



**UNILA**  
Universidad Latina

**UNIVERSIDAD LATINA S. C.**

---

---

**3344-25**

**ANSIEDAD EN PACIENTES DURANTE EL  
TRATAMIENTO DE CARIES DENTAL**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**KARLA MICHEL PATIÑO ANDRADE**

**ASESOR: DR. ARTURO TÉLLEZ ROJAS**

**CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	8
GENERAL.....	8
ESPECÍFICOS .....	8
TIPO DE ESTUDIO.....	8
PROCEDIMIENTO.....	9
CAPÍTULO I. ANSIEDAD .....	10
DEFINICIÓN DE ANSIEDAD .....	10
ANSIEDAD DENTAL .....	15
PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA ANSIEDAD DENTAL.....	20
ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL CORAH.....	23
CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO.....	27
MODELO DEL CÍRCULO VICIOSO DE BERGGREN.....	34
CAPITULO II. TRATAMIENTO DE CARIES DENTAL .....	37
DEFINICIÓN.....	37
INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO.....	42
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	43
FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE ADHERENCIA .....	47
FACTORES PSICOLÓGICOS QUE DISMINUYEN LA PROBABILIDAD DE ADHERENCIA .....	48
RELACIÓN ODONTO- PACIENTE .....	49

CAPITULO III. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD EN CONSULTORIO .....	55
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL .....	60
MODELO COGNITIVO DE LA ANSIEDAD .....	60
LA ODONTOLOGÍA EMOCIONAL .....	61
CRITERIOS CONDUCTUALES PARA DETECTAR ANSIEDAD EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO.....	62
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.....	64
RESUMEN.....	66
CONCLUSIONES DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL SOBRE LA ANSIEDAD.....	67
REFERENCIAS.....	73

## INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud física y psicológica es importante debido a que nos ayuda a tener una mejor calidad de vida, siendo la salud un pilar de suma importancia para el desarrollo de una vida duradera y plena. La salud mental es otro de los componentes esenciales de la salud individual y grupal, ya que está presente en nuestra vida diaria; por ejemplo, en las relaciones interpersonales, en el enfrentamiento de situaciones adversas y en la resolución de problemas. Por lo tanto, debe procurarse armonía y de bienestar integral entre lo físico, lo psicológico y social. Cabe señalar que entre estas tres variables están interrelacionadas, por lo que la afección de una de ellas impactará en la otra, y, en consecuencia, afectará la vida y el entorno de la persona en cualquiera de las esferas.

Tener buena salud bucal es el reflejo de una buena salud sistémica y una buena disciplina, evitando enfermedades crónicas o degenerativas tales como cáncer de boca, garganta, infecciones, llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes, entre otras. Que pueden convertirse en obstáculos importantes para el disfrute de una vida saludable y con buena calidad, evitando repercusiones en su bienestar psicosocial.

En específico, la ansiedad está presente en gran parte de la población adulta, las causas de ésta no son del todo conocidas, pero se ha reconocido que la etiología es multifactorial y así se tienen referentes para corroborar un diagnóstico de ansiedad con factores biológicos y psicosociales (*Muñoz, Orozco & Ybarra, 2015, p. 202*). Sin embargo, también existe un gran problema respecto al grado de

ansiedad que se experimenta al momento de ingresar a un consultorio dental o simplemente cuando se piensa en acudir al dentista. Asistir al médico es una actividad casi obligada por cualquier persona y por lo tanto es relevante para la prevención y tratamiento de enfermedades bucales.

Por tal motivo en esta presente revisión teórica se explora y analiza con mayor profundidad de qué manera afecta la ansiedad al realizar un tratamiento dental, en este caso de caries, debido a que es uno de los tratamientos más comunes en toda la población en general.

Para lograr el objetivo planteado, en el primer capítulo se examinan las definiciones tanto de ansiedad como de ansiedad dental, así como también la prevalencia e incidencia más actualizada acerca de esta problemática a nivel internacional. También se hablará sobre algunos de los instrumentos utilizados con mayor frecuencia para detectar la ansiedad dentro del consultorio dental. Para finalizar, se enuncian algunos de los trastornos de ansiedad relacionados con el tratamiento dental.

En el segundo capítulo se abordará sobre la caries dental, se necesita conocer más a profundidad sobre este tratamiento por lo cual en el segundo capítulo se abordará la definición de tratamiento de caries dental, y ¿por qué en algunas ocasiones existe un cierto grado de indiferencia al tratamiento, y por lo tanto se genera una inadecuada adherencia?, por último, se revisó cómo poder generar una mejor relación odontólogo- paciente.

En el tercer y último capítulo se expondrán algunas de las técnicas de ansiedad utilizadas con mayor frecuencia dentro del consultorio dental, odontología emocional, criterios conductuales para detectar ansiedad en el paciente odontológico y prevención y tratamiento.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La ansiedad dentro del consultorio dental es un problema que afecta a todas aquellas personas que la padecen en diferentes grados. La ansiedad puede ser, definida como un trastorno neurológico y subjetivo, que se manifiesta como una respuesta a situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta que pone al individuo en un estado de defensa ante situaciones diversas, en una situación de temor desagradable constante (*Torres y Chávez, 2013, p. 1788*). Por tanto, puede ser una respuesta adaptativa o des adaptativa cuando se presenta de manera frecuente y produciendo sensaciones desagradables impidiendo así la atención adecuada de salud bucal.

En específico, la ansiedad dental se considera multifactorial debido a que son diversos y variados los agentes desencadenantes de la ansiedad en el medio odontológico (*Amaíz & Flores, 2016, p. 24*). Por ello se ha convertido en un problema de salud pública la cual ha generado realizar múltiples estudios nacionales e internacionales para conocer el impacto que tiene en la salud psicológica, física y

social en aquellas personas que lo padecen, identificando el efecto de los factores sociales, interpersonales, extra personales y económicos en la población en general. Es por esta razón que la alta incidencia reportada de pacientes con ansiedad ante tratamientos odontológicos ha llamado la atención de psicólogos y odontólogos debido a las consecuencias que recaen en la salud oral y el bienestar de los pacientes (Caycedo, Cortés, Rodríguez, Colorado, Caycedo & Palencia, 2008, p. 260). Esto lleva a plantearse la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de la ansiedad en los pacientes durante un tratamiento de caries dental?

## **JUSTIFICACIÓN**

Las enfermedades bucodentales y en particular el tratamiento de caries dental constituye una carga para el sector de la salud de muchos países y afecta a las personas durante toda su vida, se estima que las enfermedades bucodentales afectan a casi 3500 millones de personas, según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (Global Burden of Disease Study, 2017), siendo la caries dental sin tratar en dientes permanentes el trastorno de salud más frecuente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

La ansiedad dental es uno de los mayores impedimentos en el consultorio que influye notablemente en el estado de salud oral, con tasas de prevalencia que van del 4% al 23%, la ansiedad dental es un factor importante para considerar si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente (Río, Herrera & Rojas, 2014, p. 39).

Éstas dos situaciones, la ansiedad dental sobre las enfermedades bucodentales, en particular la caries dental, generan cuestionamientos sobre el impacto que tienen sobre un adecuado tratamiento dental. Por ello, éste trabajo busca hacer una revisión teórica del efecto que tiene la ansiedad en los pacientes durante un tratamiento de caries dental y de esta forma podernos llevar al desarrollo de estrategias preventivas de ansiedad dental.

## **OBJETIVOS**

### General:

Identificar los factores asociados a la ansiedad en pacientes durante un tratamiento de caries dental descritos en la literatura.

### Específicos:

1. Examinar los factores asociados al ambiente que predisponen a generar ansiedad en los pacientes durante un tratamiento de caries dental
2. Conocer los factores intra e interpersonales los cuales generan ansiedad en pacientes durante un tratamiento de caries dental

## **TIPO DE ESTUDIO**

Investigación documental

## **PROCEDIMIENTO**

Se realizó una búsqueda exhaustiva y detallada acerca de los principales temas de interés sobre ansiedad, ansiedad dental, tratamiento de caries dental y técnicas para el manejo de ansiedad en el consultorio, una vez obtenida la información necesaria se plasmó y desarrolló cada uno de los temas y subtemas de forma organizada, una vez reuniendo todos los puntos de interés se logró llegar a una conclusión y por último se obtuvo el reporte final el cual cubría con el objetivo deseado que era responder el tema de investigación “Ansiedad en pacientes durante el tratamiento de caries dental”.

## **CAPITULO I. ANSIEDAD**

### **1.1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD**

La ansiedad forma parte de la existencia del ser humano, se presenta en todas las personas en un grado moderado funcionando como una respuesta adaptativa (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003, p.14). Por ello, para comprender los mecanismos y procesos implicados en la ansiedad es necesario en un primer momento examinar cómo se ha definido y conceptualizado.

Por ejemplo, la Real Academia Española (Vigésima primera edición) el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo a un estado de agitación, inquietud y zozobra del ánimo” (Sierra et al., 2003, p. 14). En contraste “desde el punto de vista neurofisiológico, en la ansiedad se produce la liberación por parte del sistema nervioso autónomo de catecolaminas (amino hormonas) como serían la adrenalina, noradrenalina y dopamina” (Amaíz et al., 2016, p. 23).

Por otro lado, Torres y Chávez (2013) definen la ansiedad como un trastorno neurológico y subjetivo, que se manifiesta como una respuesta a situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta que pone al individuo en un estado de defensa ante situaciones diversas, en una situación de temor desagradable constante.

Si bien es un estado de defensa, éste llega a ser patológico cuando altera el comportamiento del individuo, siendo éste, incapaz de enfrentarse a situaciones diarias, convirtiéndose más en una amenaza que en algo favorable

Asimismo, en términos generales ansiedad hace alusión a la combinación de diferentes manifestaciones mentales y físicas que no son consideradas ni atribuibles a peligros reales. Sino más bien están presentes de forma difusa y persistente en la mente del sujeto o en forma de crisis (*Sierra et al., 2003, p. 15*).

También ha sido definida por Kontxi (2002) como una sensación normal que experimentamos las personas alguna vez en momentos de peligro o preocupación. La ansiedad nos sirve para poder reaccionar mejor en momentos difíciles.

Sin embargo, cuando una persona se encuentra ansiosa sin que haya razón para estarlo y se presenta de manera frecuente o incluso se tensa demasiado se producirán sensaciones desagradables convirtiéndose en un problema.

Es por esta razón que la ansiedad es considerada como una actitud emocional negativa siendo una sensación complicada, molesta y difusa que se manifiesta a través de una sensación de tensión emocional y miedo.

Que se acompaña de variados síntomas y signos corporales como: pulsaciones, aceleración cardíaca, problemas de oxigenación, náuseas, palidez, diarrea, dolores de cabeza y sudoración. La ansiedad se desencadena por alguna situación de riesgo o alarma, tanto en la autoestima como en el estado físico, frente a eventos

adversos o a la incertidumbre, además ante la posibilidad de fracaso o pérdida (Córdova & Santa María, 2018, p. 90).

En términos generales para Rojas (2014) la ansiedad se puede considerar como “una emoción negativa ya que se vive como amenaza de forma anticipatoria repleta de malos presentimientos, poco claros y difusos, cuenta con un perfil menos controlable”

Por otro lado, Sierra et al., (2003) señalan que la ansiedad también es considerada como una manifestación de anticipaciones a peligros futuros que no son definibles ni tampoco imprevisibles.

No obstante, una de las características más importantes de la ansiedad es su capacidad de anticipar, es decir de tener la facultad de prever el peligro o amenaza adquiriéndole un valor funcional importante. También es considerada como activadora de las respuestas del individuo ante posibles daños, concibiéndose, así como un mecanismo adaptativo de protección y preservación.

La ansiedad también es considerada una reacción emocional donde se presenta un sentimiento infundado de miedo, duda, aprehensión y tensión frente a una alerta que no se puede identificar y que compromete la función del organismo.

Se define como un fenómeno caracterizado por emociones no objetivas de desconfianza, tensión, preocupación y nerviosismo, que son percibidos por la persona en un periodo de tiempo.

Ésta empieza a partir de una idea producida en la mente que puede ser una expectativa o un recuerdo, la cual puede provocar inquietud e incertidumbre frente a circunstancias que son descifradas como amenazadoras (*Córdoba et al., 2018, p. 90*).

Para Rojas (2014) Puede presentarse como reacción emocional de alarma y se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior que podemos calificar de emoción.

Que a su vez da lugar a una hiperactivación fisiológica, donde todo se vive con miedos, temores y malos presagios. No es un fenómeno unitario, ya que puede tener cuatro componentes esenciales que provocan cuatro sistemas de respuesta:

- Respuestas físicas
- Respuestas de conducta
- Respuestas cognitivas
- Respuestas asertivas

Por último, con relación a un sentido funcional según menciona Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas (2008) “el objetivo de la ansiedad es abastecer al

organismo de energía para eliminar o contrarrestar el peligro a través de una respuesta, ya sea mediante la acción de huir o en forma de agresión. Este mecanismo actúa adaptativamente de forma que activa mecanismos de alerta ante posibles estímulos agresivos o amenazantes. En clínica se considera a la ansiedad cuando:

- El estímulo no es un peligro o inofensivo y sin embargo la respuesta de alerta es compleja
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo y supera el mecanismo meramente de adaptación y persisten los niveles de alerta.
- Cuando los niveles de alerta afectan la vida social y rendimiento del individuo

Parece haber tres factores que estarían desencadenando el proceso de ansiedad: novedad, inseguridad y expectativa. Las experiencias nuevas ocasionan inseguridad, ya que hay necesidad de adaptarse a una nueva situación ante algo desconocido y eso no es agradable para el ser humano. Con relación a la expectativa, ésta ocasiona un aumento del nivel de ansiedad, encerrando el círculo de los tres factores *(Da Cunha, Corrêa & Álvarez, 2007, p. 265)*

En síntesis, la ansiedad se puede considerar una reacción normal del individuo cuando ésta se presenta de forma moderada para una mejor adaptación ante posibles amenazas que podrían estar poniendo en peligro la vida del sujeto,

iniciando a partir de una idea en la mente del sujeto en forma de recuerdo o como una expectativa; sin embargo, ésta puede llegar a convertirse en un problema mayor cuando se presenta de forma recurrente y sin tener motivos para estarlo, apareciendo únicamente en la mente del individuo de forma difusa y afectando la vida cotidiana. Además, a la ansiedad se le considera como una emoción negativa ya que se vivencia como una anticipación de posibles amenazas otorgándole un valor funcional importante, experimentando un conjunto de manifestaciones tanto físicas como mentales que se presentan a través de diversos signos y síntomas corporales.

## **1.2 ANSIEDAD DENTAL**

La ansiedad es considerada como el principal obstáculo para poder llegar al éxito en la atención odontológica. En contraste con los avances en la tecnología y los adelantos científicos, muchos pacientes experimentan ansiedad en la atención dental, por lo cual, controlar y disminuir esta situación representa un reto para la Odontología, para la cual se necesita el apoyo de la Psicología Clínica (*Córdova & Santa María, 2018, p. 90*).

El más grande inconveniente en el ámbito odontológico es el incumplimiento de los pacientes al evitar sus citas o cancelarlas debido a la ansiedad que les ocasionan los tratamientos odontológicos. Es por esta razón que la alta incidencia reportada

de pacientes con ansiedad ante tratamientos odontológicos ha llamado la atención de psicólogos y odontólogos debido a las consecuencias que recaen en la salud oral y el bienestar de los pacientes (Caycedo et al., 2008, p. 260).

Por otro lado, para Caycedo (2008) la ansiedad ante el tratamiento odontológico, llamada también fobia dental, ansiedad dental u odontofobia.

Es definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental, o ante el propio tratamiento dental. Pueden llegar a presentarse síntomas de ansiedad cuando el individuo se expone a los estímulos fóbicos llámese (equipo dental, odontólogo o tratamiento) los cuales podrían estar ocasionando un ataque de pánico.

Y por último el paciente puede evitar cualquier estímulo relacionado con el ambiente dental o en caso de presentarse alguno de ellos, posiblemente experimente alto grado de ansiedad lo que ocasionará conflictos en la vida del individuo. Entre las consecuencias reconocidas de la ansiedad ante el tratamiento odontológico se encuentran: la evitación lo que a su vez ocasiona interrupción ante el tratamiento y la evitación de futuras visitas con el profesional.

Por otro lado, las respuestas del paciente ante el tratamiento o a cualquier estímulo estresor relacionado con el entorno dental y la manera de resolverlo por parte del odontólogo afectarán en gran medida y tendrán un importante impacto negativo en

la relación odontólogo-paciente, siendo también estas fuentes estresoras para el profesional.

La ansiedad dental es considerada como un fenómeno bastante complejo y es por esta razón que existen múltiples variables que lo pudieran estar ocasionando y no pueden disminuirse a una sola razón.

La ansiedad dental se considera multifactorial debido a que son diversos y variados los agentes desencadenantes de la ansiedad en el medio odontológico. El estado vigilante y aprensivo del paciente se puede asociar a factores tales como:

- El ruido del equipo
- El olor característico de los materiales y la sangre
- La forma intimidante del instrumental
- El dolor y molestias causadas
- El tiempo de duración de la intervención
- La posición de inmovilidad e indefensión del paciente
- El aspecto físico del consultorio
- Las características y comportamientos del personal odontológico, entre otros (*Amaíz & Flores, 2016, p. 24-25*).

Se sabe que los pacientes con un alto grado de ansiedad experimentan sobreestimación del dolor incluso mucho antes de llevarse a cabo el procedimiento, y también lo hacen una vez concluido el procedimiento al pedirles que recuerden el dolor experimentado (*Muza & Muza, 2008*).

Para Córdoba (2018) “De manera muy específica la ansiedad dental es una respuesta que se activa ante cualquier estímulo o circunstancia de origen dental lo que necesitará atención especial. Los principales síntomas son”:

- aumento de pulsaciones
- sudoración
- aumento de la frecuencia en la micción
- sensación de falta de aire (a nivel fisiológico)
- negatividad
- pensamientos desastrosos
- evadir la circunstancia que causa la ansiedad y la presencia de tics a nivel motor

Asimismo, hay que recordar que la ansiedad extrema en el consultorio dental puede exacerbar problemas médicos preexistentes, asociados a angina de pecho, asma, convulsiones, hipertensión arterial y diabetes mellitus. O bien inducir otros

relacionados al estrés como: el síndrome de hiperventilación o síncope vaso depresor (*Amaíz et al., 2016 p.24*).

De igual manera para Amaíz et al., (2016) “existe una diversidad de explicaciones respecto al desarrollo y etiología de la ansiedad dental, entre ellas el aprendizaje debido a experiencias traumáticas y el aprendizaje social o por modelos”

Para Caycedo (2008) desde modelos cognitivo-sociales, se reconoce como el factor principal de adquisición de esta fobia la transmisión de actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico por parte de los padres u otros significativos.

La ansiedad dental, además de afectar el estado de salud oral del paciente, puede tener un impacto mucho mayor en su vida. La ansiedad dental evoca respuestas del tipo ‘temor o lucha’ y pueden llevar a sentimientos de cansancio excesivo luego de una cita dental. Los impactos cognitivos de la ansiedad dental incluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, perturbaciones del sueño y de hábitos alimenticios, y una mayor automedicación (*Hmud & Walsh, 2009, p. 241*).

La ansiedad dental es un problema sumamente importante de resolver en la vida del paciente, considerándose una respuesta ante cualquier estímulo dental, donde se presenta un miedo excesivo y persistente antes, durante e incluso después de

haber concluido el tratamiento, afectando la salud oral del paciente. Los síntomas que ocasiona la ansiedad son asociados a cambios fisiológicos, psicológicos y conductuales, por otro lado, los factores generadores de ansiedad son diversos, sin embargo, se considera un estímulo fóbico a cualquier objeto o circunstancia que sea generadora de ansiedad, generando a su vez conductas de evitación, interrupción del tratamiento, postergación de citas, e incluso en casos extremos puede agravar enfermedades previas del paciente.

### **1.3 PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA ANSIEDAD DENTAL**

“La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas. Dada su alta prevalencia, es de esperarse que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas dentales” (*Hmud y Walsh 2009, p. 237*).

En México no se encuentran reportes sobre la incidencia y prevalencia de ansiedad dental, sin embargo, se presentan resultados arrojados en distintas partes del mundo.

Por ejemplo, para Hmud et al., (2009) un estudio realizado en Holanda muestra que “Generalmente, las mujeres suelen ser más ansiosas que los hombres. No obstante,

otros estudios informan que la ansiedad tiende a aumentar con la edad sin diferencias significativas con respecto al sexo del paciente”

“La prevalencia nos indica que entre el 8 y el 15% de la población presenta fobias al consultorio dental y al recibir atención odontológica” (*Amaíz et al., 2016, p. 23*).

Sin embargo, Amaíz et al., (2016) “Menciona múltiples estudios que demuestran que entre un 85 y 90% de los pacientes experimentan miedo o ansiedad antes o durante el tratamiento odontológico”

De modo que, para Muza et al., (2008) en muestras obtenidas en pacientes de Chile “Alrededor de un 75% de los adultos han experimentado algún grado de ansiedad frente a tratamientos dentales”

Del mismo modo para Córdoba et al., (2018) en Perú “Dentro de la condición que evidencia mayor porcentaje en la presentación de ansiedad es el momento en que el dentista carga la jeringa con la anestesia, donde el 23,4% indica que se ponen ansiosos muy frecuentemente y siempre”

Este grado de incidencia se debe a que la mayoría de los tratamientos dentales pueden causar miedo y dolor. Siendo automáticamente un agente ansiogénico para

los pacientes en especial durante los tratamientos en los cuales se hace uso obligatorio de las agujas para la aplicación de la anestesia (Córdoba et al., 2018).

Generando la ansiedad tres componentes de respuesta que, si bien son distintos, éstos interactúan entre sí, como son el componente cognitivo, fisiológico y motor. Los aspectos cognitivos displacenteros implicarían una interferencia con la concentración, hipervigilancia atencional e incapacidad para recordar ciertos eventos. Por otro lado, los aspectos fisiológicos tienen que ver con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, lo que lleva en ocasiones a una falta de respiración, transpiración y palpitaciones. Finalmente, el componente motor implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos que pueden ir desde la evitación hasta el escape de la consulta dental (Ríos et al., 2014, p. 40).

Considerando lo anterior, la ansiedad odontológica es una de las mayores situaciones temidas, estando mayormente presente en las mujeres que en los hombres. Se encontró que la ansiedad se da tanto en el consultorio dental como a la hora del tratamiento antes y durante, encontrando que el momento donde es mayor el nivel de ansiedad es cuando el dentista toma la jeringa con la anestesia, esto debido a que en la mayoría de los tratamientos odontológicos se hace uso de este proceso y se considera con mayor dolor convirtiéndolo automáticamente en un proveedor de ansiedad.

## 1.4 ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL CORAH

Numerosos estudios demuestran que la ansiedad es evaluada mediante la escala de ansiedad dental de Corah y la escala modificada de Humphries en diferentes países del mundo., en México un estudio reciente Carmona (2018) muestra la aplicación de la escala el cual lleva el título de: “relación del nivel de ansiedad dental de los niños y padres en la primera consulta dental”.

Por tanto, la ansiedad del paciente se considera una variable que obstaculiza de manera importante en el consultorio y en la calidad de la atención dental, debido a esto y a la importancia que significa para la investigación de las ciencias del comportamiento dirigidas a la odontología, se han desarrollado instrumentos que faciliten la atención y evaluación de la ansiedad en adultos frente a la visita dental.

“La literatura especializada relaciona por lo menos 7 instrumentos diversos para determinar el grado de miedo dental en adultos”

- La Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS)
- La Escala de Ansiedad Dental Modificada de Humphries (MDAS)
- La Kleinknecht´s Dental Fear Survey (la encuesta de miedo dental de Kleinknecht)
- Dental Anxiety Question (cuestionario de ansiedad dental)
- Gatchel´s 10-Point Fear Scale (Escala de 10 puntos de Gatchel)

- Photo Anxiety Questionnaire (cuestionario de ansiedad por fotos)
- Dental Anxiety Inventory (SDAI) (inventario de ansiedad dental)”

*(Caycedo et al., 2008, p. 266).*

Es de suma importancia mencionar y conocer los instrumentos que pueden ayudar a los especialistas a detectar la ansiedad en el ámbito dental, para ello dependerá en gran medida conocer qué se quiere evaluar, para qué y quién o quiénes van a ser evaluados. Debemos elegir aquellas pruebas que respondan a las necesidades específicas de la evaluación que vayamos a realizar y que posean la mayor fiabilidad y validez. Sin embargo, en muchas ocasiones, dispondremos de más de una prueba con buenas calidades psicométricas que evalúan un mismo constructo, y debemos elegir entre una de ellas.

Sin embargo, en esta investigación se profundizó en la escala de ansiedad dental de Humphries (MDAS) debido a que es un cuestionario de auto reporte, es corto y cuenta con un alto grado de propiedades psicométricas que a diferencia de la escala de ansiedad de Corah (DAS), el MDAS incluye una quinta pregunta relacionada a la inyección.

La Escala de Ansiedad Dental (EAD) desarrollado por Norman Corah en el año 1969. Es un instrumento sencillo, consta de 4 preguntas de autoadministración y sus respuestas son de alternativas, tipo Likert.

Dispone de una alta validez y confiabilidad pese al reducido número de ítems. Los autores señalan que esta validez y confiabilidad se debe a que el cuestionario está libre de respuestas prejuiciadas, ya que tener miedo al dentista es socialmente aceptado.

Por lo cual el que responde la prueba no trata de buscar la respuesta adecuada, sino que responde honestamente (*Rojas & Misrachi, 2004, p. 243*).

Del mismo modo para Ríos et al., (2014) Dichas preguntas tienen cinco alternativas de respuesta, obteniéndose rangos de puntaje totales que van de 4 a 20 puntos, que permiten categorizar al paciente desde las dimensiones "relajado" hasta "fobia dental".

Una de las cualidades de este instrumento es que sus puntajes son altamente fidedignos, ya que como la ansiedad dental es socialmente aceptada, el tener miedo al dentista hace que poca gente tenga la necesidad de ser condescendiente cuando se le consulta al respecto.

La clasificación de ansiedad dental de Norman Corah implementada en este trabajo es realizada por niveles.

Cada nivel presenta manifestaciones diferentes que varían en intensidad y tienen una incidencia sobre la respuesta de la persona, en sus diferentes dimensiones

(fisiológica, cognitiva y corporal), a partir de 15 el paciente es considerado con ansiedad severa o fobia (*Martínez, Ramos, Mantilla, Duran & Valencia, 2014, p. 113*).

MDAS (Modified Dental Anxiety Scale), “escala de ansiedad dental de Corah modificada”, la cual es muy similar al Corah, agregando además una pregunta referente a la inyección de la anestesia.

También es un instrumento de auto reporte con cinco alternativas de respuesta que van desde la “no ansiedad” hasta “extremadamente ansioso”. Los ítems son sumados para obtener el puntaje total, y mientras más puntaje, mayor es la ansiedad dental del paciente.

Dicho instrumento ha mostrado una adecuada confiabilidad y validez tanto en el Reino Unido como en otros países europeos (*Ríos et al., 2014, p. 41*).

La escala de ansiedad dental modificada fue utilizada más recientemente en México en el año 2018 por Carmona Jocelyn en un trabajo para obtener el grado de especialidad en odonto-pediatría llamado relación del nivel de ansiedad de los niños y padres, donde se midió el nivel de ansiedad dental de los padres en la primera consulta dental de sus hijos (*Ríos et al., 2014, p. 41*).

## **1.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO.**

Se cree que la psicología y la odontología son 2 áreas totalmente diferentes y no empatan entre sí, sin embargo, tienen múltiples intereses en común.

En primer lugar, para Amaíz et al., (2016) como ciencia encargada del estudio del comportamiento, para los odontólogos es de gran importancia a la hora de atender los problemas dentales, ya que puede afectar en gran medida el comportamiento de los pacientes en el tratamiento dental. Por esta razón el especialista dedicado a la salud oral tiene la necesidad y obligación de brindar al paciente un trato y atención integral.

Por esta razón se necesita de un trabajo multidisciplinario en donde ambas ciencias compartan conocimientos y puedan otorgar un mejor trato, para que los conocimientos psicológicos puedan mejorar la calidad de la salud oral de los pacientes que padecen ansiedad dental mediante favorables tratamientos odontológicos y de esta forma establecer los niveles de ansiedad que presenta el paciente para establecer el mejor plan terapéutico.

La ansiedad puede variar tanto en intensidad como duración, de ahí la importancia de conocer la clasificación de los trastornos de ansiedad en el paciente odontológico

- Leve o baja: Prevalece la calma (homeostasis orgánica). Existe ligera dificultad para la realización del examen, diagnóstico o tratamiento odontológico.
- Moderada: Caracterizada por el desconcierto, las actitudes aprensivas y la agitación psicomotriz. Existen signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional suficientemente intensos como para dificultar el examen, diagnóstico o tratamiento odontológico, lo que obliga a un cambio en la rutina del odontólogo. Suele estar acompañada por incertidumbre, aprensión y nerviosismo.
- Severa o alta: Se caracteriza por miedo y temor intenso, que se puede acompañar de pánico. Se detectan diversos signos y síntomas de deterioro psicológico funcional que impiden la realización del examen, diagnóstico y tratamiento odontológico en la cita programada, forzando un cambio en el día de la cita, o a la negativa por parte del paciente, del odontólogo o de ambos para seguir el tratamiento. En estos casos, emerge una respuesta de miedo, temor intenso acompañado de conductas de pánico (evitación- huida- desesperación) (*Amaíz et al., 2016, p. 23*).

Desde el punto de vista clínico, para Sánchez (2008), la ansiedad se puede clasificar en 6 tipos:

1. Ansiedad de tipo generalizada: Ésta se presenta en forma leve pero continua y de larga duración; se observa en personas que se preocupan con frecuencia y de manera excesiva por los detalles de la vida cotidiana.

2. Estrés: Es una forma de ansiedad. En estos casos se puede identificar algún factor que aparece en forma repentina en la vida del sujeto, provocándole angustia, como la aplicación de un procedimiento que él considere peligroso. Con frecuencia el odontólogo sugiere alguna solución poco ordinaria, como la administración de medicamentos sedantes, o la consulta con el médico anesthesiólogo para valorar la solución del comportamiento negativo y poco cooperador del paciente adulto fóbico, bajo anestesia general.

3. Pánico: Los ataques de pánico se caracterizan por ser breves: de tres a 10 minutos, pero muy intensos. El sujeto puede experimentar sensación de muerte. Estos estados sólo pueden ser controlados cuando al sujeto se le administran sedantes en dosis tales que se convierten en hipnóticos de acción corta o prolongada, según el sedante, sometiendo al sujeto a un sueño profundo con pérdida de la conciencia y disminución de sus reflejos de defensa, por lo que si está anestesiado es necesario que un especialista lo vigile con monitorización hasta su recuperación.

4. Fobia: Es una ansiedad intensa que aparece cuando el sujeto tiene que enfrentar situaciones de objetos reales como la presencia del odontólogo, la apariencia de los hospitales, los trajes de las enfermeras.

5. Otros estados de ansiedad: Éstos pueden ser provocados por patologías o medicamentos. Entre las enfermedades que producen ansiedad se encuentran las endócrinas tales como: tumores hipofisarios, tiroides, paratiroides o glándula suprarrenal y la hipoglucemia, además de las enfermedades neurológicas degenerativas: el alcoholismo, los síndromes premenstruales y las drogas como: la anfetamina, la cafeína, la cocaína los esteroides, los descongestionantes

nasales, los medicamentos antiasmáticos o la suspensión brusca de psicofármacos.

6. Enfermedad mental: La ansiedad puede formar parte de la enfermedad mental, como los estados depresivos o las drogas antidepresivas, o bien comportamientos como la esquizofrenia.

Así mismo Apolo, Rivas & Vera (2017) consideran lo siguiente: En el área de salud odontológica es frecuente la atención de pacientes que podrían presentar patologías mentales, las mismas que por su condición demandan de una atención especial que permita dar paso al motivo de consulta considerando la situación particular. Los síntomas más observados a la hora de la atención odontológica tienen que ver con un nivel de ansiedad propio de cualquier persona que se somete a una atención odontológica.

De la misma forma, para Morrison (2014) Dentro del DSM-V Guía para el diagnóstico clínico: *“Es posible diagnosticar uno o más de los siguientes trastornos en personas que presentan con síntomas notables de ansiedad; un solo individuo puede padecer más de un trastorno de ansiedad”*:

#### Trastornos de ansiedad primarios:

1. Trastorno de pánico. Estos pacientes experimentan repetidos ataques de pánico, episodios breves de temor intenso acompañados por distintos síntomas

físicos y de otros tipos, aunado a la inquietud de desarrollar otras crisis y otros cambios conductuales relacionados.

2. Agorafobia. Los pacientes con esta afección temen a situaciones o lugares como ingresar a una tienda, donde pudieran tener dificultad para conseguir ayuda si desarrollaran ansiedad.

3. Fobia específica. En esta condición, los pacientes temen a objetos o situaciones específicos. Algunos ejemplos son animales, tormentas, alturas, sangre, aviones, sitios cerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad.

4. Trastorno de ansiedad social. Estos individuos se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben o comen en público, o usan un baño público.

5. Mutismo selectivo. Un niño decide no hablar, excepto cuando está solo o con ciertas personas cercanas.

6. Trastorno de ansiedad generalizada. Si bien estas personas no experimentan episodios de pánico agudo, se sienten tensas o ansiosas gran parte del tiempo y se preocupan por muchas cuestiones distintas.

7. Trastorno de ansiedad por separación. El paciente desarrolla ansiedad cuando se separa de un progenitor o de alguna otra figura a la que se siente apegado.

8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Los ataques de pánico y los síntomas de ansiedad generalizada pueden ser causados por numerosas afecciones médicas.

9. Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento. El consumo de una sustancia o medicamento ha desencadenado ataques de pánico u otros síntomas de ansiedad.

10. Trastorno obsesivo-compulsivo. Estos enfermos se inquietan por pensamientos o conductas repetidos que pueden parecer sin sentido, incluso para ellos.

11. Trastorno de estrés postraumático. Un evento traumático intenso, como un combate o un desastre natural, se experimenta de nuevo una y otra vez.

12. Trastorno de estrés agudo. Esta afección es muy parecida al trastorno de estrés postraumático, excepto porque inicia durante o inmediatamente después de un evento estresante y dura un mes o menos.

13. Trastorno de la personalidad por evitación. Estas personas tímidas se sienten heridas muy fácilmente por la crítica que dudan en involucrarse con otras.

14. Especificador “con tensión ansiosa” para el trastorno depresivo mayor. Algunos individuos con trastorno depresivo mayor tienen gran tensión y ansiedad.

15. Trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad. Con frecuencia, el pánico y otros síntomas de ansiedad forman parte de algún trastorno de síntomas somáticos y del trastorno de ansiedad por enfermedad.

Es de suma importancia conocer los trastornos que pueden presentarse dentro del consultorio dental para saber de qué forma pueden ser tratados los pacientes y como impactan en el tratamiento dental, además de estar informados sobre la etiología del padecimiento y si este es ocasionado por el ambiente odontológico o a consecuencia de un problema de salud. Considerando la caries dental uno de los principales y más comúnmente motivos de consulta mi trabajo se basará en este problema bucal.

En América latina también se ha estudiado la ansiedad como lo hicieron en Colombia Caycedo, y cols. (2008) encontrando en su estudio que entre las causas que más ansiedad generan en la consulta dental son los tratamientos que incluyen jeringas y agujas (47.2%), la anticipación de la extracción dental (34.7%) y la anticipación del uso de la fresa dental (25.4%).

De acuerdo con una revista cubana el reducir la salud a solo lo bucal, sin tener en cuenta al individuo y menos a su aspecto social, aleja de la reconocida necesidad de preservar la integridad bio-psico-social que es el ser humano. Entonces la Estomatología u Odontología, consecuentemente, sería la ciencia encargada de la preservación de la integridad bio-psico-social del ser humano, a través de acciones de fomento de salud, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación de enfermedades en el complejo bucomaxilofacial; así se entendería mejor como parte inseparable de las ciencias médicas y ciencia de la salud. En tanto la salud bucal pudiera ser definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social relacionado con la preservación del complejo bucomaxilofacial; de esta manera se

comprendería más fácil como parte inseparable del todo que es la salud (Gispert, Florit & Herrera, 2015, p. 64).

Para Rodríguez y Cázares (2018) La ansiedad al tratamiento estomatológico constituye una temática de gran actualidad, sus efectos tienen gran impacto desde el punto de vista psicológico y de salud bucal en el individuo adulto, por lo que se observa un incremento creciente de profesionales de la salud investigando multi e interdisciplinariamente el pensamiento y la conducta de los pacientes para buscar mejores alternativas de solución.

### MODELO DEL CÍRCULO VICIOSO DE BERGGREN

El modelo de círculo vicioso de Berggren (2018) es el modelo más comentado y fundamentado en la literatura para describir los componentes que dan lugar a los efectos de la ansiedad al tratamiento estomatológico.

Figura 1. Modelo de círculo vicioso de ansiedad y miedo de Berggren



Nota. Esta figura muestra cómo a partir de la ansiedad se inicia una dinámica continua sin límite. Berggren (2018, p. 5)

Teniendo en cuenta su dinámica, la ansiedad al tratamiento estomatológico en un individuo (surgida por diferentes causas) puede llevarlo a evitar el tratamiento estomatológico, es decir, evitar las visitas regulares a la consulta estomatológica, realizarlo solo en caso de urgencias, incluso evitar el tratamiento de manera absoluta. Este comportamiento de no adherencia da lugar a un deterioro progresivo de la salud bucal que lleva al individuo a padecer enfermedades bucales las cuales pueden llegar a su máximo grado de gravedad, y dar lugar a tratamientos invasivos y dolorosos. A su vez este deterioro de la salud bucal lleva a experimentar sentimientos de vergüenza e inferioridad por el grado de afectación bucal que se presenta *(Rodríguez & Cázares, 2018, p. 5)*.

Los pacientes ansiosos al tratamiento estomatológico no sufren solamente consecuencias sobre su salud bucal, también es posible apreciar consecuencias psicosociales, relacionadas fundamentalmente con sentimientos de apariencias negativas y un aislamiento social del individuo como resultado de su deterioro bucal. En muchas ocasiones los pacientes refieren información falsa para ocultar o enmascarar la verdadera realidad de su salud bucal debido a la baja autoestima o complejos de inferioridad que este le genera, al determinar la autoestima relacionada con la estética facial en pacientes con alta ansiedad y su relación con la salud bucal y psicológica ,obtuvo como resultado que los pacientes con alta ansiedad tenían valores bajos de satisfacción en relación con su estética facial (incluyendo boca, dientes, encía y cara), demostrando que la autoevaluación de la estética facial estaba relacionada con la salud bucal y psicológica de los individuos,

pues poseer dientes saludables constituye una de las normas aceptadas en la sociedad moderna (*Rodríguez & Cázares, 2018, p. 7*).

## **CAPITULO II. TRATAMIENTO DE CARIES DENTAL**

### **4.3 DEFINICIÓN**

Se considera a la caries dental como un proceso patológico complejo de origen infeccioso y transmisible que afecta a las estructuras dentarias y se caracteriza por un desequilibrio bioquímico (*Estrada, Pérez & Fuentes, 2006, p. 1*).

Se considera según la Federación Dental Internacional (FDI) una enfermedad multifactorial, causada por la interacción entre la superficie del diente, el biofilm bacteriano (placa dental) y la presencia de azúcares en la dieta. Las bacterias del biofilm metabolizan los azúcares produciendo ácidos, los cuales, con el tiempo, van a desmineralizar el esmalte (*Hescot, 2015, p. 18*).

Según la FDI la caries dental es principalmente causada por el consumo de azúcares y puede ser prevenida reduciendo la ingesta de azúcares, el uso apropiado de flúor y la promoción de una buena higiene oral. La caries dental es una enfermedad muy prevalente durante la infancia, constituye por su magnitud y trascendencia un importante problema de salud pública. Suele aparecer en los

niños y en los adultos jóvenes, pero puede afectar a cualquier persona y son la causa más importante de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes (Hescot, 2015, p. 18).

Epidemiológicamente la caries dental constituye un problema de salud pública con un alto grado de morbilidad y elevada prevalencia (Oropeza, Molina, Castañeda, Zaragoza & Cruz, 2011, p. 64).

Estudios realizados entre los años 1990 y 2010 reportaron que la caries dental no tratada es la patología más común, entre las 291 enfermedades estudiadas en el marco del Estudio Internacional sobre la carga de las Enfermedades (Heredia, Villavicencio, & Jaramillo, 2018, p. 37).

Según (OMS-WORLD Health Report 2003), 5 mil millones de personas padecen caries dental, lo que equivale aproximadamente a un 80 % de la población mundial.

Otros estudios plantean que la caries dental la padece aproximadamente el 99 % de la población de América Latina y un 96 % del mundo (González, Martínez, Betancourt, Rodríguez & Morales, 2009, p. 32).

En México en décadas pasadas la caries afectaba alrededor de 99% de los adultos. A partir del año 2000 se ha reportado en la ciudad de México disminución de la

prevalencia e incidencia de caries la cual es atribuida especialmente a la incorporación del flúor a la sal (*Oropeza et al., 2011, p. 64*).

En más de 22 países se cuenta con programas de fluoruración del agua, en dichos países se han observado disminuciones en el índice de caries cercanas al 60%. El proceso de caries es crónico y toma generalmente más de un año para que una lesión se desarrolle desde sus primeros estadios de lesión incipiente hasta una lesión con cavitación (*Irigoyen, Zepeda, Sánchez & Molina, 2001, p. 99*).

Para Díaz y González (2010) La caries dental se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento.

La caries de los mexicanos se debe a muchos factores, entre los que se ha mencionado el elevado consumo de golosinas y alimentos chatarra, a esto se le agrega la falta de higiene oral y la inadecuada educación de la sociedad en relación al cuidado de la salud bucal (*Oropeza et al., 2011, p. 64*).

La caries no tratada puede dificultar el comer y el dormir, puede tener impacto en el crecimiento del menor y es la causa principal de absentismo escolar y laboral (Hescot, 2015, p 16).

Por lo tanto, afecta funciones básicas vitales como la alimentación y la nutrición y altera otras más complejas que influyen psicosocialmente en la vida de relación de las personas. Esto permite afirmar que tanto la calidad de vida, como la salud integral se ven comprometidas como consecuencia de la enfermedad caries (Olmos, Musto, Lorenzo, Álvarez & Massa, 2013, p. 27).

Para Hescot (2015) Se requiere una combinación de estrategias para encarar la carga global que supone la caries, y que incluye:

- La integración plena de la salud bucodental en las estrategias comunitarias de prevención y de promoción de la salud.
- La exposición al flúor. El uso regular de pasta fluorada es la mejor vía para garantizar un buen efecto preventivo.
- acceso universal a los cuidados básicos en salud bucodental, que cubran al menos el alivio del dolor, la promoción de la salud bucodental y la gestión de las enfermedades bucodentales, incluyendo a la caries.
- La vigilancia global y nacional de las enfermedades bucodentales debe formar parte integral de la vigilancia epidemiológica rutinaria.

La OMS establece un nuevo programa de salud bucodental con prioridades para abordar factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo, por otra, parte se ocupa de tratar los principales determinantes socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud bucodental. Los países deberán velar por que se haga un uso adecuado del flúor para prevenir la caries dental, al tiempo que deberán tener en cuenta que la insalubridad del agua y la falta de higiene son factores de riesgo medioambientales para la salud bucodental y para la salud en general (*Viltres, Arderi, Pena & Estrada, 2017, p. 121*).

En resumen, se puede considerar la caries como la enfermedad más “común” en los humanos desde hace muchos años afectando sobre todo el deterioro dentario debido principalmente al consumo de azúcares seguido de una mala educación bucal e higiene oral, por tanto, recaen múltiples conflictos en las diferentes esferas de la vida de las personas que la padecen (biológico, psicológico y social), considerándose una enfermedad o patología que puede ser contagiosa, crónica e infecciosa si no se detecta a tiempo; afectando y apareciendo principalmente en niños, no obstante la padecen tanto jóvenes como adultos, por dicho motivo se han implementado programas de control y prevención a nivel masivo para la disminución de este padecimiento donde se encontró que el problema estaba siendo radicado primordialmente en la cantidad de flúor que se encontraba en alimentos y bebidas,

por dicha razón se inició la disminución de este elemento para poder reducir con el porcentaje de personas que padecen caries dental. Hoy en día se sabe que se requiere de una combinación de estrategias para combatir la enfermedad, entre ellas están: el acceso a información sobre salud e higiene bucal, uso de dentífricos con flúor y la supervisión constante para la implementación y renovación de programas sobre cuidado dental.

## **2.2. INDIFERENCIA AL TRATAMIENTO**

La indiferencia al tratamiento dental es una “actitud definida como una subestimación de los dientes o falta de interés en la salud oral.

Manifestada principalmente por poco cuidado dental, falta de cumplimiento en recomendaciones del profesional, el escaso compromiso en la asistencia a las citas odontológicas debido a diversos juicios errados como restarles importancia a estos procedimientos o escoger el tratamiento dental no adecuado o el más rápido según el criterio del paciente (*Heredia et al., 2018, p. 38*).

Heredia et al., (2018) La literatura manifiesta que algunos pacientes realizan un análisis de riesgo-beneficio de la necesidad o las ventajas de seguir o no un tratamiento. Con frecuencia la decisión del paciente se basa en la evaluación de la importancia considerada en cuatro factores:

- 1) La prioridad de cumplir con el tratamiento.

- 2) La percepción de gravedad de la enfermedad.
- 3) La credibilidad de la eficacia del tratamiento.
- 4) Aceptación personal de los cambios recomendados.

Diversas investigaciones han encontrado varias causas relacionadas con la indiferencia dental: miedo y la ansiedad, apatía al tratamiento dental, el nivel socioeconómico, nivel de educación.

Por lo cual uno de los retos más importantes, cuando se instaura un tratamiento odontológico, es superar esta barrera para lograr y mantener alta adherencia.

A manera de antítesis, se considera la no adherencia al tratamiento como “la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas ya sea de forma voluntaria o inadvertida, la negativa en seguir los esquemas de tratamiento indicados” siendo una decisión personal multifactorial (*Heredia et al., 2018, p. 38*).

### **2.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

En los años ochenta se empieza a utilizar el término “cooperación”. El término “cooperación” cambió y se transformó en “adherencia” introducido por Kontz en el año 1991 (*Cano & Martínez, 2019, p. 4*).

Desde entonces el concepto de adherencia ha sido definido de diferentes formas. En la literatura inglesa, los términos de cumplimiento y adherencia son los de mayor uso, sin embargo, también se han utilizado otros sinónimos tales como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia (*López, Romero, Parra & Rojas, 2016, p. 119*).

Por tanto, el concepto de adherencia se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende (*Gigoux, Moya & Silva, 2010, p. 238*).

Por su parte, Nogués y colaboradores afirman que la adherencia comprende dos aspectos: el cumplimiento en la toma de los medicamentos (en cuanto a la dosis y la forma) y la persistencia durante el tiempo de la prescripción (*López et al., 2016, p. 119*).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 la define como un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros, a saber:

1. factores relacionados con el tratamiento
2. factores relacionados con el paciente

3. factores relacionados con la enfermedad
4. factores relacionados con el sistema de atención sanitaria
5. factores socioeconómicos.

*(Cano & Martínez, 2019, p. 4).*

Desde otro punto de vista Kgatlwane y cols (2005) sustentan que el comportamiento humano y las creencias son también factores críticos a considerar:

- a. Inadecuados conocimientos y actitudes negativas hacia el tratamiento
- b. Efectos secundarios
- c. Limitaciones financieras
- d. Factores relacionados con el servicio
- e. Discriminación y diversas razones socioculturales, pueden ser posibles causas de la no adherencia al tratamiento y aumentar el costo de la atención y los malos resultados *(Cano & Martínez, 2019, p. 4).*

Para Avilés (2016) La adherencia puede lograrse de la siguiente manera:

- Informando al paciente sobre los diferentes métodos para el mantenimiento de la higiene oral
- Explicándole cómo la adherencia le beneficia y permite un resultado positivo del tratamiento
- Proporcionando una visión amplia e informativa de su problema específico.

- Estableciendo una relación positiva entre el odontólogo y paciente.
- El uso de recordatorios
- Además, es posible, por supuesto, contar con la familia y amigos del paciente como una potencia auxiliar de apoyo.

Para López et al., (2016) los métodos utilizados para medir la adherencia se clasifican en directos e indirectos.

A. Entre los métodos directos se encuentran:

- la terapia directamente observada
- la medición del nivel del medicamento o su metabolito en sangre
- la medición del marcador. biológico en sangre.

B. En cuanto a los métodos indirectos se hallan:

- los cuestionarios de auto-informes de los pacientes
- recuento de pastillas
- tasas de recarga del medicamento
- evaluación de la respuesta clínica del paciente
- monitoreo electrónico de la medicación (MEMS)
- medición de marcadores fisiológicos
- diario de los pacientes
- cuestionario para cuidador o tutores en caso de niños.

Se puede interpretar que estos factores están relacionados con la cooperación del paciente, por lo que es decisivo establecer una buena relación odontólogo-paciente basado en la confianza y la cooperación entre ambos (*Apolo, Apolo & Apolo, 2017, p. 147*).

Para Gigoux et al., (2010) La falta de adherencia tiene repercusiones económicas siendo considerada un tema prioritario de salud pública y una de las principales causas de fracaso terapéutico.

## **FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE ADHERENCIA**

Entre los factores cognoscitivos que aumentan la probabilidad de adherencia se encuentran: (a) las actitudes generales que tienen los pacientes sobre la salud y la enfermedad; (b) la percepción de riesgo, (c) los conocimientos específicamente los que se relacionan a las recomendaciones, (d) las creencias acerca de la salud y de los medicamentos y actitudes sobre el cuidado, (e) la experiencia previa que tienen los pacientes con los efectos secundarios de los tratamientos y (f) el optimismo. En relación con este último factor, se ha descrito que el optimismo aumenta la percepción de calidad de vida y de bienestar subjetivo, disminuye el estrés, aumenta las esperanzas de sobrevivir y de poder controlar las recaídas. Así mismo, la percepción de beneficio que tengan los pacientes en el tratamiento y el

conocimiento acerca de los riesgos del tratamiento a seguir hacen que estos se adhieran a los mismos (*Palacios & Vargas, 2011, p. 428*).

## **FACTORES PSICOLÓGICOS QUE DISMINUYEN LA PROBABILIDAD DE ADHERENCIA**

(a) los estados emocionales negativos o la falta de motivación; (b) los sentimientos negativos sobre la enfermedad; (c) la baja autoeficacia, (d) las expectativas sobre los resultados, (e) las alteraciones psiquiátricas, (f) la discapacidad, (g) la deficiencia de conocimientos sobre la enfermedad, sobre el tratamiento y sobre los resultados del mismo, (h) discapacidad física causada por la enfermedad; (i) duración del tratamiento; (j) dosis del medicamento, (k) dificultades para seguir el régimen terapéutico y (l) deterioro cognoscitivo (*Palacios et al., 2011, p. 430*).

En cuanto a la ansiedad, es un factor precipitante para la exacerbación de efectos secundarios de los tratamientos, lo que disminuye la adherencia. Específicamente la ansiedad que se presenta antes de una visita clínica, suele explicar que los pacientes no se adhieran por la anticipación de que tal visita podría estar asociada con recibir una mala noticia. Aún con el conocimiento de que la intención del tratamiento es curativa, los pacientes ansiosos tienden a discontinuarlo tempranamente (*Palacios et al., 2011, p. 431*).

En resumen, se puede definir a la adherencia como el grado de obediencia o seguimiento al pie de la letra de las recomendaciones pree escritas por el profesional, llámese toma de medicamento, cumplimiento de una dieta o cambio de estilo de vida. Al hablar de adherencia deben considerarse dos aspectos importantes los cuales son: la cantidad de medicamento administrado y el tiempo del mismo. Pueden estar interviniendo factores importantes para que no se de una adecuada adherencia al tratamiento como lo son: inadecuados conocimientos acerca del tratamiento, posibles efectos secundarios, problemas económicos, diversas razones socioculturales y/o actitudes negativas. Como consecuencia traerá efectos desfavorables y un aumento del valor real del tratamiento inicial. Para lograr una adecuada adherencia se necesita primordialmente de una buena relación odontólogo-paciente, explicar perfectamente el problema bucal del paciente con sus posibles tratamientos siempre con un vocabulario claro y entendible, asegurarse de que haya quedado perfectamente entendido el tratamiento y de ser posible identificar un familiar que pueda servir como un apoyo.

## **2.4 RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE**

El objetivo de la Psicología en Odontología es dotar al profesional de la Odontología de recursos que le permitan obtener mejor calidad en su trabajo. La herramienta

más útil para ello es aprender a comunicarnos con los pacientes. Si el profesional aprende a conocer y a comunicarse con sus pacientes, podrá manejar y solucionar mejor los conflictos que surjan (*Utrilla & Mediavilla, 2013, p. 203*).

Por tal razón, para Apolo et al., (2017) la relación médico-paciente, cuando es adecuada, constituye en sí misma un acto terapéutico basado en la confianza que deposita el paciente en el médico en su calidad de experto.

Por ello, saber qué decir en cada momento facilita las relaciones, evita los malos entendidos y, en consecuencia, mejora la calidad laboral diaria y con ello el bienestar profesional y personal (*Utrilla et al., 2013, p. 202*)

Asimismo, para Pizzi (2014) para que exista satisfacción recíproca entre profesional y paciente debe existir un grado de comunicación de excelencia; para ello, es necesario realizar, en primer lugar, una entrevista, la historia y un examen clínico detallado y completo.

Como resultado a esto, cuando se realiza inicialmente un buen interrogatorio y se logra una buena comunicación entre el paciente y el odontólogo se crean las condiciones para que se establezca una relación de confianza, como afirmó Álvarez (2012), que conducirá a una satisfacción por ambas partes y a la realización de tratamientos de calidad (*Apolo et al., 2017, p. 146*).

De la misma manera, menciona Apolo et al., (2017) que en todo momento el odontólogo debe tratar de responder a las expectativas del paciente, por lo que debe

ser cuidadoso en el lenguaje, tratarlos con amabilidad, con afecto, dirigirse con seguridad hacia el paciente, con una adecuada profesionalidad. De esta forma se establece una adecuada comunicación y confianza en el paciente, para que cuando se tengan que realizar determinadas técnicas difíciles y desagradables para el paciente éste las acepte y coopere con el tratamiento.

La relación con el paciente puede variar de uno a otro de muy diversas maneras dependiendo del sujeto en sí mismo, de su personalidad, edad, patología, nivel socio-cultural y económico (*Apolo et al., 2017, p. 146*)

De acuerdo con Parra (2014) los componentes para una buena relación odontólogo paciente son:

- La ética y la moral son componentes de gran importancia en la (R o-p).
- Empatía y compasión o comprensión. considerando a la empatía como la cualidad de participar emocionalmente en el estado de otros; la compasión es la comunicación profunda entre dos seres humanos a nivel de su humanidad.
- La duración de consulta es una variable importante y tiene un impacto significativo sobre la satisfacción del paciente

Por otro lado, para Pizzi (2014) existen tres modelos clásicos en la relación odontólogo paciente:

- Actividad (por parte del profesional) Pasividad (por parte del paciente).
- Guía (por parte del profesional) Cooperación (por parte del paciente).
- Participación mutua.

Siendo este último el más apto para poder tener una mejor relación ya que ambas partes se encuentran en sintonía y facilitan la labor del odontólogo.

Clásicamente la relación del paciente con el dentista puede subscribirse a tres formas según Del Rio Highsmith. (2003):

- a. Paciente pasivo: donde el dentista asume toda la responsabilidad y el mando y es el paciente el que de una forma pasiva obedece en todas las fases del tratamiento, es decir, se deja llevar sin resistencia.
- b. Paciente cooperativo: es cuando el paciente, informado de su estado y de su plan de tratamiento por parte del dentista, está dispuesto a colaborar y a seguir cada fase del tratamiento.
- c. Paciente y dentista que mantienen una relación de mutuo acuerdo o participación: es cuando por ambas partes se establece una buena relación y se comparten responsabilidades para el mantenimiento de la salud oral (*Apolo et al., 2017, p. 147*)

Antúnez Baró, et al., (2014), realizó algunas sugerencias simples y efectivas basadas en su experiencia de la práctica clínica, las que permiten elevar el impacto de una buena relación médico-paciente.

- Esté disponible para el paciente en todo lo que sea posible.
- Brinde a su paciente toda su atención cuando lo saluda.
- Trate de minimizar las interrupciones, especialmente cuando el paciente comienza a hablar en forma abierta.
- Demuestre atención y respeto en forma gestual, mire al paciente a los ojos periódicamente, intente escucharlo, inclínese hacia adelante, utilice adecuado tono de voz, etc.
- Haga preguntas de respuesta abierta. Esto demuestra respeto por la capacidad del paciente y aumenta la posibilidad de descubrir algo que de otra forma puede pasar inadvertido.
- Comparta información con el paciente a lo largo de la consulta sin esperar hasta el final para hacerlo. Esto reduce la ansiedad del paciente y aumenta su confianza.
- Utilice un lenguaje simple y repita todo lo que sea necesario para asegurarse que el paciente comprende.
- Sea auténtico con su paciente. No fuerce una conversación intimista o familiar si no se siente cómodo haciéndolo.

- No piense que el paciente que no formula preguntas, no desea estar totalmente informado. El paciente generalmente lo desea y necesita información (*Apolo et al., 2017, p. 148*)

Para poder llevar un adecuado tratamiento dental se requiere una excelente adherencia al tratamiento, la cual se obtendrá con acertada relación odontólogo-paciente, a través de una buena comunicación generando confianza para poder expresar cualquier duda que se genere durante el proceso y como odontólogo tener la capacidad para responder a esas necesidades de la mejor forma logrando que el paciente adquiera los conocimientos necesarios para entender el procedimiento y así mismo disminuya el grado de ansiedad que se genere. El trato puede variar dependiendo el nivel socioeconómico, escolaridad, edad, y personalidad. Por ello debe abordarse a cada paciente de acuerdo a estas variables buscando siempre generar empatía.

### III. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD DENTAL EN EL CONSULTORIO

Técnicas de modificación de la conducta:

Las técnicas conductuales se consideran herramientas que permiten realizar al paciente experimentos mediante los cuales pueda probar la validez de sus hipótesis o creencias. El hecho de hacer cosas que antes no hacía, porque creía que no podía o no era capaz, le permite descubrir cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta (*Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p. 384*)

El punto de partida es su consideración de la conducta como el objeto de estudio e intervención. Se enfatiza en centrarse en la relación entre la conducta y el entorno. Se considera que las conductas son actuaciones dirigidas a interactuar con el entorno (*Labrador, 2008, p. 34*)

El objeto de la intervención es la modificación o eliminación de comportamientos desadaptados (anormales), sustituyéndolos por otros adaptados (*Labrador, 2008, p. 35*).

Algunas de las técnicas que podemos utilizar para disminuir la ansiedad son:

A. Técnicas de afrontamiento:

- Relajación como estrategia de coping. Es decir, utilizar la relajación para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento adecuado de una situación particular
- Exposición graduada a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante Desensibilización Sistemática en la imaginación, o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad.
- Entrenamiento asertivo: que permita poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda (Ruiz et al., 2012, p. 385)

B. Técnicas emotivas:

- Distracción externa. Ver la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., son formas de distracción que sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales (vista, oído, gusto, tacto...) y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar (Ruiz et al., 2012, p. 386)

Específicamente para Amaíz, et al., (2016) entre las técnicas de intervención que se proponen para contener situaciones en las cuales el paciente se muestra ansioso ante la consulta odontológica, se encuentran:

- Relajación muscular progresiva de Jacobson: se le ordena al paciente que vaya tensando y relajando los distintos grupos musculares del cuerpo de manera gradual, en combinación con una respiración pausada a fin de disminuir los niveles de excitación psicofisiológica.
- Musicoterapia: utilización de sonidos instrumentales no sugerentes destinados a modular la respuesta emocional – social – cognitiva, a partir de la presentación de estímulos que influyen en la activación del sistema nervioso central
- Reestructuración cognitiva – Percepción de control: modificación de los esquemas de pensamiento de la persona en relación con sus percepciones aversivas relacionadas con una experiencia que califica como desagradable, mediante un proceso de confrontación racional de las creencias irracionales contra los hechos que avalan la apertura a la experiencia; todo ello procurando propiciar un estilo de afrontamiento basado en su capacidad individual para alcanzar la resolución de la situación problema.
- Psico educación: brindar información a la persona sobre los problemas vinculados a su situación personal de salud odonto-psicológica al igual que las distintas estrategias de las cuales se disponen para adiestrarlo en recursos de afrontamiento para superar episodios de conflicto.

Por otro lado, para Ríos, et al., (2014) existen otras herramientas tales como el uso de técnicas de relajación y la distracción. La relajación busca una distensión tanto psíquica como muscular, facilitando la recuperación y equilibrio, hacia un estado de tranquilidad en pacientes odontológicos que presenten ansiedad.

La distracción tiene como objetivo manejar la ansiedad, el estrés y el dolor que provocan los procedimientos clínicos, mediante la focalización de la atención fuera de los procedimientos dolorosos, siendo la música una forma de distracción. Ésta puede aliviar el dolor y la ansiedad trasladando conscientemente la atención lejos de los síntomas. También está la percepción de control, donde se le entrega al paciente la posibilidad de detener el procedimiento dental cuando lo estime conveniente, lo que llevaría a manejar adecuadamente la ansiedad.

Por otro lado, históricamente en el área de la psicología la ansiedad se ha explicado en teorías cognoscitivas y de aprendizaje:

La suposición de las teorías del aprendizaje es que la ansiedad es una conducta que puede ser aprendida por condicionamiento Pavloviano y condicionamiento operante. Unos de los primeros experimentos realizados en humanos para inducir el miedo condicionado o la fobia, fue el trabajo realizado por Watson y Rayner en 1920. El procedimiento para inducir la respuesta de miedo consistía en la asociación de dos estímulos, uno que inicialmente no producía respuesta de miedo con un ruido fuerte que producía miedo en el niño Albert, posteriormente la sola presentación del estímulo asociado con el ruido era capaz de inducir la respuesta de miedo (Cruz, González, Gómez & Arriaga, 2003, p. 96).

Una de las teorías psicológicas para explicar la adquisición de miedo, es la teoría del condicionamiento propuesta por O.H. Mowrer en 1939, donde se propone que la ansiedad es una respuesta aprendida que se presenta ante señales (estímulo condicionado) que en el pasado han sido seguidas de situaciones de daño o dolor (estímulo incondicionado). En otras palabras, la presencia de un estímulo aversivo (depredador, choque eléctrico) produce una serie de respuestas autonómicas (taquicardia, sudoración, etc.) Cuando el estímulo aversivo es asociado a otro estímulo “neutral” como un sonido o una situación en particular. Posteriormente la presencia de este estímulo o la exposición a este contexto o situación particular producirá un estado en el sujeto donde aparecen respuestas semejantes a las presentadas originalmente. A este estado se le ha llamado ansiedad condicionada (*Cruz et al., 2003, p. 96-97*).

Rojas Alcayaga et al., (2011), plantean que se han investigado diversas estrategias para disminuir la ansiedad dental. Entre ellas destacan las técnicas de relajación, la musicoterapia, la hipnosis, la desensibilización sistemática y las técnicas de percepción de control.

Las técnicas de relajación implican la distensión psíquica y muscular, facilitando la recuperación de un estado de tranquilidad en los pacientes ansiosos. En el ámbito de la atención odontológica, las técnicas de relajación han reportado efectos beneficiosos como lo reporta (*Alcayaga et al., 2011, p. 2-3*).

## **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

La terapia cognitivo conductual puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado. (*Ruiz et al., 2012, p. 32*).

La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada o desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. La terapia cognitiva conductual es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado tanto a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo (*Ruiz et al., 2012, p.32*).

## **MODELO COGNITIVO DE LA ANSIEDAD**

El modelo de ansiedad de Beck (1976) enfatiza el papel que juega en los problemas de ansiedad las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas. Los

esquemas y creencias nucleares negativas giran fundamentalmente en torno a amenazas o peligro. Las respuestas de ansiedad se mueven en un continuo que va desde las reacciones fisiológicas normales a reacciones exageradas ante un peligro percibido. (Ruiz et al., 2012, p. 375-376).

Las creencias subyacentes de peligro predisponen a los individuos a: 1) restringir su atención a posibles amenazas en su entorno, 2) interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, 3) subestimar los propios recursos de afrontamiento, 4) subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro, 5) llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida. (Ruiz et al., 2012, p. 375-376).

## **LA ODONTOLOGÍA EMOCIONAL**

La profesión de Odontología se da en un contexto de constante interacción con personas. Saber qué decir en cada momento facilita las relaciones, evita los malentendidos y, en consecuencia, mejora la calidad laboral diaria y con ello el bienestar profesional y personal. La Odontología necesita añadir a su programa de formación el aprendizaje de recursos que permitan a los profesionales manejar estas situaciones que interfieren en el adecuado desempeño de su labor y, en consecuencia, en su salud mental. El objetivo de la Psicología en Odontología es dotar al profesional de la Odontología de recursos que le permitan obtener mejor calidad en su trabajo. La herramienta más útil para ello es aprender a comunicarnos con los pacientes (Utrilla & Mediavilla, 2013, p. 202- 203).

Para Ultrilla et al., (2013), se define como a la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos, así como la aplicación de los conocimientos de la inteligencia emocional a la Odontología, siendo estas técnicas que permiten manejar nuestros pensamientos, emociones y dirigir nuestras conductas; ordenarlas y sanarlas para que no nos produzcan ansiedad, depresión o malestar, sino relajación, tranquilidad y optimismo. Principalmente consiste en tratar de ver la realidad, ver e interpretar las cosas como realmente son; no como el miedo, la inseguridad o las malas experiencias nos hacen verlas. El grado de dominio que alcance una persona sobre estas habilidades resulta decisivo para tener más o menos éxito en la vida personal y profesional.

## **CRITERIOS CONDUCTUALES PARA DETECTAR ANSIEDAD EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO**

Para Amaíz et al., (2016), es importante, que el odontólogo identifique en sus pacientes una serie de comportamientos vinculados a la ansiedad dental, pues de esta forma se puede identificar el trastorno de forma precoz, previo o durante la consulta odontológica, considerando así los siguientes criterios conductuales y causantes para la detección de ansiedad:

### 1. Área de espera:

- Preguntas frecuentes sobre uso de inyecciones o sedación
- Plática agitada con otras personas en espera
- Historial de citas canceladas para tratamientos rutinarios

- Disminución de la temperatura corporal con aumento de sudoración
- La persona se le dificulta permanecer sentada en su asiento

## 2. Área de consulta:

- Rigidez muscular
- Jugar con objetos
- Aumento de la sudoración
- Baja cooperación con el dentista
- Respuestas cortas
- Gestos faciales repetidos de rechazo

## Agentes causantes de ansiedad en la consulta odontológica

### 1. Personalidad del paciente

- Bajo umbral o tolerancia al dolor
- Estrés postraumático asociado a experiencias odontológicas de la infancia
- Influencia familiar- social que haya sugestionado negativamente al paciente
- Temor o fobia a la sangre

### 2. Odontólogo

- Comunicación inefectiva hacia el paciente
- Incumplimiento de las obligaciones éticas

### 3. Personal de recepción

- Servicio al cliente deficiente
- Red de comunicación disfuncional
- Hostilidad

### 4. Espacio físico

- Sonidos y olores asociados al consultorio
- Confort del área de espera
- Percepciones negativas de otros pacientes

#### 5. Tratamiento

- Carencia de información
- Naturaleza y extensión de la acción profesional

Es de suma importancia conocer las técnicas para afrontar la ansiedad en pacientes durante un tratamiento dental y de esta forma poder disminuir o evitar que presenten síntomas de ansiedad los cuales serán desagradables durante el procedimiento., para ello, se han descrito teorías cognoscitivas y del aprendizaje, debido a que la ansiedad se explica como algo aprendido y por lo tanto es una conducta que se puede modificar. Es por esta razón que se crea la odontología emocional la cual nos explica a detalle la importancia que debe tener el profesional odontológico acerca de una buena comunicación para obtener un mejor resultado, además de aquellos criterios para detectar cuando se presenta un paciente con ansiedad. También se describe la forma correcta de intervención y así otorgar un adecuado tratamiento previniendo síntomas de ansiedad.

## **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

En referencia a las intervenciones para disminuir la ansiedad al tratamiento odontológico, se encuentran reportados en la literatura tratamientos de tipo

farmacológico (la sedación intravenosa, sedación oral, sedación por inhalantes, anestesia general), psicoterapia, hipnosis, diseño ambiental e información por parte del odontólogo. Respecto de los tratamientos farmacológicos, no existen comprobaciones de medicamentos con completa efectividad para el tratamiento de la ansiedad al tratamiento odontológico; sin embargo, algunos medicamentos han sido utilizados con el fin de disminuir las reacciones ansiógenas en el paciente, antes de la intervención. Entre los más frecuentemente reportados están los ansiolíticos derivados de las benzodiazepinas (diazepam) administrados entre 45 minutos y una hora antes del contacto con el odontólogo (*Caycedo et al., 2008, p 264*).

De igual forma para Caycedo et al., (2008), algunos estudios han demostrado una reducción significativa en la tasa de respuesta fisiológica de ansiedad, en pacientes que han recibido durante el tratamiento dental benzodiazepinas o sedación por inhalación con óxido nitroso. Sin embargo, aunque se demuestre la reducción de las respuestas fisiológicas de ansiedad, la fobia dental se mantiene constante. En relación con la intervención psicológica, la ansiedad ante el tratamiento odontológico ha sido intervenida con las mismas técnicas que cualquier otra fobia específica, esto es, exposición (en imaginación y en vivo) entrenamiento en relajación y reestructuración cognoscitiva. Por último, se reporta como variable importante la información provista por el odontólogo y la relación entre el profesional y el paciente. Brindar información en un lenguaje claro y accesible sobre el procedimiento al que será sometido, el empleo de tiempo para explicar los diagnósticos y tratamientos, mediante el procedimiento decir-mostrar-hacer, es una

de las mejores estrategias para prevenir los estímulos desencadenantes de estrés y ansiedad en la consulta dental.

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente revisión teórica fue recopilar información acerca del efecto que tiene la ansiedad sobre aquellos pacientes odontológicos durante un tratamiento de caries dental ya que es un procedimiento frecuente y común entre la mayoría de los humanos, y la ansiedad dental siendo unos de los factores psicológicos que pueden estar presentes en todos aquellos pacientes dentro de la consulta, entorpeciendo a su vez en gran medida el procedimiento dental, convirtiéndola en una de las principales causas de emergencias médicas en el consultorio si no es identificada adecuadamente, en la actualidad se estima que entre el 10% y el 15% de la población mundial experimenta ansiedad al acudir al odontólogo, clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas, lo que puede inducir a cancelar o posponer su cita, teniendo efectos negativos sobre su salud oral.

Por otro, lado debido a que la ansiedad se considera un patrón de conducta multidimensional y aprendido se revisaron los niveles de ansiedad en los pacientes odontológicos y algunos trastornos de ansiedad ya que podrían presentar patologías mentales, las mismas que por su condición demandan de una atención

especial que permita dar paso al motivo de consulta considerando la situación particular, así como también los agentes desencadenantes de la ansiedad.

Como resultado se pudo obtener que la ansiedad genera consecuencias desfavorables en la vida personal e interpersonal del sujeto manifestándose de forma cognitiva, física y/o psicológica, dependiendo siempre el nivel de ansiedad que se presente y por tanto entorpeciendo el tratamiento dental. Por ello, se puede concluir que es de suma importancia evaluar a cada uno de los pacientes que serán sometidos a cualquier tratamiento dental y especial a la caries para poder evitar en primer lugar que sea una experiencia desagradable y en segundo, evitar la detención o suspensión del tratamiento.

Palabras clave: Ansiedad, ansiedad dental, tratamiento de caries dental.

## **CONCLUSIONES DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL SOBRE LA ANSIEDAD**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar, a partir de investigaciones previas los factores asociados a la ansiedad en pacientes durante un tratamiento de caries dental. Por tanto, se cumplió el objetivo deseado ya que la ansiedad dental se considera multifactorial debido a que son diversos y variados los agentes desencadenantes de la ansiedad en el medio odontológico.

Se identificaron factores físicos, ambientales, sociales, personales e interpersonales los cuales están asociados a generar ansiedad en el paciente a la hora de ser

atendidos e incluso tiempo antes de entrar a consulta, además de identificar aquellos factores comportamentales que nos darán señales para reconocer a aquellos pacientes que sufren de ansiedad durante el tratamiento dental.

Por otro lado, se examinaron los factores asociados al ambiente los cuales predisponen a generar ansiedad en los pacientes durante un tratamiento de caries y se encontró que tanto el ruido del equipo, olor de los materiales y sangre, incluso la jeringa al utilizar anestesia, la música, aspecto físico del consultorio y los instrumentos con los que se trabajará resultarán agentes generadores de ansiedad a la hora de la consulta.

Se conocieron así mismo los factores intrapersonales, abarcando agentes cognoscitivos, los cuales son los responsables de generar ansiedad mediante una simple expectativa, recuerdo desagradable o idea producida en la mente del sujeto, como las creencias de estar en peligro, interpretar catastróficamente los estímulos inciertos y subestimar los recursos de afrontamiento, por esta razón la ansiedad se considera como una actitud emocional negativa, presentando sentimientos sin fundamentos de miedo, duda, aprehensión y tensión.

En tanto a los factores interpersonales se encontró, desde modelos cognitivo-sociales que el factor principal de adquisición de esta fobia es mediante la transmisión de actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico por parte de los padres u otros significativos dentalmente ansiosos que despiertan temor en una persona.

Al finalizar la revisión se puede concluir que el estar expuesto ante situaciones o factores generadores de ansiedad se presentarán en el sujeto conductas de evitación en menor o mayor grado, convirtiéndose en patológico cuando altera el comportamiento del individuo, siendo incapaz de enfrentarse a situaciones de la vida cotidiana, como lo es el acudir al dentista, transformándose más en una amenaza que en algo favorable.

Los causantes en cuanto a recuerdos pueden deberse a un simple aprendizaje asociativo de un estímulo que al inicio no generaba ninguna sensación en el sujeto (estímulo ambiental, instrumento dental, olor) y tras presentarse un estímulo desagradable en esa situación (dolor) presentará una respuesta condicionada (ansiedad, miedo). El estímulo que al inicio era neutro se convertirá en un aprendizaje a reaccionar de forma negativa cuando se encuentre ante estímulos asociados a la situación de cualquier índole dental.

Por otro lado, los causantes debido a idea o expectativa se pueden deber a un aprendizaje vicario, siendo una experiencia indirecta y producto del proceso de socialización adquiriendo nuevos comportamientos a partir de la observación de la conducta de los demás, en este caso el escuchar hablar o actuar de un familiar sobre la mala experiencia que tuvo al acudir al dentista generando en el sujeto ideas que producirán ansiedad.

Afectando en el tratamiento de manera que se aplaza o detiene por completo siendo esta conducta una forma de evitar presentarse ante situaciones generadoras de ansiedad que ponen al sujeto en una situación incómoda o que le genera sensaciones desagradables.

Es de suma importancia saber, en primer lugar, en qué grado de ansiedad se encuentra el paciente en ese momento, y en segundo, saber si la ansiedad presentada está siendo debido a la circunstancia actual o se debe a algún padecimiento preexistente. Es relevante conocer estas dos circunstancias debido a que se sabe que los pacientes que experimentan alto grado de ansiedad presentan, por un lado, sobreestimación tanto del dolor durante el procedimiento como al recordar el dolor experimentado y por otro lado puede entorpecer el procedimiento generando posibles problemas médicos preexistentes o inducir otros relacionados a la ansiedad, como la hiperventilación o síncope vaso depresor. Los signos corporales de la ansiedad en general son: pulsaciones, aceleración cardíaca, problemas de oxigenación, náuseas, palidez, diarrea, dolores de cabeza y sudoración.

La ansiedad dental en general da como consecuencia alteraciones psicosociales, relacionadas fundamentalmente con sentimientos de apariencias negativas y un aislamiento social del individuo como resultado de su deterioro bucal, baja autoestima o complejos de inferioridad, valores bajos de satisfacción en relación con su estética facial (incluyendo boca, dientes, encía y cara).

Los profesionales de la salud oral deben tener muy claro que un exitoso tratamiento dependerá en gran medida de una buena relación odontólogo paciente, por lo cual uno de los retos más importantes cuando se implementa un tratamiento odontológico, es superar esta barrera para lograr y mantener alta adherencia, teniendo presente que existen factores psicológicos que aumenten o disminuyan la probabilidad, demostrando que la autoevaluación de la estética facial está

relacionada con la salud bucal y psicológica de los individuos, pues poseer dientes saludables constituye una de las normas aceptadas en la sociedad actual, sin embargo, también se sabe que una parte de la población dental no disfrutará de salud oral debido a la indiferencia al tratamiento, la cual se considera una actitud que subestima el tema dental o simplemente posee una falta de interés en la salud oral.

Por otro lado, debido a que la condición que evidencia mayor porcentaje en la presentación de ansiedad es el momento en que el dentista carga la jeringa con la anestesia, se profundizó en uno de los instrumentos mayormente utilizados para medir ansiedad en el consultorio y se trata de “la escala de ansiedad dental modificada de Corah”, la cual en el último ítem habla sobre el miedo a la inyección, además de ser un instrumento corto y de autoadministración, con un alto grado de validez y confiabilidad, por tanto al aplicar alguno de los instrumentos mencionados en el texto se podrá poner en marcha alguna técnica para la reducción de ansiedad dependiendo el nivel dentro del consultorio dental, las cuales ayudarán a reducir la ansiedad mediante la modificación de la conducta.

Si bien el objetivo de esta revisión teórica fue conocer e identificar el efecto de la ansiedad en los pacientes durante un tratamiento de caries, el presente trabajo ha permitido aportar una recopilación exhaustiva de la comorbilidad que existe entre la psicología y la odontología. Al revisar toda la literatura anterior se puede observar

que los efectos de la ansiedad afectan en el tratamiento dental en un bajo o alto grado dependiendo el nivel de ansiedad que posee el paciente en ese momento, debido a variables intra e interpersonales, las cuales representan manifestaciones diferentes que varían en intensidad y tienen una incidencia sobre la respuesta de la persona, en sus diferentes dimensiones (fisiológica, cognitiva y corporal).

Es de suma importancia detectarlo a tiempo siguiendo los patrones de conducta relacionados a los signos y síntomas que presentan, una vez detectado el nivel de ansiedad aplicando algunos de los instrumentos es importante asignar alguna de las técnicas que ayudará al paciente y al odontólogo hacia un mejor seguimiento del tratamiento para obtener un mejor resultado y disminuir el riesgo de abandono.

Por otro lado, la ansiedad no solo afecta el tratamiento sino, además impactará en la calidad de vida del paciente afectando sus relaciones personales, ya sea con amigos, familiares, parejas o en el ámbito laboral, debido a que la boca es un medio de comunicación y una ventana estética y por otra parte también afectará el área cognitiva invadiendo al paciente de ideas que lo estarán atormentando de tal forma que se verá afectado en diferentes esferas, como lo son el área física, social, cognitivo y emocional.

Por esta razón se habla de la importancia que tienen las dos áreas en conjunto, la odontología y la psicología, se debe dotar al profesional de la salud oral de información acerca de cómo abordar estos casos, y evitarlos si es posibles generando desde un inicio una excelente comunicación odontólogo paciente para asegurarnos de que el paciente tendrá una excelente adherencia al tratamiento

Por otra parte, en la población mexicana aún no se cuenta con estadísticas que permitan conocer el impacto que tiene la ansiedad sobre el tratamiento de caries dental.

## REFERENCIAS

- Alcayaga, R., Montalva, P. H., Jonquera, A. S., Muñoz, Y. M., Ronda, A. H., Erazo, M. R., & Launert, C. M. (2011). Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. *Acta Odontológica Venezolana*, 49(4).
- Amaíz Flores, A. J., & Flores, M. Á. (2016). Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. *Odontología Vital*, (24), 21-28.
- Apolo, M. J. F., Rivas, M. N. E., & Vera, M. L. Y. (2017). *Psicología clínica aplicada a la odontología*. Edición compás.
- Apolo-Pineda, J. L., Apolo-Morán, J. S., & Apolo-Morán, J. F. (2017). Importancia de la relación odontólogo-paciente en la práctica clínica. *Revista Conrado [revista en internet]*, 13(59), 142-150.
- Avilés Baca, P. A. (2016). *Adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015* (Doctoral dissertation, CIES UNAN-Managua).
- Báez, K. (2002). Ansiedad como controlarla. *Recuperado el*, 13.
- Baró, A. O. A., & González, A. T. (2014). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *MediCiego*, 20(1).
- Cano, R. J. & Martínez, D. C. M. (2019). Adherencia al tratamiento ortodóncico de pacientes adolescentes atendidos en una institución docente asistencial de Medellín. *Revista Nacional de Odontología*, 15(28), 3-5.
- Caycedo, C., Cortés, O. F., Gama, R., Rodríguez, H., Colorado, P., Caycedo, M., ... & Palencia, R. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma psicológica*, 15(1), 259-278.
- Córdova Sotomayor, D. A., & Santa María Carlos, F. B. (2018). Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. *Revista Estomatológica Herediana*, 28(2), 89-96.

- CRUZ-MORALES, S. E., GONZÁLEZ-REYES, M. R., GÓMEZ-ROMERO, J. G., & ARRIAGA RAMÍREZ, J. P. (2003). Modelos de ansiedad. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*, 29(1), 93-105.
- Da Cunha, W. A., Corrêa, M. S. N. P., & Álvarez, J. A. (2007). Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatológica Herediana*, 17(1), 22-22.
- Díaz-Cárdenas, S., & González-Martínez, F. (2010). Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista de salud pública*, 12, 843-851.
- Duque de Estrada Riverón, J., Pérez Quiñonez, J. A., & Hidalgo-Gato Fuentes, I. (2006). Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. *Revista cubana de estomatología*, 43(1), 0-0.
- Encinas, F. J. L. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide.
- Espinosa Muñoz, M. C., Orozco Ramírez, L. A., & Ybarra Sagarduy, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*, 38(3), 201-208.
- Fernández, M. Á. R., GARCÍA, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Gigoux López, J. F., Moya Rivera, P., & Silva Rojas, J. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Rev Chil Salud Pública*, 14 (2-3), 238.
- Gispert Abreu, E. D. L. Á., Castell-Florit Serrate, P., & Herrera Nordet, M. (2015). Salud bucal poblacional y su producción intersectorial. *Revista Cubana de Estomatología*, 52, 62-67.
- González Sánchez, A., Martínez Naranjo, T., Alfonzo Betancourt, N., Rodríguez Palanco, J. A., & Morales Martínez, A. (2009). Caries dental y factores de riesgo en adultos jóvenes: Distrito Capital, Venezuela. *Revista cubana de estomatología*, 46(3), 30-37.
- Heredia, D. (2018). Indiferencia al tratamiento dental. *Odontología Activa Revista Científica*, 3(1), 37-44.
- Hescot, P. (2015). El desafío de las enfermedades bucodentales—Una llamada a la acción global. *Atlas de Salud Bucodental*, 2(1), 12-88.
- Hmud, R., & Walsh, L. J. (2009). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Journal of Minimum Intervention in Dentistry*, 2(1), 237-248.
- Irigoyen, M. E., Zepeda, M. A., Sánchez, L., & Molina, N. (2001). Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 58(3), 98-104.

- López, C. A. M., Castañeda, A. P. R., García, M. A. M., Rueda, A. L. D., & Rodríguez, L. A. V. (2014). Niveles de ansiedad en la consulta odontológica en pacientes adultos atendidos en la Universidad Santo Tomás. *Ustasalud*, 13(2), 112-119.
- López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista hacia la promoción de la Salud*, 21(1), 117-137.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Muza, R., & Muza, P. (2020). Ansiedad en un servicio de emergencia dental. *Revista Horizonte de Enfermería*, 19(1), 23-28.
- Olmos, P., Piovesan, S., Musto, M., Lorenzo, S., Álvarez, R., & Massa, F. (2013). Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. *Odontostomatología*, 15(SPE), 26-34.
- (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

- Oropeza-Oropeza, A., Molina-Frechero, N., Castañeda-Castaneira, E., Zaragoza-Rosado, Y., & Leyva, D. C. (2012). Caries dental en primeros molares permanentes de escolares de la delegación Tláhuac. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 69(2), 63-68.
- Palacios-Espinosa, X., & Vargas-Sterling, L. P. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 8(2/3), 423.
- Pedraza, G. V., Rabilero, J. R. A., Reyes, J. M. P., & García, C. B. E. (2017). Salud bucal, estudio de 6 meses. *Multimed*, 21(1), 119-130.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma psicol*, 43-74.
- Pizzi de Parra, N. (2014). Relación odontólogo-paciente. *Revista de la Facultad de Odontología*, 8(2).
- Reynoso, V. M. G., Morales, A. G. G., Soto, C. G. M., Gurza, M. E. R., & Quintero, E. L. (2009). Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 66(3), 10-20.

- Ríos Erazo, M., Herrera Ronda, A., & Rojas Alcayaga, G. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en odontoestomatología*, 30(1), 39-46.
- Rodríguez Chala, H. E., & Cázares de León, F. (2018). Efectos negativos de la ansiedad al tratamiento estomatológico. *Revista Cubana de Estomatología*, 55(4), 1-11.
- Rojas Alcayaga, G., & Misrachi Launert, C. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en odontoestomatología*, 20(5), 239-245.
- Rojas, E. (2014). Como superar la ansiedad: La obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones. *Barcelona: Planeta*.
- Sánchez López, R (2008). *Ansiedad en la odontología*. *Odontología actual*, 5(57), 54-55.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Torres Camacho, V & Chávez Mamani, A. A. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica*, 35(1), 1788- 1792.
- Trinidad, M. U., & Ibáñez, H. M. (2013). Odontología emocional. *Gaceta dental*, 248, 203.