciones en las que podría ser difícil escapar. El cuadro clínico se caracteriza por fobias variadas, con conductas de evitación. Es frecuente que estos individuos requieran la presencia de un acompañante para realizar algunas tareas o desplazamientos, con lo cual consiguen disminuir la ansiedad por sentirse así menos indefensos. Dentro de las fobias concretas más comunes se encuentran: a las multitudes, hablar en público, ascensores, y a los *dentistas*.⁽¹⁸⁾

Estudios han publicado que aproximadamente el 5% de la población general posee fobia dental. ^{(1) (19) (20) (21)}

Cuando la ansiedad es intensa el paciente presenta miedo y evita las situaciones que le producen esto, mientras más se evite la situación, mayor será la fobia. ⁽²²⁾

2.2 Terapéuticas Sicológicas utilizadas en Ansiedad General y Fobias.

Sheehan (1982), citado por Rojas ⁽³⁾, propuso una clasificación de los trastornos de ansiedad que permite adoptar una estrategia terapéutica adecuada. Propone dos tipos de trastornos de ansiedad: *ansiedad endógena* y *ansiedad exógena*. Se diagnostica una **ansiedad endógena** si aparecen ataques de angustia inesperados, los que pueden ser leves o graves si la respuesta es la huida, que en el caso de cronificarse, favorecerá la aparición de fobias y conductas de evitación.

La **ansiedad exógena** es, en cambio, la ansiedad normal. Sólo aparece como respuesta clara a un determinado estímulo o situación y los síntomas no surgen en otras circunstancias.

El tratamiento farmacológico indicado en los casos de ansiedad endógenas a menudo insuficiente para eliminar conductas fóbicas ⁽²³⁾, sobre todo cuando dicha ansiedad es crónica, causando gran cantidad de fobias y conductas de evitación que limitan la vida del sujeto. Estos pacientes requieren un tipo de sicoterapia cuyo objetivo es conseguir la exposición a los estímulos fóbicos. ⁽²⁴⁾

Así se estimula al paciente a hacer frente de modo progresivo a situaciones fóbicas, una vez que los ataques no aparecen frente a estas situaciones, la fobia se va extinguiendo.

Para tratar una ansiedad exógena o ansiedad normal, no es necesaria la medicación, ya que puede ser tratada con terapia psicológica, conductual y/o cognitiva y de relajación. La terapia cognitiva busca reducir los miedos a través de la modificación del pensamiento, animando al paciente a exponerse a situaciones por él temidas. ^{(25) (26)}

2.2.1 Terapias de Conducta

La característica común de estas técnicas es la exposición y confrontación de los pacientes a sus temores. Pueden incorporarse en el tratamiento instrucciones para que el paciente se exponga él solo entre las sesiones de terapia y evalúe la disminución de la ansiedad a lo largo del tratamiento. ⁽²⁷⁾ Dentro de ellas podemos encontrar:

a) Técnicas imaginativas

Se basa en una técnica en la que se expone a la imaginación del sujeto los estímulos y situaciones fóbicas mientras éste permanece en estado de relajación. Las sesiones no se prolongan más allá de 30 minutos. Se da por

finalizada la técnica cuando el paciente puede visualizar mentalmente la situación más ansiógena sin que aparezca ninguna reacción de ansiedad.

b) Exposición in vivo

Esta técnica consiste en que el sujeto afronte estímulos fóbicos en la vida real, encontrándose para esto en un estado de relajación. La presencia de el tratante durante las exposiciones tiene como objetivos:

a) dar instrucciones de relajación cuando el paciente sienta ansiedad

b) servir como modelo de conducta no ansiosa durante la exposición

c) reforzar positivamente cada paso superado.

2.2.2 Terapias Cognitivas

Las técnicas cognitivas intentan modificar sistemas de creencias e ideas irracionales por medio de la comunicación verbal en la terapia. Se ayuda a los pacientes a identificar los pensamientos irracionales asociados a las situaciones de ansiedad y ayudar a pensar en la situación de forma más racional, ya que

piensan en la posibilidad de peligros frente a estímulos neutros y situaciones en las que hay un mínimo riesgo. Dentro de estas terapias se encuentran:

a) Terapia cognitiva de Beck

Consiste en trabajar con el individuo para hacerle ver las ideas irracionales y creencias erróneas de sus pensamientos. Esto se realiza mediante la discusión con él.

b) Terapia cognitivo- conductual de Meichenbaum

Esta terapia ayuda a afrontar la ansiedad mediante los siguientes pasos:

- Recolección de datos que ayuden a comprender el problema a través de la entrevista.
- Ayudar al paciente a evaluar, analizar e interpretar sus problemas.
- Entrenar al paciente para lograr su relajación.
- Ayudar a responder de mejor manera al paciente frente a situaciones generadoras de ansiedad.
- Exposición gradual a las situaciones generadoras de ansiedad en vivo.⁽²⁷⁾

2.2.3 Técnicas de Relajación

Las técnicas de relajación son un método que permite dominar la ansiedad. Su objetivo es proporcionar al individuo el conocimiento de su organismo y un control voluntario sobre su estado para poder así disminuir la tensión muscular y por consiguiente la sensación de ansiedad. Esto ocurre porque en situaciones normales, la vivencia corporal es silenciosa, es decir, del cuerpo no percibimos nada, de allí que se conoce poco de él. La relajación ayuda a ser consciente de percepciones corporales agradables y reconfortantes.

Existen muchos métodos de relajación en la actualidad, aunque los más empleados son: la relajación progresiva de Jackobson, relajación dinámica y yoga. Otras técnicas, como la hipnosis y la sugestión, han sido consideradas útiles para relajarse, producir sugestiones que modifiquen algún aspecto de la conducta o para descubrir hechos traumáticos pasados que, a pesar de estar olvidados de modo consciente, continúan ejerciendo influencia en el presente.⁽²⁷⁾

a) Relajación progresiva de Jackobson

Según Jackobson(1938), citado por De la Gándara ⁽²⁷⁾, la ansiedad y la relajación son dos fenómenos exclusivos e interdependientes. La ansiedad va

acompañada de tensión muscular y a la inversa, cuando los músculos están distendidos, la ansiedad no aparece.

El método Jacobson se basa en la percepción mental del estado de contracción y distensión muscular y en el control mental de la actividad muscular para llegar a percibir la ausencia de la tensión. Es una técnica lenta y metódica que comprende sesiones de media hora de ejercicios referidos durante 15 días a un grupo muscular y luego a otro. Cada ejercicio consiste en realizar varios movimientos de contracción voluntaria hasta llegar a un nivel elevado de tensión. Una vez percibida la tensión, el paciente relaja lentamente sus músculos.

b) Entrenamiento autógeno de Schulz

El método de Schulz (1969) se inspira en técnicas de hipnosis. Consiste en obtener progresivamente una relajación de los músculos y llegar a un estado de desconexión a partir de la autosugestión a la relajación. Es un programa sistemático para enseñar al cuerpo y a la mente a responder de una forma rápida y efectiva a las órdenes verbales de relajación.

c) Técnica inspirada en filosofía oriental: Yoga

El yoga es el método más antiguo y popular de relajación. Consiste en un conjunto de posturas combinadas con ejercicios de respiración abdominal.

d) Hipnosis y sugestión

Según De la Gándara ⁽²⁷⁾, en 1985, gracias al libro de Bernhein, *Terapéutica de la sugestión*, la hipnosis fue admitida como tratamiento médico. La hipnosis es uno de los métodos más rápidos y sencillos para inducir una relajación, disminuyendo la conciencia a un nivel que permite:

1. Producir anestesia en cualquier parte del cuerpo.
2. Inducir sugestiones posthipnóticas para mejorar sintomatología dolorosa o mejorar el sueño.
3. Regresión parcial en el tiempo: revivir situaciones que debido a su alto contenido emocional fueron olvidadas.
4. Concentrarse y memorizar.
5. Desvirtuar el sentido del tiempo. ⁽²⁷⁾

2.3 Ansiedad en Odontología

2.3.1 Definición y Características Clínicas

2.3.1.1 Ansiedad en relación a la Atención Dental

Algunos estudios sostienen que entre un 5 y un 20 por ciento de la población tiene miedo a ir al dentista y que ese miedo en muchas personas es tan intenso que les impide llegar a la consulta. ^{(1) (19) (20) (21) (28)}

La ansiedad frente a un tratamiento dental es el resultado de una mezcla de emociones contradictorias, por un lado el paciente tiene resentimiento frente a sus tejidos orales dañados lo que le inspira hostilidad y por otro lado siente la obligación de tratarse.

El paciente al tener la sensación de que una parte de su organismo está deteriorado siente perturbada su integridad.⁽²⁾ Se produce entonces un retraimiento general que puede ser momentáneo y manifestarse sólo en instantes en que está siendo tratado o bien producirse a intervalos a lo largo del procedimiento. Siente un profundo temor a toda interferencia extraña en los tejidos de su boca, algunos de ellos pueden generar ideas fóbicas, temen infectarse a través de instrumentales, exigen al profesional un frecuente lavado de manos, controlan la limpieza de todo cuanto los rodea. Temen además ser

infectados por bacterias provenientes de pacientes anteriores. Esto los hace ser individuos de muy difícil manejo. ⁽²⁹⁾

El estado de ansiedad puede prolongarse por meses antes de iniciarse el tratamiento dental y puede estar impidiendo al paciente recurrir al dentista, o bien irrumpir sin ningún aviso previo en el momento de visitar al profesional. ⁽³⁰⁾

El hecho de evitar o retrasar la atención puede exacerbar una condición dental, pudiendo resultar en un problema serio de salud. ^{(31) (32)}

Esta reacción de ansiedad que se manifiesta en el paciente odontológico es una configuración emocional que el dentista en cuanto la detecte, debe destruir.

2.3.1.2 Ansiedad y su relación con la Integridad del Sistema Estomatognático

Existen ansiedades que se originan por patologías orales y lesiones que desfiguran el aspecto externo del paciente en este grupo pueden incluirse, entre otros, pacientes con labio leporino, fisura palatina o anodoncia.

El estigma social, con los sentimientos de inseguridad que provoca, impide una sensación de seguridad en el individuo. En los casos donde es posible corregir

estos defectos en forma temprana, las perturbaciones emocionales futuras que provocarán ansiedad pueden ser evitadas o disminuidas. ⁽³³⁾

Por otro lado, la ansiedad puede producir hábitos o formas de actividad que mediante su constante repetición provocan afecciones al sistema estomatognático, como por ejemplo, succión del pulgar u otros dedos, bruxismo, excesiva masticación de chicles, succión de caramelos o tabaquismo.

1. Succión del pulgar u otros dedos.

El hábito de succión del pulgar constituye una necesidad instintiva y a la vez provoca gran placer orgánico. Si la succión se prolonga más allá de los cuatro años ello expresa habitualmente un déficit de calor emocional y atención materna en la primera época de alimentación. Todo intento de estorbar ese hábito provoca una atención secundaria tan poderosa a las fuerzas restrictivas que lo menos que resulta es un niño que sobre valora la succión y se aferra al hábito con una gran fuerza. Para un niño en tal condición el pulgar representa un medio de refugiarse en un mundo de fantasía y un fugarse de las realidades displicentes que de un modo u otro han estado perturbando su bienestar.

2) *Bruxismo*. El origen de esta oclusión traumática tiene su origen en la primera infancia cuando se ha reprimido una hostilidad y agresividad extrema, cosa habitual en familias con restricciones morales. Cuando este hábito se prolonga por años puede verse comprometida toda la dentadura. No es conveniente iniciar una gran rehabilitación si antes no se eliminan los factores básicos productores de este hábito.

4) *Excesiva masticación de caramelos o chicles*.

5) *Tabaquismo*.

Todos los hábitos mencionados anteriormente constituyen una expresión persistente de necesidad de gratificación oral.

La mayor parte de los mismos tienen su origen en dificultades emocionales procedentes de edades anteriores. Estos hábitos representan formas indirectas de satisfacción de necesidades emocionales relacionados con rechazos de parte de la madre, en diferentes formas, que tuvieron lugar en la niñez y en la más temprana infancia. Cuando los hábitos son de carácter intermitente, es decir, aparecen y desaparecen en la historia del paciente en forma cíclica, el origen de la exacerbación debe buscarse en una situación conflictiva en que se halla implicado un rechazo o una humillación. ⁽³³⁾

3.3.1 Explicaciones de la adquisición del miedo dental en Odontología

No existe una única ni definitoria respuesta para explicar este fenómeno, ya que en la literatura sobre adquisición de ansiedad y fobia dental, se describen diversas maneras.

Una de ellas es a través de una **vía directa**, la cual es debida a experiencias previas con el odontólogo que resulta en una situación traumática para el paciente. Los trabajos de Mercado y Corah, ⁽⁵⁾ ⁽²⁵⁾ señalan que los sujetos evaluados declararon haber recibido un tratamiento doloroso o inapropiado, siendo estos los factores que más contribuyeron al desarrollo de su ansiedad frente al tratamiento odontológico.

Los trabajos de Molin y Seeman, citados en Scott y Hirschman ⁽³⁴⁾ señalaron la posibilidad de que la alta ansiedad tenga que ver con una mayor sensibilidad por parte de los pacientes a trabajos dolorosos. Así, una de las hipótesis que se maneja es que estos pacientes son hipersensibles al dolor en general.

La otra vía que se discute es la **vía indirecta**, a través de información negativa que se transmite de padres a hijos como también por aprendizaje social o por

medio de interacciones con otras personas que relatan historias de horror respecto al tratamiento dental. ⁽¹⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Al respecto Gale ⁽³⁵⁾ diseñó una escala que le permitió evaluar situaciones relacionadas a la atención dental que causaban más miedo a los pacientes. Al hacer un ranking de las aseveraciones que recibieron más puntaje, resultaron como las más de temer: la extracción dentaria, el fresado dental y la mala opinión de los dentistas respecto a las condiciones de salud oral del paciente. Gale señala que se debe tener muy en cuenta la actitud del dentista hacia el paciente, ya que condiciona mucho la actitud de éste hacia el cuidado de su salud oral y hacia el dentista en particular.

Es necesario señalar que otra de las razones que se esgrimen como fuente de ansiedad dental es la que se relaciona con el *significado psicológico de la zona oral*.

Desde la infancia, la boca es asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas del recién nacido y sus primeras gratificaciones emocionales. En el momento del nacimiento, si el desarrollo neurológico es normal, la boca está preparada para recibir numerosas sensaciones y estímulos, además de producir movimientos musculares coordinados para el reflejo de succión.

Durante los primeros meses de vida, que pueden abarcar el primer trimestre hasta el primer semestre, la succión es la actividad más gratificante. Su primera sensación de seguridad, placer, satisfacción y éxito, está íntimamente ligada a su actividad oral. ⁽³³⁾

Entre las funciones que cumple la cavidad oral en el desarrollo del individuo podemos mencionar:

- 1) Nutritiva; que incluye el gustar y masticar.
- 2) Emocional; que comprende la sonrisa, el llanto y el beso.
- 3) Intelectual; con la estructuración de la palabra.

Mediante la boca el bebé aprende a constatar que el pecho es una cosa separada de él mismo y puede expresar el placer que le produce su proximidad y la frustración que le causa su ausencia.

Mediante la boca puede establecer su identidad como individuo e iniciar su primera relación social, que es con la madre, además de estructurar roles de ingestión y expulsión que van aclarando su relación con el mundo externo. La boca puede inhalar aire, ingerir alimentos sólidos o líquidos, establecer forma de objetos, producir ruidos, saliva, tos, náuseas y expresar con todo ello, en un nivel físico, los sentimientos del bebé respecto del mundo exterior. La relación con la madre no es sólo la de satisfacer la necesidad de alimentos, sino también ayudarle a que se sienta seguro y comprenderlo como un ser humano

que es amado. Así, una madre cuyos sentimientos se encuentran perturbados, especialmente en relación al hijo, o que está constantemente apenada o enojada en los momentos en que le da el alimento, puede producir muy pronto dificultades en la alimentación del bebé. Un bebé rechazado por la madre, por ejemplo en el caso de alimentarlo de forma inadecuada, apresurada o descuidada, es un bebé cuyas necesidades de succión no se satisfacen y recurre pronto a una satisfacción indirecta mediante la succión del pulgar u otros dedos. ⁽³³⁾ Los individuos cuya satisfacción oral no ha sido suficiente, son personas en quienes la boca puede ser durante toda la vida una zona necesitada siempre de gratificación por medios indirectos; su zona oral ha quedado revestida de una carga emocional elevada. Son individuos que reflejan su inalcanzable insatisfacción lamentándose, quejándose, sintiendo náuseas y exhibiendo tics bucales y otros hábitos que reflejan sentimientos displacenteros. Serán individuos capaces de comunicarse mediante actitudes negativas y respuestas a través de la boca y que por su estructura de carácter pueden definirse como dependientes orales que han quedado fijados emocionalmente en la zona oral. Estas personas son en un nivel emocional exigentes, dominantes, o bien individuos que buscan apoyarse en los demás, dependientes y con rasgos de personalidad infantil.

Cuando la infancia ha quedado atrás y se aproxima la niñez, la mayor parte de las finalidades se centran alrededor de las costumbres socialmente aceptables, diseñadas y dictadas por los padres. La aprobación expresada por las figuras paternas, ante el cumplimiento de las demandas en cuanto a hábitos se convierte en el principal objetivo buscado por el niño en desarrollo.

Si la única respuesta expresada por los padres es de reprobación, el niño se siente inútil y puede contemplar sus hábitos como inmundos. De este modo puede, en busca de una salida y sin mucho esfuerzo, regresar a los placeres de la zona oral, volviendo a ser nuevamente un “bebé”. Este uso regresivo de la boca como medio de gratificación secundaria o sustitutiva a objeto de compensar su incapacidad de cumplir requisitos sociales exigidos por los padres, puede repetirse indefinidamente. En situaciones de frustración, esta regresión puede manifestarse en forma de sobrealimentación y obesidad, de alimentación deficiente y privaciones, de hábito exagerado de fumar, masticar chicles o caramelos en exceso.

En un paciente odontológico para el cual la boca tiene una importancia emocional como la que acabamos de nombrar, la idea de una caries, de alguna forma de patología oral o pensar en un tratamiento dental puede provocar pánico o ansiedad proporcional a la carga emocional con que ha investido esa zona. ⁽³⁶⁾

Se puede ver así que la boca, hablando desde un punto de vista psicológico, se haya vinculada ya sea directa o simbólicamente a los principales instintos y pasiones humanas; a la auto conservación, al conocimiento, al amor, al odio y deseo de dañar.

Donde existen antecedentes de perturbaciones psicológicas, estos instintos normales pueden adoptar formas exageradas de expresión, las que a menudo conducen a afecciones dentales.

En el pasado los dentistas ignoraban cómo varios factores influían en el comportamiento de sus pacientes normales. Pensaban que solamente pacientes neuróticos demostraban conductas irracionales, o que algún problema en la conducta de éstos estaba influenciado por factores neuróticos ⁽¹⁾ Sin embargo, esto no es absolutamente verdadero, cada individuo está condicionado en su vida presente por factores irracionales y experiencias de su vida temprana. Una experiencia dental puede activar los sentimientos más primitivos y las motivaciones más irracionales en un paciente sobre lo que vivió en los primeros meses de vida.

Como se ha visto, la atención dental refiere directamente a esas experiencias de la niñez, hasta las sensaciones más tempranas concernientes a la boca. ⁽³⁴⁾

2.3.3 Relaciones y Factores asociados a la Ansiedad Dental

2.3.3.1 Relación Odontólogo-Paciente

La relación odontólogo- paciente, es vivida a menudo como una relación dominante-dominado, desarrollando así la impresión de omnipotencia.

El logro profesional se evalúa muchas veces, en función a la confianza y reconocimiento de los pacientes. Esto lleva al odontólogo a lograr sólo la satisfacción del paciente, invirtiendo para esto todo su tiempo y esfuerzo, si esto no sucede se frustra. Se encuentra además en una constante ambivalencia por parte del paciente entre el “agradar” o “no agradar”, lo que hace difícil y compleja la relación odontólogo- paciente.

Además a lo largo de la historia se ha proyectado una imagen negativa del odontólogo, asociándolo a una imagen insensible, agresiva y dominante la que ha ido cambiando lentamente hacia una imagen más positiva, pero aún no existe concordancia entre la manera como se ve el odontólogo y como lo ven los pacientes. ⁽²⁾

Todo paciente viene al dentista en un momento en que necesita ayuda para resolver un problema dental. Eligió al profesional posiblemente a causa de una

sugerencia hecha por algún conocido o porque supone que este profesional está mejor capacitado para resolver su caso. Pero en el momento que el paciente entra por el umbral de la consulta trae consigo su forma de reaccionar al tratamiento, al dolor en su boca y al dentista mismo, su miedo, angustia y actitud hacia la figura revestida de autoridad.

Al ser la boca una zona a la que la mayor parte de las personas asigna gran importancia, trae a veces como consecuencia el temor de todo manejo instrumental en la zona y a toda alteración de la misma; otras veces conduce a una interminable búsqueda del odontólogo apropiado. El paciente se acerca al dentista con sentimientos contradictorios, por un lado es la figura autoritaria que no solo entiende en lo referente a alteraciones tisulares, sino que puede remediarlo, pero por otro lado es visto con miedo a causa de la naturaleza misma del tratamiento. En razón de este conflicto, el paciente frente al dentista abriga sentimientos que son casi únicos en su género. ⁽³⁷⁾

En esos momentos el paciente solo se preocupa de si mismo y se vuelve hiperdependiente del dentista que lo trata. Este estado de dependencia, de ensimismamiento y de búsqueda de apoyo confiere al paciente un tipo infantil de personalidad. ⁽³³⁾

2.3.3.2 Factores relacionados al Paciente

Desde la infancia la cavidad oral es asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas del bebé y sus primeras gratificaciones emocionales. Por lo tanto cuando la satisfacción oral es insuficiente, genera individuos para quienes la boca puede ser toda la vida una zona necesitada y carente de gratificaciones, quedando revestida la cavidad oral con una elevada carga emocional. Estos individuos reflejarán esta insatisfacción en actitudes negativas, serán poco cooperadores lo que se traduce en relaciones pobres y conflictivas entre él y su odontólogo. ⁽³³⁾

A esto se le debe agregar la existencia de factores externos permanentes a la consulta dental, educacionales y del medio ambiente en el cual el niño se desarrolla que constantemente lo “amenazan” con el odontólogo, lo que ha motivado una actitud negativa en él.

Sin embargo, aunque no le agrade o le resulte angustiante, toda persona recurre al dentista en algún momento, las razones que lo llevan a consultar, cubren toda demanda racional, una necesidad de ser reconocido, de hablar de sí, una búsqueda inconsciente de proximidad corporal, una necesidad de seguridad. ⁽²⁾

La actitud frente a la atención dependerá de la personalidad del paciente y de los eventos pasados en su vida. Cualquiera que sea la necesidad de atención dental que requiera, ya trae implícita su forma de reaccionar. ⁽³⁶⁾

El dolor, es el síntoma más común por el cual, muchos pacientes manifiestan fobia a la práctica odontológica a pesar de los innumerables avances tecnológicos y progresos en anestesiología.

Además existe tensión en el paciente que puede ser producido por diversos motivos. El miedo ante lo desconocido siempre es fuente de tensión. Con mucha frecuencia el paciente que acude por primera vez a una consulta dental, experimenta muchas incógnitas referentes a su tratamiento surgen preguntas, tales como, ¿qué me va a hacer? ¿Cuántas molestias producirá el tratamiento? ¿Qué aspecto tendrá mi boca? ¿Qué complicaciones pueden surgir? ⁽²⁾

Otra fuente de tensión es el miedo a la humillación y el ridículo, aspectos mencionados muy a menudo por los pacientes y por los que no van al dentista. Muchas veces el odontólogo no percibe el nivel de vulnerabilidad emocional experimentado por los pacientes en la consulta, entonces, por falta de atención no responde a sus expectativas. Los sentimientos de vulnerabilidad están vinculados también con los sentimientos de pérdida de control y muchos

pacientes temen que esto pueda ocurrirles en las circunstancias de un tratamiento odontológico. ⁽²⁾

Por último, la causa más importante de tensión para el paciente, se refiere a la calidad del trato e interacciones personales, que ocurre en la consulta dental. Una fuente de tensión, referente a lo anterior descrito, es el desagrado a la espera a la que son sometidos, previo a la atención. El hecho de esperar es tomado como una falta de consideración hacia él, su tiempo y sus necesidades, también contribuye a aumentar el sentimiento de pérdida de control de la situación creada. El tiempo perdido en la espera es a menudo dedicado a albergar pensamientos que suscitan un estado de tensión, aumentando todavía más el nivel de ansiedad experimentada y quizá también la posibilidad de problemas de manejo para el dentista y sus asistentes durante el tratamiento.

Cada paciente reacciona de forma diferente ante todos estos factores y situaciones que de algún modo provocan miedo, angustia y ansiedad. Dentro de estas reacciones se encuentran las llamadas "Reacciones de antagonismo al tratamiento", que son respuestas psicológicas, culturales y orgánicas propias de cada personalidad de cada individuo.

Existen,

“Antagonismos de palabras”, en la cual se utilizan expresiones irónicas por parte del paciente hacia el dentista, como por ejemplo; “Odio a los dentistas.”

“Antagonismo de posición”, expresado por la ausencia crónica de cooperación en la acomodación del cuerpo en el sillón dental dificultando así la labor del profesional.

“Antagonismo muscular”, que se traduce en violentas contracciones de labios y lengua, los que tratan de desalojar de su posición los instrumentos utilizados por el odontólogo, entorpeciendo su trabajo y disminuyendo el campo visual. ⁽²³⁾

Considerando todos los aspectos hasta ahora mencionados, el odontólogo deberá reconocer que el tratamiento dental no le agrada a nadie. Toda su carrera profesional deberá lidiar con esta realidad. En cierto modo su labor representa un acto de agresión a la integridad física del paciente, a sus complejos y hábitos, a sus recursos económicos y hasta algunos de los conceptos que rigen su vida. ⁽³⁶⁾

En un intento por lograr superar esto, se deberá tener presente qué es lo que el paciente siente respecto a su boca cuando viene a la consulta buscando un tratamiento. Estos sentimientos se pueden resumir en lo siguiente:

1. El paciente siente un profundo temor a cualquier interferencia extraña en sus tejidos orales.
2. Tiene la sensación que una parte de su cuerpo se ha deteriorado o desintegrado.
3. Siente que su integridad ha sido perturbada.

Ya sea que tenga una o más de estas sensaciones su sentido de seguridad se habrá debilitado. ⁽³³⁾

Teniendo esto en cuenta, el dentista puede lograr mucho a favor propio y de sus pacientes.

2.3.3.3 Factores relacionados con el Odontólogo

Para crear una buena relación odontólogo- paciente es indispensable que el odontólogo trate oportunamente a los individuos que consultan.

Es deber del dentista aliviar los síntomas físico del sujeto, mejorar su eficiencia masticatoria, devolver estética, entre otros. Debe entregar al paciente instrucciones sobre el cuidado de su salud oral y procurar una positiva

satisfacción de contribuir a reestructurar los tejidos orales. De esta manera el paciente recibe un ímpetu emocional en el sentido de mejorar el estado de los tejidos y experimenta la sensación de bienestar que implica resolver una difícil situación personal. Estas diversas formas de tratar al paciente lo tranquilizan, le comunican una sensación de apoyo y de bienestar. Lo reeducan en cuanto a algunas de sus actitudes respecto a sí mismo y le ayuda con ello a resolver el estado en que se encontraba desde el comienzo. En algunos casos los pacientes adultos se sienten más tranquilos si se invita a otros miembros de la familia a estar presentes en la primera visita. Esta conducta abre una vía de reaceptación del paciente por parte de personas de su intimidad cuya estima tiene gran valor para él. ⁽³⁷⁾

La ocasión en que el odontólogo puede consolidar su relación con el paciente en la forma más eficaz es en el momento de proceder a la primera revisión de su boca. La aclaración de lo que se le realizará es cosa de rutina, nada excepcional, la explicación del objeto y la manera de usar cada uno de los instrumentos y de proceder a las diversas pruebas que se hacen durante la revisión y por otro lado el ofrecerle un rápido diagnóstico después de examinarlo sirven para aliviar la ansiedad excesiva. El uso específico de una terminología no profesional, así como el uso frecuente de palabras que pueden tranquilizarlo, ayudan también a disminuir la tensión.

El método más eficaz para enfrentar los temores y ansiedades consiste en una apropiada aplicación del procedimiento de la “**entrevista guiada**”.⁽³⁶⁾

La entrevista guiada en odontología se define como una conversación planeada desarrollada entre el odontólogo y el paciente. Toda situación en que una persona visita a otra para satisfacer una necesidad puede considerarse una situación de entrevista.

El objetivo primordial de la entrevista guiada odontológica es establecer una cordial relación entre entrevistador y entrevistado, de modo tal que los factores esenciales que mueven al paciente a recurrir en busca de ayuda le sean expuestos al dentista, quien a su vez podrá ser más eficaz en su ayuda al paciente.

Como se conduce una entrevista

Los primeros diez minutos de la entrevista con el paciente son a menudo los más importantes.

Es necesario tener claro que la entrevista debe ser adaptada a cada paciente. Algunos de ellos requieren un manejo más cauteloso, otros menos y algunos posiblemente ninguna precaución, recordando en todo momento que los odontólogos no pueden transformarse en psiquiatras.

Lo más importante de todo es averiguar que siente el paciente con respecto a su cavidad oral. Se debe estimular para que sea él quien hable primero y con toda franqueza, dejando que ocupe él el mayor tiempo de la entrevista.

Un aspecto muy importante para el profesional es la comunicación, con respecto a su paciente. Esta comunicación, ya sea verbal o no verbal, como un gesto, expresión facial o movimiento corporal, es una fuente rica de información. Esto es muy valioso debido a que en la relación odontólogo-paciente la expresión verbal durante el tratamiento es limitada. ⁽²⁹⁾

Finalmente el uso de la entrevista guiada ayuda a comprender las motivaciones subyacentes a la ansiedad demostrada por el paciente determinando cuales fueron los factores en su vida que le produjeron frustraciones tales, como para que la gratificación oral sea la mínima y se hayan establecido pautas perturbadas con respecto a su cavidad oral.

2.3.4 Evaluación y Tratamiento de la Ansiedad Dental

2.3.4.1 Medición de Ansiedad Dental

Corah (1969), ⁽⁶⁴⁾ desarrolló una escala que ayuda a diferenciar pacientes ansiosos de no ansiosos en relación a procedimientos dentales. Útil para pacientes adultos y niños, está compuesta por cuatro preguntas, que bien pueden ser contestadas por los padres si el paciente es muy pequeño o por este mismo si comprende las preguntas. El resultado expresa el puntaje total de ansiedad dental que presenta el paciente en el momento de la evaluación. Al sumar los puntos totales de la escala, una cifra menor de 9 se considera *sin ansiedad*, entre 9 y 13 puntos como *ansioso*, de 14 a 16 puntos *muy ansioso* y entre 17 y 20 como *fóbico* al tratamiento dental.

La confiabilidad de esta escala ha sido evaluada, siendo clasificada como satisfactoria, mientras que la validez se ha determinado como aceptable, encontrando relación directamente proporcional con escalas de valoración de la conducta durante el tratamiento dental. ⁽²⁰⁾ ⁽³⁸⁾

Una desventaja de esta escala es el hecho de no entregar información acerca del estímulo específico que causa la ansiedad o fobia dental. ⁽²⁰⁾

2.3.4.2 Tratamiento de la Ansiedad Dental

Pocos odontólogos que actualmente ejercen recibieron instrucción formal acerca de cómo tratar y comunicarse con los pacientes, y esa área es la que probablemente más tensiones origina en el trabajo diario. Es importante crear en un principio relaciones de simpatía que implican, además del respeto mutuo entre dentista y paciente, un sentimiento de libertad para discutir abiertamente sus puntos de vista respectivos; esto puede lograrse por medio de procedimientos directos:

- 1) Ser positivo con el paciente.
- 2) Hacer una evaluación de los trastornos, problemas dentales del paciente y no de él como persona. Estos suelen ser muy sensibles a la crítica y muchos la temen más que al propio tratamiento dental.
- 3) Escuchar con atención lo que relatan los pacientes en lugar de solo tratar de tranquilizarlos. ⁽²⁾

Existen actualmente diversos métodos, como terapias psicológicas, que tratan de disminuir o eliminar ansiedades y fobias dentales, algunas de las cuales se han estado investigando y probando hace un par de décadas, tales como:

1) Técnicas de Relajación.

La relajación es un concepto ampliamente utilizado en el mundo occidental y practicado en el oriental desde tiempos inmemorables. Implica la distensión muscular y psíquica con un descenso de la tensión generada por el trabajo y el esfuerzo muscular, que facilita la recuperación de la calma, equilibrio mental, la paz interior y por consiguiente la sensación de ansiedad.

Existen diversos métodos de relajación en la actualidad, siendo el más empleado en odontología la relajación progresiva de Jakobson.

Relajación progresiva de Jakobson

El método de Jakobson se basa en la percepción mental por parte del paciente del estado de contracción y distensión de su musculatura para poder llegar a percibir la ausencia de tensión. Lo importante es que el paciente sea capaz de identificar la diferencia entre ambos estados.

Berggren U. et al,⁽¹⁾ publicaron una investigación, en la cual la técnica de relajación fue efectiva en la disminución de ansiedad dental.

En su investigación en 1982, Corah y cols ⁽⁹⁾ demostraron que la relajación era un método efectivo en reducir la ansiedad del paciente y aunque fue un método más preferido por mujeres que hombres, fue efectiva en ambos sexos.

Feinmann C., en 1997, menciona a la relajación como un método eficaz para disminuir la ansiedad dental. ⁽¹²⁾

2) Musicoterapia

La federación mundial de musicoterapia la define como, "el uso de la música y/ o de los elementos musicales (sonidos, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar o promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Apunta a desarrollar potenciales y/ o restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento ". ⁽³⁹⁾

Vinard y Rosenblum, en 1989, ⁽⁴⁰⁾ estudiaron las reacciones de los pacientes odontológicos a estímulos sonoros de la consulta, encontrando que por medio de registros electrofisiológicos se podían detectar manifestaciones neurovegetativas. De esta forma se demostró que la turbina o el teléfono son medios estresantes para el paciente. Estas manifestaciones están asociadas a música disonante, ritmos irregulares y sonidos agresivos. Encontraron que, por el contrario, música lenta con melodía regular y armónica (como la música clásica) induce un ambiente subjetivo de relajación con la consecuente relajación fisiológica.

Mok y Wong ⁽⁴¹⁾ , en el 2003, estudiaron el efecto de la música como método para reducir la ansiedad de los pacientes durante la atención odontológica. Los resultados mostraron que quienes escuchaban música durante la intervención experimentaban niveles inferiores de ansiedad, así como tasas menores de frecuencia cardíaca y presión arterial que aquellos que no la escuchaban.

Marwah N. et al ⁽⁴²⁾ , publicaron un estudio en el cual la musicoterapia ayudó a disminuir la ansiedad dental en pacientes muy ansiosos, sin embargo, no obtuvieron una diferencia estadísticamente significativa en sus resultados. Ellos atribuían la disminución de ansiedad a dos posibles razones:

1. El paciente al escuchar música cierra los ojos y se concentra en ella, por lo cual deja de observar el tratamiento dental.

2. El sonido de la música elimina sonidos desagradables propios del tratamiento dental, como por ejemplo, la turbina.

García V. Et al, ⁽⁴³⁾ en el 2004, publicaron una investigación en la cual se comprobó que la musicoterapia era un método efectivo para disminuir la ansiedad durante la atención dental. Este resultado es consistente con hallazgos publicados por Corah et al, ⁽⁹⁾ los cuales publicaron un estudio en el cual observaron que la musicoterapia ayudaba a disminuir la ansiedad dental.

En contraste, Aitken J. et al publicaron un estudio en el cual el uso de musicoterapia en pacientes con ansiedad dental no fue estadísticamente significativa en la reducción de esta durante la atención odontológica. ⁽⁴⁴⁾

3) Técnica de Percepción de Control.

Cuando un individuo siente que tiene el control sobre una situación amenazadora que le está ocurriendo, experimentará menor estrés que al sentir que no tiene control. ⁽¹⁰⁾

Recordemos que Lazarus ⁽²³⁾ en su teoría del estrés define al estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por ella como algo que excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal.

De Jongh y Horst en 1993 ⁽⁴⁵⁾, encontraron que la mayor parte de la ansiedad dental tenía relación con la sensación de pérdida de control.

Krochak (1993) ⁽⁴⁶⁾ pone de manifiesto que la ansiedad dental puede producirse por una sensación de indefensión y pérdida de control en el escenario de la consulta dental.

Estudios clínicos han demostrado una disminución de ansiedad al haber sensación de control en situaciones aversivas ⁽³⁵⁾, sin embargo, escasa evidencia ha sido publicada para apoyar dicha afirmación.

Se han publicado algunos estudios, los cuales han investigado el efecto de la percepción de control durante una intervención odontológica, encontrando resultados diferentes.

Uno de ellos informó que al entregar un aparato de percepción de control a sus pacientes dio como resultado una mayor cooperación por parte de ellos y una menor disconformidad durante la atención dental, por el contrario, otro estudio demostró que el uso de un instrumento de control por adultos durante la atención dental les generó mayor estrés. ⁽³⁵⁾

4) Hipnosis

La hipnosis es definida por la Asociación Médica Británica como "un estado pasajero de la atención modificada en el sujeto, estado que puede serle producido por otra persona y en el que diversos fenómenos pueden aparecer espontáneamente o en respuesta a estímulos, ya sean verbales o de otro tipo".⁽⁴⁷⁾

Estos fenómenos comprenden un cambio en la conciencia y memoria, una susceptibilidad agudizada a la sugestión y a la aparición en el sujeto de respuestas y de ideas que no le son familiares en su estado anímico habitual.

Un sujeto en estado hipnótico se encuentra en forma diferente a la que le es habitual, se puede decir que la hipnosis es un estado de conciencia distinta, cualitativa o cuantitativamente al habitual de vigilia.

A la hipnosis se llega mediante inducción, en general, proveniente del exterior del propio sujeto. El estado hipnótico, permite la modificación de la casi totalidad de la conducta humana habitual, así como su forma de percibir la realidad y de relacionarse con su medio ambiente.

Existe una gran variabilidad en las respuestas que se dan durante la hipnosis, ya que su eficacia tiene mucha relación con la sugestionabilidad del sujeto.

La hipnosis, según Kirsch(1993), citado por Gil ⁽⁴⁷⁾, aplicada al ámbito clínico debiera ser definida como “ uso de técnicas de sugestión como coadyudante a los sistemas de terapia establecidos”, ya que no es considerada como terapia en sí. La hipnosis puede ser una herramienta útil para potenciar en forma efectiva las técnicas de terapia de conducta general, control y reducción de ansiedad en particular. (Barber, 1993). ⁽⁴⁷⁾

Moore R et al, en el 2002, concluyeron en su investigación de tres años que la mayoría de los pacientes con ansiedad extrema y fobia dental que utilizaron hipnosis como terapia pudieron ser capaces de comenzar y seguir exitosamente un tratamiento odontológico a pesar de haberlo evitado por años. ⁽⁴⁸⁾

Schaerlaekens M, ⁽⁴⁹⁾ afirma que la hipnosis como terapia funciona muy bien en la práctica odontológica, pudiendo en algunas ocasiones ser utilizada para tratar la ansiedad dental.

En su investigación, Ruyschaert N, ⁽⁵⁰⁾ afirma que mediante el uso de hipnosis es posible realizar un tratamiento dental, ya que reduce el estrés de los pacientes.

Según Willemsem R, ⁽⁵¹⁾ la terapia hipnótica puede reducir el dolor y ansiedad dental en pacientes fóbicos.

Sin embargo, en 1996, Moore M et al ⁽⁵²⁾ publicaron un estudio en el cual se trataron con hipnosis a pacientes con ansiedad dental severa sin obtener resultados estadísticamente significativos, mencionando que la susceptibilidad a esta técnica varía entre un paciente y otro.

Es importante recordar que siempre tendremos en mayor o menor medida temor y ansiedad por parte del paciente, arraigados desde su niñez que podrán expresarse de diversas formas ante una situación que le provoque miedo. Es indudable la influencia que el profesional de la salud puede tener sobre la situación; es él quien debiera preocuparse de manejar adecuadamente la ansiedad de sus pacientes, deseando buscar una aproximación, comprensión y finalmente la disminución o eliminación de estos estados temerosos, que muchas veces inhiben la libertad de aquellos que lo padecen. De esta manera el odontólogo podrá establecer una relación más positiva entre él y su paciente, condición necesaria para que éste coopere y esté dispuesto a superar su estado de ansiedad. Así el profesional se verá recompensado en sus esfuerzos y liberado en parte de esta carga emocional.

3. HIPÓTESIS

Hipótesis

La técnica de percepción de control es más eficaz para la disminución de la ansiedad en la atención dental que la relajación o el solo trato empático hacia los pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar el efecto de distintas intervenciones psicológicas, sobre el nivel de ansiedad de los pacientes sometidos a tratamiento odontológico restaurador.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de ansiedad dental previo a las distintas intervenciones psicológicas.
- Determinar el efecto de la percepción de control en los niveles de ansiedad dental.
- Determinar el efecto de la técnica de relajación de Jacobson en los niveles de ansiedad dental para cada uno de los grupos.
- Determinar el efecto del trato empático en los niveles de ansiedad dental.
- Comparar los resultados obtenidos entre las distintas técnicas utilizadas.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Universo

Fueron todos los pacientes con ansiedad moderada, severa o fobia que concurrieron a atención dental a la cátedra de operatoria de cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

5.2 Muestra

Estuvo constituida por 60 pacientes de ambos sexos que presentaron ansiedad moderada, severa o fobia dental.

Los sujetos fueron escogidos entre los concurrentes a la clínica de operatoria y seleccionados a través de la aplicación de un cuestionario para determinar los niveles de ansiedad.(Dental Anxiety Scale, Corah 1969). Posteriormente firmaron un acta de consentimiento informado en el cual manifestaron que su participación en el estudio fue de calidad de voluntarios. (Ver anexo 12.1)

5.2.1 Criterios de inclusión

Se seleccionaron 60 pacientes según los siguientes criterios de inclusión:

- Ser pacientes regulares de la clínica de operatoria de cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
- Presentar ansiedad moderada, severa o fobia dental al momento de ser encuestados.
- Ser atendidos por un alumno de cuarto año de la carrera de odontología.
- Asistir al menos tres veces a atenderse en forma consecutiva.
- No estar ingiriendo ningún fármaco psicotrópico ni relajante muscular.
- Encontrarse en buena situación de salud general.
- Asistir a la clínica de operatoria de cuarto año para realizarse obturaciones clase I y II de Black.

5.2.2 Criterios de Exclusión.

Se excluyeron 160 individuos que poseían las siguientes características:

- No presentar ansiedad frente a la atención dental o presentar una ansiedad leve.

- No ser pacientes regulares de la cátedra de operatoria.
- Pacientes que se encontraban al final de su tratamiento.
- Individuos que no necesitaban tratamiento de operatoria básica.

5.3 Diseño de la investigación.

Correspondió a un diseño experimental, con dos grupos con intervenciones psicológicas y un grupo control. Cada grupo estuvo compuesto por 20 sujetos, los cuales fueron distribuidos por asignación pareada.

Antes de la primera atención dental (1 sesión), se realizó una intervención psicológica al grupo de Relajación y se entregó un dispositivo al grupo de Percepción de Control, el grupo Control no tuvo ningún tipo de intervención.

Previo a la segunda sesión se realizó una segunda medición de nivel de ansiedad de todos los sujetos mediante el cuestionario de ansiedad de Corah y se volvieron a intervenir los grupos de Relajación y Percepción de Control. El grupo control comenzó su segunda sesión sin ninguna intervención psicológica.

Finalmente antes de la tercera sesión de tratamiento (3 sesión) se realizó una última medición de nivel de ansiedad a los tres grupos en estudio y comenzaron la atención sin ningún tipo de intervención. (figura 1).

Para su identificación el grupo intervenido con técnica de percepción de control se denominó como "Grupo experimental PC" y el grupo de relajación como " Grupo experimental R".

Fig. 1. Diseño de la Investigación.

	1° sesión			2° sesión			3°sesión
	Medición de Ansiedad	Intervención Psicológica	Primera Atención Operatoria	Medición de Ansiedad	Intervención Psicológica	Segunda Atención Operatoria	Medición de Ansiedad
Grupo de Relajación	O ₁	X	X	O ₂	X	X	O ₃
Grupo de Percepción de Control	O ₁	X	X	O ₂	X	X	O ₃
Grupo de Control	O ₁	-	X	O ₂	-	X	O ₃

5.4 Instrumentos Utilizados

5.4.1 Cuestionarios:

Para recolectar los datos se utilizó el siguiente cuestionario especialmente diseñada para evaluar la ansiedad a la atención odontológica:

Escala de ansiedad de Corah (Dental Anxiety Scale, Corah 1969).

Esta escala posee cuatro preguntas de selección múltiple, cada pregunta posee cinco posibles respuestas a las que se les asigna un puntaje desde 1 a la opción (a) a 5 a la opción (e). El puntaje total obtenido va desde 4 puntos el mínimo a 20 puntos como máximo.

Se determinó el nivel de ansiedad de los sujetos en estudio de la siguiente manera:

4- 6 puntos: sin ansiedad frente a la atención dental.

7-8 puntos: baja ansiedad frente a la atención dental.

9-13 puntos: ansiedad moderada frente a la atención dental.

14-16 puntos: ansiedad severa frente a la atención dental.

17-20 puntos: fobia a la atención dental.

5.4.2 Aparatos

Se utilizó un dispositivo de Control, que consiste en una baliza con luz roja la cual es activada a través de un interruptor al alcance de la mano del paciente, el cual al ser apretado enciende la luz de la baliza y se apaga cuando el interruptor deja de ser presionado. La luz fue colocada en el brazo de la lámpara del equipo dental a una altura visible tanto para el operador como para el paciente. (Imagen 1)

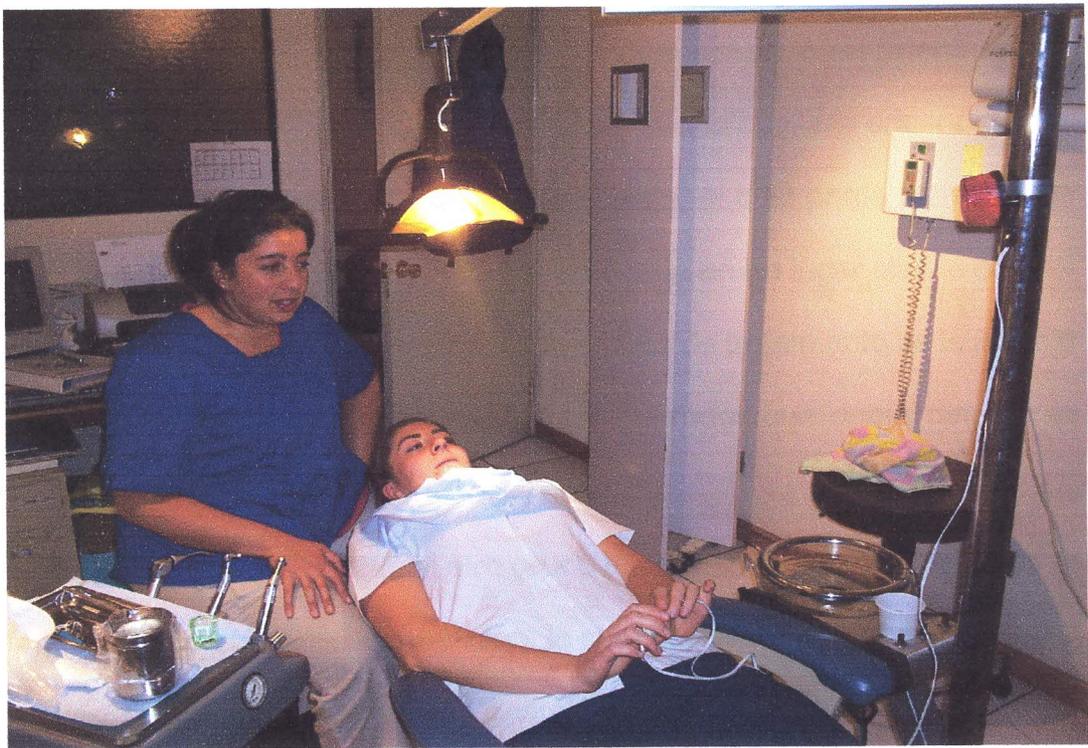


Imagen 1. La imagen muestra el panel de control instalado en el equipo dental y al paciente sujetando el interruptor.

5.5 Procedimientos

Los 60 pacientes fueron distribuidos mediante asignación pareada en tres grupos de tamaño equivalente, dos experimentales y uno control.

El grupo control fue atendido en forma habitual sin ningún tipo de intervención psicológica.

Los sujetos del primer grupo experimental fueron intervenidos en base a una técnica de percepción de control, la cual consistió en la entrega de un dispositivo que poseía una luz de color rojo la cual era encendida por medio de un interruptor entregado al paciente, el cual podía activar cada vez que así lo deseara. La baliza fue colocada en un lugar visible para el operador y el paciente. Antes de cada sesión de tratamiento se le explicó al paciente la manera de utilizarla y al operador que debía detener la atención cada vez que se encendiera la luz.

Los sujetos pertenecientes al otro grupo experimental fueron intervenidos en base a una técnica de relajación, la cual mediante breves indicaciones dadas siempre por un mismo operador sugieren contraer y relajar la musculatura de diversas partes del cuerpo en un orden secuencial, de este modo se le proporcionó al individuo el conocimiento de su

organismo y un control voluntario sobre su estado para tratar de disminuir la tensión muscular y por consiguiente la sensación de ansiedad. Los sujetos al ser intervenidos psicológicamente se encontraban acostados en la misma posición con la cual serían atendidos posteriormente. Una vez finalizada la intervención psicológica comenzaba la atención dental.

5.5.1 Intervención psicológica:

El primer grupo fue sometido a una técnica de percepción de control que se basó en la entrega al paciente de un dispositivo que le permitió interrumpir la sesión en el momento que lo deseara. Su funcionamiento fue explicado claramente al operador, en este caso al alumno tratante y al paciente antes de comenzar la atención dental. (ver anexo 12.3). El interruptor entregado fue sostenido por la mano del paciente. Esto le permitió interrumpir la sesión en el momento que lo deseara presionando el interruptor que enciende la luz, la cual es captada por el operador indicándole que debe detener la intervención en ese momento hasta que el paciente se sienta más cómodo. Todo el procedimiento fue

supervisado por personal entrenado, el cual realizó una demostración antes de comenzar la atención.

Previo a la segunda sesión dental se midió el nivel de ansiedad del paciente y se aplicó nuevamente la intervención psicológica.

Al comenzar la tercera atención se volvió a medir el nivel de ansiedad. (ver figura 1).

El segundo grupo fue sometido a la técnica de relajación de Jacobson que se basó en relajación neuromuscular, la cual dura aproximadamente 5 minutos (ver anexo 12.4). El tercer grupo fue atendido en forma regular considerando un trato empático con el paciente.

5.5.2 Tratamiento estadístico de los resultados:

Los resultados se presentaron tanto en promedios como desviación estándar para los valores obtenidos, como puntajes cuando se consideraron los resultados como categorías en rangos de ansiedad (leve, moderado, alto y fobia).

Los datos obtenidos fueron sometidos a los siguientes test estadísticos:

- Test Anova para comparar los puntajes finales expresados en promedio y desviación estándar entre los tres grupos.
- Test de Wilcoxon con el objeto de establecer si existen diferencias estadísticas significativas al comparar la categoría de nivel de ansiedad para cada grupo al inicio y al término de las intervenciones, así como para comparar el rango inicial con el segundo rango y luego el tercer rango de cada grupo.
- Test t- pareado para comparar el puntaje inicial con el segundo puntaje de cada grupo y luego el puntaje inicial con el tercer puntaje de cada grupo.

6. RESULTADOS

Se seleccionaron 60 pacientes, 14 hombres y 46 mujeres cuyo puntaje en la encuesta fue de más de 9 puntos, es decir, presentaron ansiedad moderada, severa y fobia dental.

El rango de edad fue desde 16 a 75 años, con un promedio de edad de 36.8. No hubo diferencia significativa en la edad ni en el nivel de ansiedad dental entre los tres grupos asignados. (Tabla 1).

Tabla 1. Total de sujetos seleccionados, clasificados según sexo y rango de ansiedad dental.

	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Fobia dental	Total
Hombres	14	0	0	14
Mujeres	39	6	1	46
Total sujetos	53	6	1	60

La tabla 2 muestra los puntajes promedios finales de ansiedad de los tres grupos mediante el test de Anova. En relación a los promedios finales no se detectan diferencias estadísticamente significativas. Puede observarse que el

grupo que utilizó el Panel de control obtuvo finalmente el menor promedio de ansiedad, seguido por el grupo intervenido que utilizó una técnica de relajación de Jackobson. El grupo de sujetos que no fue intervenido en el estudio obtuvo el mayor puntaje de ansiedad al finalizar este.

Tabla 2. Comparación de puntajes finales obtenidos en los tres grupos.

	P C	R	Control
Promedio	9.45	10.2	10.7

p > 0.05 (Test Anova)

La tabla 3 presenta el porcentaje de sujetos de cada grupo ubicados dentro de los diferentes rangos de ansiedad en su última medición. Como se puede observar, no existen diferencias significativas entre ellos. Al analizar la tabla, se puede ver que la mayoría de los sujetos se encuentran en el rango 2, que equivale a una ansiedad moderada, no encontrando ningún sujeto en la categoría de fobia, que corresponde al rango 4. Es importante mencionar que en los tres grupos hubo un porcentaje no menor de individuos que en su última medición respondieron como pacientes de baja ansiedad (rango 1).

Además el grupo de Panel obtuvo el mayor porcentaje de sujetos en el rango menor (rango 1) en relación a los demás grupos.

Es interesante señalar que al inicio del estudio existía un 5% de individuos dentro del rango 4, considerado como fobia, en el grupo de Relajación, el cual a pesar de no haber logrado una diferencia significativa, sí logró al finalizar el estudio no tener ningún sujeto en dicho rango.

Tabla 4. Comparación del nivel de ansiedad de cada grupo al inicio y término de las intervenciones.

Rango	P C		R		Control	
	Medición		Medición		Medición	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
1	0%	25%	0%	15%	0%	10%
2	85%	75%	90%	75%	90%	85%
3	15%	0%	5%	10%	10%	5%
4	0%	0%	5%	0%	0%	0%
Valor p	p < 0.05		n/s		n/s	

(Test de Wilcoxon)

Al observar la comparación entre los rangos al iniciar el estudio y la primera sesión (tabla 5), el análisis revela diferencias significativas en el grupo que utilizó Panel de Control, es decir, con una sola sesión de este tipo de intervención fue suficiente para disminuir la ansiedad de los sujetos en estudio. No hubo diferencias significativas en el grupo que utilizó la técnica de

Relajación de Jacobson ni en el grupo Control. Es interesante notar que al término de las intervenciones no existe en el grupo Panel de Control ningún sujeto en el rango 3 de ansiedad como aparecen en el grupo Jacobson y Control.

Tabla 5. Comparación de la distribución de sujetos entre nivel de ansiedad inicial e intermedia de cada grupo.

Rango	P C		R		Control	
	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia	Inicial	Intermedia
1	0%	20%	0%	10%	0%	10%
2	85%	80%	90%	80%	90%	80%
3	15%	0%	5%	5%	10%	10%
4	0%	0%	5%	5%	0%	0%
Valor p	p < 0.05		n/s		n/s	

(Test de Wilcoxon)

La tabla 6 muestra una comparación de los grupos en estudio en relación al porcentaje de sujetos ubicados en los diferentes rangos de ansiedad al inicio y final del estudio.

En relación al grupo Control y al grupo de la técnica de Relajación de Jacobson no se encontraron diferencias significativas estadísticamente. Al observar el grupo de Panel de Control, el análisis revela diferencias estadísticamente

significativas, por lo que la segunda sesión también fue relevante en cuanto a que los individuos siguen siendo sensibles a este tipo de intervención psicológica.

Tabla 6. Comparación de la distribución de sujetos entre nivel de ansiedad inicial y final de cada grupo.

Rango	P C		R		Control	
	Medición		Medición		Medición	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
1	0%	40%	0%	15%	0%	15%
2	85%	60%	90%	75%	90%	75%
3	15%	0%	5%	5%	10%	10%
4	0%	0%	5%	5%	0%	0%
Valor p	p <0.05		n/s		n/s	

(Test t- pareado)

En la tabla 7, al comparar los puntajes promedios de ansiedad dental iniciales y los puntajes luego de la primera intervención psicológica en los tres grupos en estudio, se observa una diferencia estadística significativa solamente para el grupo de Panel de Control teniendo éste una disminución considerable en puntaje promedio de ansiedad de los sujetos.

Los grupos de Relajación y Control no tuvieron una diferencia estadística significativa.

Tabla 7. Comparación de puntaje de ansiedad inicial e intermedia de cada grupo.

Puntaje X	P C	R	Control
Inicial	11.2	10.85	10.5
Intermedio	9.85	10.7	11.4
Valor p	< 0.05	n/s	n/s

(Test t- pareado)

Finalmente, la tabla 8, muestra los resultados del análisis al comparar el puntaje promedio inicial con el final de cada grupo, observándose solamente en el grupo de Panel de Control diferencias significativas, por lo que se puede ver este tipo de intervención psicológica produjo un impacto positivo en los sujetos. En relación al grupo de Relajación de Jacobson y grupo Control, no se detectaron cambios significativos en los puntajes medidos, observando una leve disminución del puntaje de ansiedad para el grupo de Jacobson y por el contrario un leve aumento de ansiedad en los sujetos pertenecientes al grupo Control.

Tabla 8. Comparación de puntaje inicial y segunda sesión de cada grupo.

Puntaje X	P C	R	Control
Inicial	11.2	10.85	10.5
Final	9.45	10.2	10.8
Valor p	< 0.05	n/s	n/s

(Test t- pareado)

6. DISCUSIÓN

Los resultados observados en esta investigación apoyan la hipótesis planteada de que la técnica de percepción de control es más eficaz para la disminución de la ansiedad en la atención dental que la relajación o el solo trato empático hacia los pacientes. Este resultado no coincide con otras investigaciones publicadas por Corah et al ⁽¹¹⁾, en la cual la técnica de relajación fue la que obtuvo un mejor resultado por sobre la percepción de control, las diferencias encontradas pudieran deberse a que en aquel estudio la técnica de relajación se realizó durante toda la atención odontológica. Probablemente escuchar instrucciones de relajación durante toda la atención es más efectivo y logra una mayor relajación que recibirla por cinco minutos antes de la atención dental como fue realizado en el presente estudio.

Los resultados del análisis son bastante consistentes al mostrar un efecto significativo en el uso de intervenciones psicológicas para disminuir la ansiedad dental en pacientes ansiosos, lo que coincide con trabajos publicados por Corah. ⁽⁹⁾ Existe bastante evidencia que sustenta que tanto ansiedad como fobia dental pueden tratarse mediante intervenciones psicológicas, tales como desensibilización sistemática (relajación muscular) o percepción de control

(Berggren y Linde ⁽¹⁾ , Kelpac ⁽⁵³⁾ , Smith et al ⁽⁵⁴⁾), sin embargo, aunque resulta efectiva en gran cantidad de casos no siempre tiene éxito. Por ejemplo, Smith et al ⁽⁵⁴⁾ encontraron que aproximadamente un 25% de los pacientes con fobia dental no respondieron a estos tipos de intervenciones, los cuales incluso se retiraron de la atención dental. A pesar de esto, las intervenciones psicológicas pueden ser una alternativa prometedora.

Una importante razón para asumir que intervenciones psicológicas pueden ayudar a disminuir la ansiedad dental es el hecho de que la ansiedad dental comparte características con otros desórdenes de ansiedad, tales como ansiedad generalizada y fobia social, las cuales son tratadas efectivamente con terapia psicológica. Rachmann ⁽⁵⁵⁾ , Heimberg et al ⁽⁵⁶⁾ .

Es interesante notar que el grupo que utilizó el Panel de Control tuvo una disminución significativa de ansiedad luego de la primera intervención, es decir, con una sesión fue suficiente, no así el grupo que fue intervenido con la Relajación de Jacobson, el cual no obtuvo una diferencia estadística significativa en ninguna sesión. Esto último pudiera deberse a que se necesita una mayor cantidad de minutos para lograr una real relajación, pudiera ser que la mayoría de los pacientes de este estudio han tenido ansiedad o fobia dental por años, lo que implica que dos sesiones de relajación sean insuficientes para

lograr una disminución de ansiedad en mayor cantidad de pacientes o podría deberse a que no todos los pacientes son susceptibles a una técnica de relajación.

Es importante señalar que a pesar de que el grupo de Jacobson no tuvo diferencia estadística significativa luego de la primera sesión, sujetos que presentaban fobia (rango 4) disminuyeron su ansiedad extrema. Esto sugiere que esta técnica tiene impacto en sujetos muy ansiosos, pudiera ser que los menos ansiosos tuvieron menor impacto, lo cual coincide con las investigaciones publicadas por Johnstone ⁽¹⁰⁾ y Penfold, ⁽⁵⁷⁾ que encontraron que los sujetos con mayor ansiedad tenían una mayor respuesta frente a técnicas psicológicas que aquellos con menor ansiedad dental, lo cual apoyaba según ellos, el argumento que el nivel de ansiedad interactúa con la distracción y relajación, de tal manera que facilita la disminución de ansiedad en pacientes con "altos" niveles, más que en pacientes con "bajos" niveles de ansiedad.

Dentro del estudio había solo un individuo que pertenecía a la categoría de fobia dental, el cual fue intervenido mediante Relajación de Jacobson, y si bien la definición de fóbico establece la imposibilidad de tomar contacto con el objeto fóbico (atención dental) es necesario mencionar en este caso que si bien se dejó atender fue bajo la compañía de un familiar (hermana), la cual se sentaba

a su lado durante toda la atención. Este paciente a pesar de dejar atenderse, en todo momento se notaba tenso, tembloroso y sudoroso. Solo al final de las sesiones pudo disminuir su fobia a una ansiedad moderada.

Una mayor disminución de ansiedad por parte del grupo de Panel de Control en relación a la Relajación de Jacobson puede explicarse a través de la teoría del estrés de Lazarus y Folkman,⁽⁵⁸⁾ la cual define el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal. Respecto a la presente investigación, pudiera ser que los sujetos al sentir que tienen control sobre el estímulo aversivo, en este caso a través del Panel de Control, sienten menos ansiedad que otros, ya que tienen la percepción de que hacen algo durante una situación desagradable. Se sienten menos ansiosos al saber que pueden comunicarse con su dentista aún cuando no puedan hablar o moverse. El hecho de estar sosteniendo un interruptor genera en ellos, una sensación de control de la situación y predicción, lo que conlleva a una disminución de su ansiedad. Se debe recordar que un elemento determinante en la generación de ansiedad es la percepción de falta de control voluntario sobre ella. Todos los sujetos al recibir el dispositivo se mostraron interesados y entusiasmados en su uso, esta nueva situación pudo haber

generado una distracción, lo que complementó el efecto de control logrado con el Panel de Control, con la consiguiente disminución de ansiedad.

Por otra parte, los mismos autores han publicado que un cambio o novedad en una situación habitual puede convertirse en estresante o amenaza, incluso la falta de predictibilidad en una situación generará estrés. Esto puede haber ocurrido posiblemente en algunos sujetos intervenidos psicológicamente, los que al enfrentarse a una situación inusual dentro de su intervención odontológica pudiera haber evitado que disminuya en mayor grado su ansiedad, o por el contrario pudo haberlos estresado en mayor medida. Esto último pudo haber ocurrido en los sujetos pertenecientes al presente estudio que aumentaron su nivel de ansiedad de una sesión a otra.

En la tabla 6 y 7, se observó que la respuesta de los sujetos sometidos a Relajación de Jacobson fue menor que la del Panel de Control, esto pudo deberse a que se relajaron solo al inicio de la sesión, pero una vez comenzada la intervención se volvieron a estresar. La técnica de relajación duró cinco minutos, lo cual pudo ser un tiempo insuficiente para la mayoría de los sujetos, ya que los estudios publicados utilizan entre treinta a sesenta minutos para esta técnica ⁽¹²⁾⁽⁵⁹⁾, pudiera ser por otro lado que esta técnica no sea la más adecuada para una situación de atención dental o no todos son susceptibles a

este tipo de relajación. Algunos individuos pertenecientes a este grupo que participaron en el estudio no llegaron en forma puntual a la cita con su dentista, por lo que pueden haber estado más distraídos o estresados al momento de comenzar con la técnica de relajación.

La intervención con el uso de Panel de Control fue más efectiva, a pesar de tener la desventaja de tener cierto costo por necesitar el aparato y tener que instalarlo en la consulta para llevar a cabo la técnica. Por otra parte la técnica de relajación si bien no necesita de ninguna aparatología es más difícil de llevar a cabo por requerir de personal entrenado para su realización. Además, de acuerdo a Öst et al ⁽⁵⁹⁾ la técnica de relajación consume tiempo y no es posible de utilizar en atenciones de urgencia, aunque no existe evidencia experimental.

Según Corah, O´Shea, ⁽⁶⁰⁾ ambas técnicas tienen en común el ser seguras por el hecho de no utilizar ningún tipo de farmacoterapia. Esta última tiene la desventaja es la de ayudar a aliviar al paciente en el momento de la atención pero no de forma permanente.

Los sujetos pertenecientes al grupo control no tuvieron diferencias significativas en ninguna sesión, incluso se observó un leve aumento de ansiedad en ambas sesiones. Esto pudo deberse a que al sentirse observados se provocó cierta

tensión en ellos generando una inhibición en su comportamiento durante el desarrollo de la investigación.

En el grupo Control se observó un aumento de la ansiedad, en cambio en la sesión final hubo una disminución de esta, por lo que sería interesante evaluar a los sujetos en más sesiones para ver como es su comportamiento en el tiempo. Pudiera ser que el paciente necesita más tiempo para acostumbrarse al ambiente que rodea una atención dental y tener más seguridad respecto a la situación que lo rodea.

Pese a no haber diferencia estadísticamente significativa en los sujetos que fueron intervenidos con la Relajación de Jacobson, se puede observar que en algunos casos hubo disminución de ansiedad por lo cual sería interesante de estudiar a largo plazo en forma más controlada.

La interacción dentista- paciente según el estudio de Corah ⁽²⁵⁾ indicó que fue de gran importancia para la reducción de ansiedad del paciente.

Respecto a esto, es importante señalar que el presente estudio no observó la actitud empática del operador frente al paciente durante toda la atención, por lo que no se puede excluir que factores tales como la empatía del operador hacia

el paciente o la duración de la intervención dental pudiera interferir con el efecto de cada una de las técnicas utilizadas y de esta manera atenuar el efecto de éstas. Según Lazarus ⁽²³⁾ mientras más duradera una situación de estrés, mayor será la consecuencia negativa en la persona ansiosa. Esto pudo provocar en la investigación que algunos sujetos no pudieran relajarse durante la atención dental.

Bernstein et al, ⁽⁶¹⁾ indican que la causa más común de ansiedad en el paciente es la actitud que el dentista adopta frente a la salud bucal de este, esto es apoyado por Milgrom et al, ⁽⁶²⁾ que mencionan que un tratamiento medianamente doloroso realizado por un operador que demuestra interés en todo momento tiene un impacto en el paciente menos negativo que uno realizado por un operador distante. En contraste Bochier ⁽⁶³⁾ señala que la ansiedad en los pacientes no es modificada ni disminuida por un tratamiento indoloro.

La muestra de individuos del presente estudio no fue homogénea en términos del origen, edad y manifestaciones de su ansiedad en la atención dental, aspectos de gran importancia mencionados en estudios de Milgrom et al ⁽⁶²⁾ y Locker et al ⁽³⁸⁾, lo que pudiera en parte explicar el que algunos sujetos lograron disminuir su ansiedad y otros no.

Según publicaciones de Corah, N; ⁽⁶⁴⁾ la utilización de la escala de ansiedad (Dental Anxiety Scale, Corah 1969) permite calcular la ansiedad en forma rápida y fácil mediante un cuestionario de cuatro preguntas. De esta manera al identificar a estos pacientes será más fácil por parte del dentista ayudarlos.

Locker et al⁽³⁸⁾ en sus estudios encontraron bastante estabilidad en esta escala, por lo que asumimos que este cuestionario fue adecuado para los fines de este estudio.

Según Peñaranda, P. ⁽⁶⁾ al identificar a un paciente ansioso sería de real importancia saber que aspectos específicos de la atención dental lo hace particularmente ansioso, para así permitir tanto al tratante como al paciente una atención más eficiente y evitar posibles frustraciones en ambos.

No se realizó una comparación de la disminución de ansiedad en cuanto a sexo porque las muestras no fueron equitativas, ya que solo un 18% de los participantes correspondía al sexo masculino. Existe una impresión general de que hay diferencias en el modo en que hombres y mujeres responden a las distintas intervenciones realizadas. Esta supuesta diferencia requiere investigaciones que indaguen al respecto.

Tampoco se realizó una comparación del nivel de ansiedad con respecto a la edad del paciente, lo que podría evaluarse en futuros estudios.

La disminución de ansiedad en los grupos intervenidos puede tener su explicación en una respuesta inconsciente del paciente que al saber que está siendo estudiado podría haber modificado su respuesta o comportamiento frente al tratamiento.

El manejo de la ansiedad y fobia dental es muy amplio y de gran importancia, por lo que debiera ser parte de programas de estudio, tanto para alumnos de odontología como para dentistas en general.

8. CONCLUSIONES

Las intervenciones psicológicas son útiles para la disminución de ansiedad dental , contribuyendo a mejorar la calidad de la atención dental.

La escala de Corah es un instrumento adecuado para ser utilizado en investigaciones clínicas por ser de fácil aplicación.

La intervención psicológica en base a percepción de control de estímulos es una estrategia adecuada para la disminución de la ansiedad dental.

9. SUGERENCIAS

- Desarrollar protocolos de investigación que estudien la efectividad de estos tipos de procedimientos en el largo plazo.
- Respecto al mismo tema, comparar la ansiedad de pacientes que se atienden en consultas privadas con la de pacientes que lo hacen en servicios.
- Eventualmente, existen muchas maneras por las cuales la ansiedad pudiera reducirse. Estos potenciales métodos no se han experimentado en gran medida, por lo que se podrían realizar más estudios usando distintas y variadas técnicas para medir la disminución de la ansiedad.
- Se podrían combinar técnicas, por ejemplo; Percepción de control más técnica de relajación.
- Se sugiere estudiar la asociación entre edad y ansiedad dental.

- Investigar sobre la adquisición de la ansiedad o fobia dental, ya que se han descrito diversos orígenes.(Berggren ⁽¹⁾, De Jongh ⁽¹⁸⁾ , Locker et al ⁽³⁸⁾ ;Rachman ⁽⁵⁵⁾.)
- Sería interesante estudiar la respuesta de hombres y mujeres frente a las distintas intervenciones psicológicas.

10. RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de distintas intervenciones psicológicas sobre el nivel de ansiedad de los pacientes sometidos a tratamiento odontológico restaurador.

Se determinó nivel de ansiedad de los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Para esto se utilizó una encuesta de ansiedad (Dental Anxiety Scale, Corah 1969).

Se seleccionaron 60 individuos, previo consentimiento informado, que fueron clasificados en la categoría de "ansiosos" los cuales fueron distribuidos por asignación pareada en tres grupos de tamaño equivalente, dos experimentales y uno control.

Los grupos experimentales consistieron en la aplicación de una técnica de percepción de control para el primer grupo y una técnica de relajación para el segundo grupo. El grupo control no se intervino, recibiendo una atención dental habitual.

Se realizaron tres evaluaciones posteriores de nivel de ansiedad a los individuos, una al inicio de su primera sesión, otra segunda al inicio de su segunda atención dental y la tercera al comenzar su última sesión

Se analizaron los resultados obtenidos mediante los test estadísticos Anova, Wilcoxon y test-t pareado, observándose diferencias estadísticamente significativas solo en el grupo experimental que utilizó el panel de control al comparar el nivel de ansiedad de los individuos al inicio y al final.

Se concluye que intervenciones psicológicas en base a percepción de control de estímulos es una adecuada estrategia para la disminución de la ansiedad dental.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Berggren U, Meynert G. "Dental fear and avoidance: causes symptoms and consequences." JADA. Vol 109: 247-251. 1984.
- (2) Toro Ana María. "Estudios de los factores psicológicos en la relación odontólogo- paciente". Tesis Facultad de Odontología. Universidad de Chile. 1990.
- (3) Rojas, E. "La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones". Editorial Madrid, 1989
- (4) De la Gándara, M. y Fuertes J.C. "Ansiedad y angustia: causas, síntomas y tratamiento". Editorial Pirámide. 1999.
- (5) Mercado F. et al. "The influence of emotional context on attention in anxious subjects: neurophysiological correlates." Anxiety Disorders. Vol 20: 72-84. 2006.
- (6) Peñaranda P. "Importancia de la Psicología en la Odontología". Acta Odontológica Venezolana. Vol 28. 3- 11. 1990.
- (7) Corah N. et al. "Dentist's perceptions of problem behaviors in patients." JADA Vol 104: 829- 833. 1982.
- (8) Seyrek S. et al. "Comparison of three distraction techniques in reducing stress in dental patients." JADA Vol 108: 327-329. 1984.

- (9) Corah, N. O'Shea, R. Skeels, D. "The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental procedures". JADA .Vol. 9.1979
- (10) Johnstone A, Page A. " Attention to phobic stimuli during exposure: the effect of distraction on anxiety reduction, self-efficacy and perceived control." Behaviour Research and Therapy.Vol 42: 249- 275. 2004.
- (11) Corah L. "Effect of perceived control on stress in adult dental patients." Journal Dental Research. Vol 57: 74-76. 1978
- (12) Feinman C, Harrison S. " Liaison Psychiatry and Psychology in Dentistry." Journal of Psychosomatic Research. Vol 43: 467-476. 1997.
- (13) Davidoff L. "Introducción a la Psicología." Editorial Mc Graw Hill. 3° edición. 2003.
- (14) Rojas E. "La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones." Ediciones Temas de Hoy, S.A. Madrid. 2005.
- (15) Berge M et al. " The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences." Anxiety Disorders. Vol16: 321-329. 2002.
- (16) Milgrom P et al. " Origins of childhood dental fear." Behavior Research Therapy. Vol 33: 313-319. 1995.
- (17) Lundgren J et al. " Psychophysiological reactions in dental phobic patients with direct vs. indirect fear acquisition." Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry . Vol 35: 3-12. 2004.

- (18) De Jongh A et al. " Case Histories And Shorter Communications." Behaviour Research and Therapy. Vol 33: 947- 954. 1995.
- (19) Mansell W, Morris K. " The dental cognitions questionnaire in CBT for dental phobia in an adolescent with multiples phobias." Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry. Vol 34: 65-71. 2003.
- (20) Kleinknecht R et al. " Origins and characteristics of fear of dentistry." JADA. Vol 86: 842-848. 1973.
- (21) Poulton R et al. "Good teeth, bad teeth and the fear to the dentist." Behavior Research and Therapy. Vol 35: 327- 334. 1997.
- (22) Mc Cann Daniel. "Dental Phobia." JADA Vol 119: 596- 598. 1989.
- (23) Lazarus, R. "Psychological stress and the coping process". McGraw Hill, 1966.
- (24) Weckstein M. " Basic Psychology and Dental Practice." Dent. Clin. North Am. Vol 14.: 379- 381. 1970.
- (25) Corah, N. O´Shea, R. "Skeels D. The dentist-patient relationship: mutual perceptions and behaviors". JADA. Vol. 113. 1986.
- (26) Freeman, R. "A psychodynamic understanding of the dentist- patient interaction".British Dental Journal. Vol. 186. N° 10. 1999.
- (27) De la Gándara, M. y Fuertes J.C. "Ansiedad y angustia: causas, síntomas y tratamiento". Editorial Pirámide.1999.

- (28) Frere C. et al. " Effects of Audiovisual Distraction During Dental Prophylaxis." JADA Vol 132: 1031- 1038 .2001.
- (29) Joren P et al. " Fear reductions in patients with dental treatment phobia." British Journal of Oral and Maxillofacial surgery. Vol 38: 612-616. 2000.
- (30) Corah, et.al. "Dentist's perceptions of problem behaviors in patient". JADA. Vol. 104.1982.
- (31) Johnsen B.et al. " Attentional and psychological characteristics of patients with dental anxiety." Journal of Anxiety Disorders. Vol 17: 75- 87. 2003.
- (32) Mamoun J. et al. " Patient- fabricated denture protheses: A clinical report." The Journal Of Prosthetic Dentistry. Vol 94: 423- 427. 2004.
- (33) Ewen S. " Psicología de las Enfermedades Orgánicas." Cap.14.Editorial Paidos. Buenos Aires, Argentina. 1999.
- (34) Scott D. y Hirschmann, R. "Psychological aspects of dental anxiety in adults". JADA. Vol. 104. January 1982.
- (35) Gale, E. "Fears of the dental situation". Journal Dental Research. Vol 51: 964-6. 1972.
- (36) Mc Cubbin R, Sampson M. " The relationship between obsseive-compulsive symptoms and appraisals of emotional states". Anxiety Disorders.Vol 20. 42-57. 2006.

- (37) Freeman, R. "A psychodynamic understanding of the dentist- patient interaction". British Dental Journal. Vol. 186. N° 10. 1999.
- (38) Locker D. et al. " Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study." Behaviour Research and Therapy. Vol 37: 25- 37. 1999.
- (39) Federación mundial de Musicoterapia. www.musictherapyworld.net/
- (40) Banco de conocimiento odontológico . www.medilegis.com/
- (41) Mok E, Wong KY. Effects of music on patient anxiety. AORN J Vol.77: 401-6. 2003
- (42) Marwah N. et al. " Music distraction- its efficacy in management of anxious pediatric dental patients." Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. Vol 23: 168- 170. 2005.
- (43) García M. Et al. "Efectos de la musicoterapia sobre la ansiedad generada durante la atención dental, en mujeres embarazadas en el servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Perinatología." Revista Asociación Dental Americana. Vol 61: 59-64.2004.
- (44) Aitken J. "The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients." Pediatric Dent. Vol ;24(2):114-8.2002.
- (45) De Jongh, A. & Horst, G. "What do anxious patients think? An exploratory investigation of anxious dental patients' thoughts." Community Dentistry and Oral Epidemiology. Vol:23 :170-172. 1993.

- (46) Krochak, M. "An overview of the treatment of anxious and phobic dental patients." *The Compendium of Continuing Education in Dentistry*. 1993
- (47) Gil Jesús. "Hipnosis". Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 2001.
- (48) Moore R. Et al " A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment." *European Journal of Oral Sciences*. Vol. 110 :287-290. 2002.
- (49) Shaerlaekens M. " Hypnosis and Dentistry: water and fire?." *Rev. Belgue Med Dent*. Vol: 58 (2) 118-125. 2003.
- (50) Ruyschaert N. " Hypnosis and Hypnotic phenomenom . Preliminary aid in cases of stress for the patient in dentistry." *Rev. Belgue Med Dent*. Vol: 58 (2) 105-107 2003.
- (51) Willemsem R. "Hypnosis technics used to diminish anxiety and fear: review of the literature." *Rev. Belgue Med Dent*. Vol: 58. 99-104.2003
- (52) Moore R. et al. "Hypnosis compared with group therapy and individual desensitization for dental anxiety". *Eur J Oral SCI* . Vol 104 (5) 612- 8. 1996.

- (53) Kelpac R. "Successful treatment of avoidance of dentistry by desensitization or by increasing pain tolerance." *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol 6. 307-310. 1975.
- (54) Smith et al. "Evaluating of behavioral method to manage dental fear: a two year study of dental practices." *J.A.D.A.* Vol 121. 525-530. 1990.
- (55) Rachman S. "The determinants and treatment of simple phobias". *Advances in Behavior Research and Therapy*. Vol 12. 1-30. 1990.
- (56) Heimberg et al. "Cognitive behavioral treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*. Vol 14. 1-23.1990.
- (57) Penfold K, Page A. "The effect of distraction on within-session anxiety reduction during brief in vivo exposure blood-injection fears." *Behavior Therapy* 30, 607-621. 1999.
- (58) Lazarus R y Folkman S. "Stress, Appraisal and coping." New York Springer Publishing Company. 1984.
- (59) Ost L et al. "Applied Relaxation vs Cognitive Behavior Therapy in the treatment of panic disorders." *Behavior Research and Therapy*. Vol 33: 145- 158. 1995.
- (60) Corah N. O'Shea R. "Dentist's management of patient's fear and anxiety." *JADA* Vol 110: 734- 736. 1985.

- (61) Bernstein et al. "Antecedents of Dental Fear." *Journal of Public Health Dentistry*. Vol 34: 113- 124. 1979.
- (62) Milgrom P et al. " The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city." *JADA*. Vol 116: 641-647. 1988.
- (63) Bochier S. "The Psychology of the Dentist- Patient Relationship. New York: Springer- Verlag. 1988.
- (64) Corah N. "Development of a Dental Anxiety Scale." *JADA* 57. 74-78.1979.

12. ANEXOS

12.1 Cuestionario

Cuestionario de Ansiedad a la Atención Dental (escala de Corah)

Este cuestionario tiene como propósito evaluar como se siente frente a la atención dental. Lea cuidadosamente las preguntas, conteste sinceramente y de acuerdo a lo que siente en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. Marque solo una opción.

1. *Como se siente al saber que tiene una cita con el dentista.*
 - a) Me agrada asistir, pues lo considero una experiencia gratificante.
 - b) No me importa, pues no lo considero una experiencia agradable ni desagradable.
 - c) Estoy un poco inquieto en relación a la cita.
 - d) Estoy temeroso que resulte una experiencia desagradable y dolorosa.
 - e) Estoy muy asustado de lo que el dentista pueda hacerme.

2. *¿ Cómo se siente cuando está esperando su turno en la sala de espera?*
 - a. Relajado.
 - b. Ligeramente inquieto.
 - c. Tenso.

d. Ansioso.

e. Muy ansioso, transpiro y me siento físicamente enfermo.

3. *Cuando está en el sillón esperando que el dentista saque los instrumentos con que examinará sus dientes, ¿Cómo se siente?*

a. Relajado.

b. Ligeramente inquieto. Tenso.

c. Ansioso.

d. Muy ansioso, transpiro y me siento físicamente enfermo.

4. *Cuando está en el sillón dental y ve que el dentista toma la máquina para empezar a trabajar en sus dientes, ¿cómo se siente?*

a. Relajado.

b. Ligeramente inquieto.

c. Tenso.

d. Ansioso.

e. Muy ansioso, transpiro y me siento físicamente enfermo.

Nombre..... Edad..... Sexo.....

¿Ha asistido a tratamiento dental alguna vez? __ Si __ No

12.2 Consentimiento Informado

Acta de Consentimiento Informado

Protocolo de investigación "Efecto de Intervenciones psicológicas sobre los niveles de ansiedad del paciente frente a la atención dental"

Por la presente doy mi consentimiento para participar como voluntario/a de una investigación científica que tiene como objetivo evaluar el efecto de distintas intervenciones psicológicas en los niveles de ansiedad frente a la atención dental.

Comprendo que no recibiré retribución monetaria por participar en la investigación.

Sí tengo derecho a que se me informe respecto a los resultados obtenidos en mi caso al finalizar el estudio.

Declaro que se me ha permitido preguntar sobre el estudio y que he recibido suficiente información acerca de este.

Se me ha informado que los datos obtenidos se mantendrán bajo estricta confidencialidad y que no se utilizará mi nombre o cualquier otra información que pueda identificarme.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones

3. Sin que esto repercuta en mi tratamiento dental actual.

En el caso de dudas o consultas debo dirigirme al Dr. Gonzalo Rojas al teléfono 6785039.

Nombre y Firma del participante _____

Nombre y Firma del investigador _____

Fecha:

12.3 Instructivo sobre el uso del panel de control

- **Para el paciente**

Se le ha entregado a usted. un dispositivo que consta de un interruptor y una luz.

Cada vez que presione el interruptor se encenderá la luz que le indica a su dentista que debe parar la atención dental en ese momento.

Apriete el interruptor **solo cuando sea realmente necesario**, como en caso de dolor, gran incomodidad o deseo de hablar.

Debe tener en cuenta que el apretar muchas veces el interruptor sin ser necesario, resultará en una atención dental más larga.

El dispositivo no implica riesgos para su integridad física.

- **Para el operador**

1. Atender a al luz.
2. Detener efectivamente la atención en el momento que la luz se prende.
3. Solucionar en el momento el o los requerimientos del paciente

12.4 Instructivo para Técnica de relajación de Jacobson modificada.

Indicaciones:

Primero se debe posicionar al paciente de la forma en que será atendido posteriormente por el operador. Debe quedar en una posición cómoda. Se le informa que se le ofrecerá una técnica de relajación que logrará una atención dental más grata con una duración aproximada de 5 minutos.

Primer paso: Le pedimos que cierre los ojos durante toda la técnica. Se le pide que trate de escuchar todos los sonidos a su alrededor y que se relaje. Nos concentraremos en la respiración.

Debe realizar inhalaciones profundas, lentas y pausadas, tomando conciencia del aire que entra y sale de sus pulmones.(1 minuto aproximado).

Segundo paso:

Se deben tensar todos los músculos del cuerpo deliberadamente por 5 segundos, luego relajarse completamente por 10 segundos.(Esto se realiza 2 veces)

Debe apretar fuertemente las manos por 5 segundos y luego relajarlas por 10 segundos.

Recordarle a cada instante durante esos 10 segundos la sensación de soltar. Debe disfrutar esa sensación. (Se realiza 2 veces)

Se le pide apretar todos los músculos de la cara, la frente, los párpados, la mandíbula por 5 segundos y luego relajar completamente por 10 segundos. (Se realiza 2 veces)
(3 minutos aproximadamente).

Tercer paso:

Se retoma la respiración con la cual se comenzó en el primer paso.
(1 minuto aproximado)