



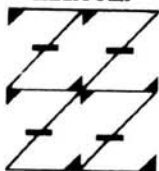
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD Y SU FRECUENCIA
EN PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD EN LA
CONSULTA PRIVADA DE ESTOMATOLOGIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
ARACELI GARCÍA ASTUDILLO
ISRAEL COLÍN TERAN

UNAM
FES
ZARAGOZA



LO HUMANO EJE
DE NUESTRA REFLEXIÓN

DIRECTOR: C.D. REFUGIO ARANDA JACOBO
ASESOR: LIC. ALFREDO DE LEÓN VALDÉZ

MÉXICO, D.F.

ENERO, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

**AGRADECIMIENTOS
ARACELI GARCÍA ASTUDILLO**

A DIOS POR DARME LA VIDA Y PERMITIRME
CONSERVARLA PARA APRENDER DE
ELLA.

A MIS PADRES POR LA CONFIANZA, RESPETO,
APOYO Y EL AMOR QUE SIEMPRE ME HAN
PROPORCIONADO Y SOBRE TODO POR SER
MIS PADRES.

A MIS HERMANAS MIRNA Y ELOINA, POR ESTAR
EN TODO MOMENTO A MI LADO Y DE ESTA
MANERA PERMITIRME CRECER JUNTAS.

A CADA UNO DE MIS PROFESORES POR FORMAR
PARTE DE MI DESARROLLO ACADÉMICO.

A LOS GRANDES AMIGOS CON LOS QUE COMPARTI
LOS MOMENTOS BUENOS Y MALOS DE LA
FACULTAD.

A PILAR MARTÍNEZ POR SER LA PERSONA QUE
SIEMPRE HA ESTADO CUANDO LA HE NECESITADO.

A MI ESPOSO ISRAEL POR LA PACIENCIA Y EL
APOYO BRINDADO EN CADA PROYECTO
EMPREDIDO Y SER EL MOTIVO DE MI VIDA.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcionado.

NOMBRE: Araceli García Astudillo

Israel Colín Terán

FECHA: 9-Enero-2004

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS ISRAEL COLÍN TERÁN

GRACIAS SEÑOR POR PERMITIRME
APRENDER DE MIS ERRORES Y
ENCONTRAR EL CAMINO CORRECTO.

GRACIAS A MI MADRE POR SOPORTAR
ESAS HORAS DE ANGUSTIA Y NUNCA
DEJARME SOLO.

GRACIAS A ALFREDO, LUCIA Y CLAUDIA,
MIS HERMANOS QUE CON SU EJEMPLO
Y APOYO SIEMPRE ME IMPULSARON
A SEGUIR ADELANTE.

GRACIAS A RICARDO COLÍN POR VENIR
A LLENAR DE ALEGRÍA NUESTRAS VIDAS

GRACIAS A TODOS MIS MAESTROS Y
DOCTORES POR TODO LO
ENSEÑADO DURANTE MI FORMACIÓN.

GRACIAS A LOS BOBY'S, MIS HERMANOS
DE LA FACULTAD POR TODOS LOS MOMENTOS
COMPARTIDOS DURANTE LA CARRERA.

Y SOBRE TODO GRACIAS A ARACELI GARCÍA
QUE CON SU PRESENCIA ME ENSEÑO A VER
LA VIDA MÁS BELLA, Y SOBRE TODO, GRACIAS
POR PERMITIRME COMPARTIRLA CONTIGO
TE AMO

AGRADECIMIENTOS MUTUOS

GRACIAS AL DR. REFUGIO ARANDA
POR COMPARTIR CON NOSOTROS
TODOS SUS CONOCIMIENTOS, ADEMÁS
DE ABRIRNOS LAS PUERTAS DE SU
CASA Y PERMITIRNOS DISFRUTAR DE
SU AMISTAD.

GRACIAS AL LIC. ALFREDO DE LEÓN
POR SU AMISTAD Y CONSEJOS QUE
NOS PERMITIERON ALCANZAR UNA
DE TANTAS METAS.

GRACIAS AL DR. GREGORIO AMADOR
Y FAMILIA POR COMPARTIR CON
NOSOTROS ALEGRÍAS Y TRISTEZAS.

GRACIAS AMIGOS

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- JUSTIFICACIÓN	3
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
IV.- MARCO TEÓRICO	5
IV.1.- DEFINICIÓN	5
IV.2.- ANSIEDAD Y OTROS TRASTORNOS	7
IV.3.- MANIFESTACIONES	10
IV.4.- CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD	15
IV.5.- LA ANSIEDAD COMO ANGUSTIA ESENCIAL	22
IV.6.- LA ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL AUMENTO DEL UMBRAL DEL DOLOR	24
IV.7.- TEORIAS SOBRE ANSIEDAD	25
IV.8.- ORIGEN DE LA ANSIEDAD EN EL CONSULTORIO DENTAL	28
IV.9.- FACTORES ASOCIADOS CON LA ANSIEDAD DENTAL	31
IV.10.-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	33
IV.11.-RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE	36
IV.12.-TÉCNICAS DE MANEJO DEL PACIENTE	41
IV.13.-TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA	44

IV.14.-CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD	51
V.- OBJETIVO GENERAL	60
VI.- HIPÓTESIS	61
VII.- MATERIAL Y METODOS	62
VIII.- RECURSOS	66
IX.- CRONOGRAMA	67
X.- RESULTADOS	68
XI.- DISCUSIÓN	72
XII.- CONCLUSIONES	74
XIII.- RECOMENDACIONES	75
XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
XV.- ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una de las sensaciones que con más frecuencia experimenta el ser humano. Es una reacción ante un peligro desconocido y su fuente se localiza en el inconsciente. La vida humana esta llena de ansiedades de diferentes clases, en las que los peligros reales e imaginarios son una importante fuente. La ansiedad se refiere a una respuesta de temor cuando se realiza ante un estímulo que puede atraerla bajo la base de una enseñanza pasada.

En general, la ansiedad no esta considerada ordinariamente como conducta desviada, a no ser que se presente en situaciones en las cuales la mayor parte de las personas no responden de esta manera. La ansiedad en presencia de espacios abiertos, palabras o frases particulares, etc., no es frecuente de ahí que tales estados son considerados como desviados. Es importante advertir que las ansiedades patológicas no son fundamentalmente diferentes de las que reconocemos como normales. Lo que es esencial son las circunstancias en las que se presenta la ansiedad.

Una de estas circunstancias es la odontología que es una de las áreas en el campo de la salud, que posee como ambiente y experiencia diversos estímulos que promueven una respuesta de ansiedad. Difícilmente podría venir a la mente una experiencia en la vida que provoque mayor ansiedad que la visita al dentista, por ello, la ansiedad ha sido considerada como un problema para el cuidado bucal. La población adulta evita el tratamiento, excepto cuando hay síntomas o por temores extremos, lo cual asevera más la ansiedad.

Existen ciertos factores correlacionados que están directamente asociados con la ansiedad dental, entre dichos factores existen características demográficas, culturales, nivel socioeconómico, sexo, experiencias desagradables, predisposición hacia el tratamiento, etc., y por supuesto los factores, dentro del consultorio como, el instrumental, la manipulación del mismo, el sillón dental, el personal, las lámparas, los

medicamentos, los ruidos, los movimientos bruscos o inseguros y por supuesto la comunicación y el cuidado con el que se maneja al paciente.

En los últimos años en que la odontología atiende a multitud de pacientes, es común apreciar como el ambiente terapéutico dental produce una reacción ansiosa, manifestándose éste hecho en una actitud y comportamiento aprensivo, tenso y en un aumento de la tensión muscular.

La interpretación de las definiciones sobre el miedo, la ansiedad y las fobias reflejan que éstas son reacciones condicionadas o aprendidas. Este punto de vista determina mucho de la comprensión y el manejo subsecuente del problema en la odontología.

Por ello el diagnóstico y tratamiento son fundamentales para el tratamiento del paciente, el cual acude por diferentes causas y es el profesional el que debe conocerlas y distinguir entre los problemas reales y los imaginarios, determinando si el problema dental es o no parte de un problema emocional, cada paciente tiene actitudes diferentes y deben ser consideradas por el odontólogo en el momento del tratamiento, y su reacción dependerá de la motivación, experiencias anteriores y de la información obtenida durante el interrogatorio.

Debido a la ansiedad la conducta del paciente se ve alterada, por ello es necesario conocer sus manifestaciones para que de esta manera se le pueda proporcionar no tan solo un adecuado tratamiento odontológico, sino mirar de manera integral a nuestro paciente él poder ayudar a través de técnicas de modificación de conducta.

Por todo esto, en la terapéutica odontológica se tiene que considerar el nivel de ansiedad de cada paciente, así como cada una de sus manifestaciones y por supuesto, la manera de manejar junto al paciente esta emoción.

JUSTIFICACIÓN

Socialmente, siempre se acepta que un sujeto tenga temor de visitar al dentista. Se espera que el odontólogo, aparte de completar los procedimientos restaurativos necesarios tratase cualquier ansiedad o comportamiento de resistencia en el ambiente dental. A pesar de muchos avances técnicos en los materiales, el equipo y los fármacos que alivian el dolor, el miedo y la ansiedad siguen siendo un problema importante en el consultorio dental, es por eso, de suma importancia realizar estudios donde se pueda conocer la frecuencia de ansiedad y algunas alternativas de control de la misma en adultos que acuden a consulta privada.

Por ello en el presente estudio se considera la ansiedad como un proceso particular e individual, de naturaleza psicológica y fisiológica que comprende componentes personales, ambientales y biológicos, es decir, que en cada sujeto se presenta de diferente manera, por lo cual vamos a identificar las principales manifestaciones y frecuencia con que se presenta en la consulta estomatológica.

La presencia de ansiedad en la consulta esta asociada con la disminución en el uso de atención dental, lo cual, como consecuencia, puede contribuir a la condición de salud oral. (1, 2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La odontología, como disciplina del campo de la salud, tiene que enfrentar el hecho de que posee como ambiente y como experiencia diversos estímulos negativos que promueven una respuesta de ansiedad. Es por ello que el comportamiento ansioso de un paciente se puede presentar con mayor frecuencia en el campo odontológico que en otras áreas de la salud y como consecuencia en muchos casos, puede obstaculizar el tratamiento del individuo. Ante esta situación nos realizamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las manifestaciones de ansiedad y su frecuencia en pacientes de 20 a 45 años de edad en la consulta privada estomatológica?

MARCO TEÓRICO

El interés clínico hacia lo que en la actualidad llamamos trastornos de ansiedad, surge hasta la segunda mitad del siglo diecinueve. Es en esta época, cuando los médicos de las grandes ciudades del Este de Europa y de América del Norte empiezan a preocuparse por un grupo de pacientes, no recluidos en centros psiquiátricos, quienes a pesar de no presentar los síntomas tradicionales asociados con la enfermedad mental, sufrían alteraciones somáticas, pensamientos y conductas irracionales. Varios diagnósticos fueron aplicados a estos pacientes, no entrando el término de ansiedad a formar parte del léxico psiquiátrico y psicológico hasta finales del siglo diecinueve, con la traducción al inglés del término alemán (Angst). La palabra Angst fue utilizada por Freud para describir un efecto negativo y una activación fisiológica desagradable. Aunque Freud nunca definió específicamente las características del término, a partir de ese momento el concepto de ansiedad ha jugado un papel predominante en todas las teorías psicológicas, desde la psicoanalítica hasta las modernas teorías cognitivo-conductuales (Jablensku, 1985).

A finales de los años sesenta, se produce un importante cambio en la investigación psicológica sobre la ansiedad. La definición de ansiedad como un algo unitario empieza a considerarse inoperante e inapropiada, y en su lugar la ansiedad comienza a ser vista como un término que se refiere a un patrón de conducta caracterizado por cogniciones y sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados o asociados por una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos y externos. Además, se sugiere que este complejo es multidimensional con tres componentes de respuesta separados pero que interactúan entre ellos: motor, cognitivo y fisiológico. El primer sistema implica las conductas externas, las conductas motoras que ocurren como consecuencia de un incremento de la activación (temblar, tartamudear, etc.), o como medio de escape o evitación de determinado estímulo; El segundo se refiere a lo que el individuo piensa o siente en relación con esa situación; y el tercero, implica las respuestas fisiológicas que tienen lugar en conjunción con una situación de ansiedad y que están relacionadas

principalmente con la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo, lo que implica cambios fisiológicos, tales como aumento de la tasa cardiaca, de la presión sanguínea, etc.

En contra de lo esperado, los datos clínicos y experimentales ponen de manifiesto que estos tres sistemas de respuesta no correlacionan entre sí, observándose que existen diferencias individuales y situacionales en los patrones de respuesta de ansiedad, de forma que una persona ansiosa en relación con una determinada situación puede mostrar fuertes reacciones en sólo uno o dos de los canales.

En su evolución, el concepto de ansiedad ha ido desarrollando una dimensión múltiple: ha sido considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio (él esta ansioso hoy), como una disposición rasgo (él es una persona ansiosa) y como una causa o explicación de una conducta (él como en exceso porque tiene ansiedad).

La ansiedad es una de las sensaciones que con más frecuencia experimenta el ser humano. Es una reacción ante un peligro desconocido y su fuente se localiza en el inconsciente. Tradicionalmente, ha sido definida como una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional. Caracterizada por sentimientos de anticipación de peligro, tensión y angustia. (3,4,5)

Es definida por algunos profesionales como un estado de sensación desagradable combinado con un sentimiento inminente relacionado al peligro o destrucción del interior. Los síntomas concomitantes con esta situación son iguales a los del temor, excepto que muchas veces se siente cuando no esta presente un estímulo o no puede identificarse con facilidad. La ansiedad no es un suceso estático, el paciente se vuelve ansioso, sigue inquieto o se torna más o menos agitado en varios grados. La ansiedad se vuelve un proceso aprendido, una reacción al ambiente personal y puede dividirse en:

Asociación. Es el proceso clásico de acondicionamiento, mediante el cual estímulos antes neutrales (pieza de mano, agujas, e instrumentos) se convierten en

señales para la excitación y la ansiedad al relacionarlas con el dolor o las experiencias negativas.

Atribución. En la naturaleza humana la estimulación debe tener una explicación, por lo tanto ante cualquier situación desagradable se desencadenan sentimientos concomitantes.

Evaluación. En este caso la ansiedad se refiere a la cognición o a la manera de pensar. Comprende la reconstrucción de experiencias negativas más que acontecimientos positivos que explican el aumento de la ansiedad.

Desde un punto de vista psicológico, se determinó la ansiedad como un factor que podría desdoblarse en dos sentidos: como repercusión afectiva de la incertidumbre y como algo específicamente asignado al miedo. Desde un punto de vista psicoanalítico esta explicación, se refiere que la ansiedad es el resultado del enfrentamiento del sujeto ante el peligro.

La diferencia en los análisis de la ansiedad se considera desde el punto de vista conceptual dentro de la psicología, entre una ansiedad rasgo y una ansiedad estado. La ansiedad rasgo ocurre de manera persistente y afecta a la acción del sujeto, se refiere a una disposición relativamente permanente de la personalidad que tiende a permanecer estable. La ansiedad estado es definida como una condición transitoria, que varía en intensidad y fluctúa con el tiempo como reacción a circunstancias que son percibidas como amenazadoras. Las personas que puntúan alto en ansiedad rasgo sufrirán, elevaciones de ansiedad estado más frecuentemente y de forma más intensa que las personas con puntuación baja, ya que tienden a percibir más número de situaciones amenazadoras. (6,7)

La ansiedad aunque es una emoción cercana al miedo, difiere de él en varios aspectos. El miedo es una reacción íntegra ante un peligro conocido y su fuente se localiza en el consciente. El miedo denota una reacción a una amenaza real o activa.

Por lo regular es breve, el peligro es externo, la estimulación se identifica con facilidad y los sentimientos corporales fisiológicos desagradables concomitantes con esta emoción pasan tan pronto desaparece el peligro, la ansiedad es más bien la anticipación de un peligro venidero, indefinible e imprevisible, siendo la causa más vaga y menos comprensible; en algunas ocasiones, la ansiedad ha sido definida como miedo sin objeto, y a su vez el miedo como la ansiedad ante un estímulo determinado.

También, el término de angustia aparece a menudo asociado con el de ansiedad; Aunque ambos son matices de la misma expresión, en algunos casos se otorgan un significado distinto a los dos términos: 1) en la angustia predominan los síntomas físicos (localizados preferentemente en el corazón, región precordial y garganta), mientras que en la ansiedad predominan los síntomas psíquicos, sensación de catástrofe, de peligro inminente etc.; 2) en la angustia la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento, mientras que en la ansiedad la reacción es de sobresalto, tratando de buscar una solución al peligro; y 3) en la angustia el grado de nitidez de capacitación del fenómeno se encuentra muy atenuado, mientras que la ansiedad el fenómeno se percibe con la máxima nitidez. Sin embargo, a pesar de tener en cuenta estas diferencias la mayoría de los autores los consideran dos conceptos intercambiables y difícilmente diferenciables.

Otras de las alteraciones que se pueden confundir con la ansiedad es, el estrés o tensión que es determinante en la conducta humana, y se desencadena por tensiones de vida o trabajo, que pueden alterar las respuestas en el individuo, y las fobias, que son un estado corporal subjetivo desagradable que actúa como reacción de alerta ante un hecho inminente. Es un miedo irracional ante una cosa o actividad que desencadena la conducta de evitación. No es posible alejar la fobia explicándola; queda fuera de control voluntario. Las fobias simples abarcan una sola situación como las alturas, el volar, las serpientes o la odontología. Los fóbicos se hacen a un lado para evitar tales circunstancias y sufren notable ansiedad anticipada ante el pensamiento de confrontar dichas situaciones. Las fobias se presentan a partir de los restos del miedo que no

desaparece sino que se intensifica. Las fobias son de larga duración a menos que se traten.

Algunos estudios afirman que de 8 a 15% de la población tiene fobias en cuanto a las visitas al consultorio dental y a recibir atención odontológica. Sin embargo, se sabe que buena parte del otro 85 a 90 %, aunque sin fobia, exhibe cierta forma de miedo o ansiedad antes y durante el tratamiento. (8)

Estudios recientes indican que los trastornos por ansiedad son los que se dan con más frecuencia entre la población general. La fobia siempre es probablemente el más común de los trastornos por ansiedad en este tipo de población pero, en cambio, el trastorno por angustia es el más frecuente entre la población que busca tratamiento. Los trastornos por angustia, los fóbicos y los obsesivos-compulsivos son aparentemente más frecuentes entre los parientes biológicos de primer grado de las personas afectadas que entre la población general.

Los rasgos característicos de este grupo de trastornos son síntomas de ansiedad y conductas de evitación. En los trastornos fóbicos la ansiedad aparece cuando el sujeto se enfrenta con el objeto o situación temidos. En el trastorno obsesivo-compulsivo la ansiedad se hace patente cuando el individuo intenta resistir las obsesiones o las compulsiones. La conducta de evitación casi siempre está presente en los trastornos fóbicos y con frecuencia en los obsesivos-compulsivos. En el trastorno por estrés postraumático el síntoma predominante es la reexperiencia de un trauma y no la ansiedad o la conducta de evitación. Sin embargo, en este trastorno son muy frecuentes los síntomas ansiosos y la conducta de evitación. También hay siempre una elevada activación. En el siguiente cuadro se muestran las características generales de la ansiedad normal y patológica.

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
SITUACIONES	-Episodios poco frecuentes. -Intensidad leve o moderada -Duración limitada	-Episodios repetidos -Intensidad alta -Duración prolongada
ESTÍMULO ESTRESANTE	-Reacción esperable y común	-Reacción desproporcionada
GRADO DE SUFRIMIENTO	-Limitado y transitorio	-Alto y duradero
GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA	-Ausente o ligero	-Profundo

A continuación se describe las manifestaciones las frecuentes de la ansiedad, así como los estratos con los que se relaciona.

En los pacientes normales reaccionan en tres estratos al miedo y a la ansiedad

1. El primero, es el nivel intelectual de reacción; es el más elevado. La persona está dispuesta a aceptar y enfrentar las dificultades para lograr ciertos resultados y beneficios.
2. El segundo nivel de reacción es emocional; se divide en dos tipos, con importancia fisiológica y psicológica; pueden expresarse como ira, que aparece en varios grados de resistencia y hostilidad, actitud que conduce a la pelea. En el nivel emocional existe una recapitulación de los fenómenos psicológicos básicos de la lucha o el escape.

3. El tercer nivel de reacción es el hedónico, que es el más bajo. A las personas de este tipo sólo les interesa lo propio, en términos de aceptar las cosas agradables y rechazar las desagradables, sin importarles mucho el desenlace o la naturaleza del tratamiento; aceptan lo que es cómodo y rechazan las molestias.

En la persona anormal, las reacciones son similares, pero sólo en cuanto a que los componen elementos semejantes. Hay distorsiones y cambios en el tono y el valor que en el cuadro total representan un fenómeno que difiere por completo de lo normal. La persona no los manipula al punto de resolverlos, ya sea aceptándolos o rechazándolos; perdura un estado de tensión o conflicto. La causa de la incapacidad para resolver estos problemas puede ser externa a la situación dental, y los intentos del sujeto por enfrentarlos pueden conducir al pánico y a la ansiedad.

1. En el intelectual, estos individuos muchas veces están consientes de lo irracional de su actitud, pero no pueden, sin ayuda, enfrentarla. Por lo general acuden en búsqueda de auxilio cuando el dolor es tan intenso que la enfermedad física asume un carácter primordial que no es posible negar; pueden enfrentar las exigencias urgentes del alivio del dolor, y muchas ocasiones, un individuo muy neurótico parecerá estar bien durante el período de incapacidad física.
2. En un nivel emocional, estas personas muestran varios tipos de reacciones a los temores. El primer grupo acude con problemas buco-motores; muchos sufren una regresión, a veces a un nivel infantil. El segundo conjunto abarca las reacciones histéricas. Los síntomas de los pacientes en este grupo son simbólicos o verdaderamente neuróticos; tienen delirios y un sentido de despersonalización. Pueden exhibir muchos síntomas extraños, sensaciones raras en la encía, mal sabor, mal aliento, atribuidos a dificultades sociales y económicas.

3. En tercer lugar, se encuentran las manifestaciones fisiológicas de estos problemas emocionales. En este grupo se reconocen fluctuaciones en la inmunidad a la infección, irregularidades en las propiedades químicas de la saliva, típicamente observadas en las depresiones. Aquí se identifican todos los tipos de problemas gingivales y periodontales así como a las personas con disfunción de la articulación temporomandibular por espasmo muscular como fenómeno psicomotor.

Cuando estudia más allá de las reacciones normales y anormales de la ansiedad, es vital reconocer los signos de una crisis inminente con un paciente ansioso.

En función de lo expuesto anteriormente, los síntomas clínicos asociados con la ansiedad se pueden clasificar en base a los tres sistemas de respuesta siguientes:

Sistema motor u observables.

- ✓ Hiperactividad
- ✓ Paralización motora
- ✓ Movimientos torpes y desorganizados
- ✓ Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- ✓ Conducta de evitación.

Sistema cognitivo, subjetivo o de pensamiento.-

- ✓ Inseguridad
- ✓ Miedo o temor
- ✓ Aprensión
- ✓ Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- ✓ Anticipación de peligro o amenaza

- ✓ Dificultad de concentración
- ✓ Dificultad para la toma de decisiones
- ✓ Preocupación

Sistema fisiológico o corporales.

- ✓ Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- ✓ Síntomas respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- ✓ Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómito, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- ✓ Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- ✓ Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos. (9)

De acuerdo a estos sistemas, se pueden diferenciar en manifestaciones físicas y psicológicas para una mayor comprensión, en la evaluación diagnóstica del paciente, ya que algunos de estos síntomas no se pueden observar en la consulta odontológica, o bien no es mencionada por el paciente, y se describe a continuación.

Físicas	Xerostomía	Palpitaciones
	Anorexia	Taquicardia
	Vómito	Dolor precordial
	Diarrea	Hiperventilación
	Dolor abdominal	Diseña
	Cefalea	Parestesias
	Ruborización	Temblores
	Palidez	Diaforesis
	Hipotensión	
	Mareo	Tensión muscular
Desmayos	Hipotonía muscular	
Psicológicas	Temor	Agitación
	Desasosiego	Aprehensión
	Susto	Nerviosidad
	Ataques de pánico	Irritabilidad

Algunos autores mencionan que los trastornos constituyen un diagnóstico residual caracterizado por un estado persistente de ansiedad, aunque el curso es fluctuante. Y los síntomas los agrupan en 4 categorías básicas:

- ✓ Tensión motora (temblor, inquietud, sobresalto, tensión y algias musculares fatiga).
- ✓ Hiperactividad autonómica (palpitaciones, opresión precordial, diseña, náuseas, polaquiuria, mareo, sudoración, algias abdominales, manos frías y húmedas, diarrea, dificultad de tragar, sofocos o escalofrío).

- ✓ Expectación aprensiva, (inquietud interna, desasosiego, vivencias de amenaza, temores difusos, inseguridad, presentimiento de la nada y de disolución del Yo).
- ✓ Vigilancia y alerta (nerviosismo, impaciencia, irritabilidad, falta de atención y concentración, hipervigilancia, insomnio de primera mitad, pesadillas). (10)

En cuanto a la intensidad de la ansiedad tiene muchos grados que van desde inquietudes menores hasta temblores, e incluso angustia completa, el tipo más extremo de ansiedad. La evolución de la ansiedad también varía, con una intensidad máxima alcanzada en unos segundos, o más gradualmente a lo largo de minutos, horas o días. La duración también varía de algunos segundos a horas, o incluso días o meses, aunque los episodios de ansiedad, por lo general, se reduce dentro de diez minutos y rara vez duran más de 30 minutos. (11)

La ansiedad intensa puede ocurrir después que ha transcurrido un evento, antes de que éste suceda, o cuando la persona decide rechazar una idea que le preocupa, cambiar un aspecto indeseable de su conducta o aproximarse a un estímulo que le despierta temor. Aunque las conductas observadas en los trastornos de ansiedad varían ampliamente, tiene una cosa en común: el cambio y la posibilidad de cambio intervienen en cada una de las situaciones precipitantes. (12)

Para facilitar el diagnóstico preciso de esta reacción en el paciente odontológico, se propone la clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico.

Clasificación de trastornos de ansiedad (TA) en el paciente odontológico:

- ✓ **Trastornos de ansiedad transitoria. (Clase I).**
 - Episodio de ansiedad. C. T. A.
- ✓ **Trastornos de ansiedad temporal (Clase II).**
 - Trastornos de ansiedad con modificación de la conducta.

- Trastornos de ansiedad por anticipación.
 - Trastornos de ansiedad con modificación de las respuestas funcionales
 - Trastornos de ansiedad con modificación del tipo de personalidad.
 - Trastornos de ansiedad asociados al ambiente del consultorio odontológico.
 - Trastornos de ansiedad relacionados a consumo de sustancias ajenas al tratamiento odontológico.
 - Trastornos de ansiedad generalizados.
 - Trastornos de ansiedad asociados a información no precisa sobre el tratamiento odontológico.
 - Trastornos de ansiedad asociados a dolor dental.
- ✓ **Trastornos de ansiedad permanente. (Clase III)**
- Trastornos de ansiedad asociados a estrés postraumático odontológico.
 - Trastornos de ansiedad asociados a trastornos de somatización.
 - Crisis de ansiedad VI
 - Trastornos de ansiedad asociado a fobia odontológica. VII. (13)

Trastorno de ansiedad transitoria (Clase I)

✓ **Episodio de ansiedad**

El episodio de ansiedad es transitorio y limitado al tratamiento odontológico que lo provoca. El paciente cursa por esta perturbación emocional sólo durante el momento de la cita odontológica, regresando a su normalidad al concluir el tratamiento.

Trastornos de ansiedad temporal (Clase II)

- ✓ **Trastorno con modificación de la conducta**

Trastorno de ansiedad por anticipación

La perspectiva acerca del tratamiento odontológico es capaz de generar en el paciente un trastorno de ansiedad con inicio de días u horas antes de la cita, el cual aumenta en intensidad al paso del tiempo, alcanzando su máxima expresión cuando el paciente entra al consultorio dental.

Trastorno de ansiedad con modificación de las respuestas funcionales

La alteración de respuestas funcionales puede manifestarse con:

- ✓ **Inmovilidad motora:** el paciente no realiza los movimientos de apertura y cierre bucal, movimientos masticatorios, de labios y de la lengua.
- ✓ **Actividad motora excesiva:** el paciente realiza diversos movimientos voluntarios, aparentemente sin un propósito.
- ✓ **Negativismo:** el no como respuesta a las preguntas y peticiones.
- ✓ **Mutismo:** ausencia de respuesta verbal a las preguntas y peticiones.
- ✓ **Movimientos voluntarios peculiares:** en manos, brazos, piernas y movimientos de expresión facial.
- ✓ **Ecolalia:** impulso que lleva al paciente a quedarse repitiendo.
- ✓ **Ecopraxia:** impulso que lleva al paciente a quedarse repitiendo una acción que le fue solicitada, en forma innecesaria y automática.

Trastorno de ansiedad con modificación del tipo de personalidad.

Modificación del tipo de personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de comportamiento habitual del sujeto.

Trastorno de ansiedad asociado al ambiente en el consultorio odontológico.

Se desencadena en el consultorio o en el sillón dental, con un intenso deseo de escape, buscando evadir el tratamiento. Causa una dificultad clínicamente significativa para la realización del examen, el diagnóstico y el tratamiento odontológico.

Trastorno de ansiedad relacionado al consumo de sustancias ajenas al tratamiento odontológico.

Es asociado al consumo de sustancias, lo que provoca una alteración de adaptación del comportamiento del paciente.

Trastorno de ansiedad generalizado.

Trastorno de ansiedad asociado a un estado de expectación aprensivo acerca del examen, el diagnóstico o el tratamiento odontológico, sobre el cual el individuo difícilmente puede ejercer control. Este trastorno es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupaciones y tensiones crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar.

Trastornos de ansiedad asociado a información no precisa sobre el tratamiento odontológico.

Incluye todo trastorno de ansiedad con origen en la información que recibe por parte de padres o tutores, maestros, compañeros de actividades escolares o laborales y medios de comunicación.

✓ **Trastorno de ansiedad asociado a dolor odontológico.**

La asociación ansiedad-dolor se da en dos vías: 1) El dolor provoca un trastorno de ansiedad y 2) El trastorno de ansiedad desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

Trastorno de ansiedad permanente (Clase III).

✓ **Trastorno de estrés postraumático odontológico.**

El paciente ha estado expuesto previamente a un acontecimiento o tratamiento odontológico traumático, con afectación de su integridad bucodento-maxilar. Los estudios sugieren que entre el 2 y el 9% de la población tiene cierto grado del trastorno. No obstante, la probabilidad de sufrirlo es mayor cuando la persona se va expuesta a múltiples traumas o a eventos traumáticos durante su niñez y adolescencia, especialmente si el trauma dura mucho tiempo o se repite.

✓ **Trastorno de ansiedad asociado a trastorno de somatización.**

Historia de múltiples signos y síntomas emocionales y físicos que provoca un deterioro significativo para el examen, diagnóstico y tratamiento odontológico.

✓ **Crisis de ansiedad.**

Se define como la aparición temporal y aislada de una intensa sensación de ansiedad, acompañada de un mínimo de cuatro signos y síntomas característicos de la misma.

✓ **Trastorno de ansiedad asociado a fobia odontológica.**

Trastorno de ansiedad provocado por una sensación de terror irrazonable, obsesivo y angustiante, que sobreviene por un objeto o una circunstancia odontológica específica.

Los trastornos de ansiedad han sido clasificados de distintas maneras en base a muy variados criterios.

Se ha propuesto una clasificación simple de los trastornos de la ansiedad, que ofrece la posibilidad de refinamientos posteriores a medida que se avance en el estudio científico de estos trastornos. Se divide la ansiedad en endógena y exógena. De acuerdo con esto, todos los estados de ansiedad, histeria, reacciones fóbicas, trastornos psicossomáticos, trastornos obsesivo compulsivos, hipocondriasis y trastornos de pánico pueden ser reclasificados en una de estas dos categorías principales.

1. Ansiedad Endógena

La ansiedad endógena se caracteriza por:

- ✓ Presencia de ataques espontáneos de ansiedad, con alteraciones autonómicas.
- ✓ Estos ataques espontáneos de ansiedad no se dan en respuesta a estrés ambiental o a enfermedad o factor orgánico demostrable. Los ataques son recurrentes y según su intensidad se dividen en: mayores, cuando la intensidad de los síntomas alcanza proporciones de pánico y menores, cuando la ansiedad es de menos intensidad.
- ✓ Presentan ansiedad anticipatoria es decir, miedo a la posible recurrencia de sus ataques de ansiedad endógena.
- ✓ Un 68% de los pacientes presentan síntomas hipocondríacos.

- ✓ Presentan un perfil psicofisiológico caracterizado por bajos niveles de habituación, múltiples fluctuaciones espontáneas de la respuesta galvánica de la piel en estado de reposo, bajos niveles de tolerancia al ejercicio físico, y un pulso elevado en reposo con reflejos tendinosos hiperexcitables.
- ✓ La historia familiar es positiva para trastornos de ansiedad.
- ✓ Los trastornos de ansiedad endógena se dan más en mujeres.
- ✓ La mayoría de los pacientes tienen una historia de un peregrinar errático de consultorio en consultorio con múltiples diagnósticos y variados tratamientos.
- ✓ Los pacientes muestran una respuesta favorable, a la terapia.
- ✓ Los ataques de ansiedad endógena pueden ser precipitados por el uso del alcohol o marihuana.

Este grupo se caracteriza por un conjunto más intenso de síntomas, por ejemplo, mareo o aturdimiento, dificultad respiratoria, parestesia, hiperventilación, saltos cardiacos, insomnio, niveles continuos o cambiantes del sistema nervioso. Debido a la amplia variedad de cambiantes, la ansiedad endógena puede confundirse con otros padecimientos.

2. Ansiedad Exógena

Ausencia de ataques espontáneos de pánico o ansiedad.

- ✓ Los síntomas de ansiedad ocurren en respuesta a un estímulo ambiental identificable o reconocido.
- ✓ Los síntomas son circunscritos, monofóbicos, en vez de polifóbicos.
- ✓ Ausencia de multiplicidad sintomática.
- ✓ Ausencia de historia familiar y de un perfil de marcadores psicofisiológicos.
- ✓ La distribución es igual para ambos sexos.
- ✓ No hay historia de consultas médicas y hospitalarias frecuentes.
- ✓ Responden a las terapias de comportamiento.
- ✓ Los ataques de ansiedad no son precipitados por alcohol o por marihuana.

La ansiedad exógena comprende los síntomas de anticipación, relacionado con las situaciones, como las palmas sudorosas, malestar estomacal, temblores finos de las manos, la sensación de calidez en todo el cuerpo, y el latido cardiaco rápido. Son síntomas que se ven cuando los individuos están manifestando ansiedad. Este grupo se convierte en un mecanismo ordinario de defensa.

La ansiedad como angustia esencial

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

El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentan, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: la huida o la lucha.

Los mecanismos, psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuesta de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otros muchos agentes estresantes le rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, haciendo que el fantasma del peligro le aceche detrás de cualquier situación inofensiva.

En el caso de los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso, que se activa y previene de un peligro inexistente. Precisamente el ser humano actual está abocado a abordar el fascinante problema de cómo controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo (que se pueden manifestar psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y de ansiedad) conservando, sin embargo sus beneficios protectores.

La ansiedad es considerada como una respuesta hacia ciertas condiciones estimulantes externas. Hemos hecho referencia al condicionamiento para explicar la atracción de una respuesta de ansiedad por medio de estímulos de ansiedad por medio de estímulos asociados con el trauma. Cuando estos se eliminan, la respuesta de ansiedad disminuye y finalmente desaparece. Se sospecha que la desaparición de la ansiedad es un asunto de refuerzo, y de este modo se adquieren respuestas que conducen a su reducción. Se ha pensado que consideramos esta sucesión de acontecimientos bajo una luz diferente. Han propuesto el término de angustia esencial para identificar ciertos aspectos de la respuesta de ansiedad que tienen un interés especial.

Tomando la angustia del ser humano recién nacido como un fenómeno esencial, es decir, como algo que no exige explicación en términos de algunos determinantes previos, indican que tal vez algunos de los temores específicos no condicionados, pueden ser mejor comprendidos como formas condicionadas de una angustia esencial. Es un estado que en el organismo acompaña a muchos otros. Así el niño tiene frío y está molesto, tiene hambre y está afligido, y le duele algo y se siente apenado; de hecho, cualquier estado de necesidad o impulso puede ir acompañado de angustia.

Este modelo supone, que los estados físicos denominados hambre, frío, dolor, etc., son disgregables de aquellos que llamamos angustia. Por consiguiente, podríamos esperar que en cualquier situación dolorosa, la norma individual de respuesta incluirá algunas que son dolorosas y otras que son testimonios de angustia. Del mismo modo, no nos sorprendería encontrar que el hecho de suprimir el dolor suministrando alimentos y proporcionando calor es útil para eliminar las respuestas hacia el dolor.

Se propone que, además de esta clase de disminución de la angustia, pueden existir ciertas respuestas del organismo y determinados acontecimientos en el ambiente que la inhibirán.

La ansiedad puede concebirse como una respuesta interna, que puede aprenderse lo mismo que otras conductas observables, y como un impulso que puede mediar entre una conducta de evitación. (14,15)

En cuanto al dolor, millones de individuos alrededor del mundo han experimentado, en un momento u otro de su vida, dolor. El dolor se debe, además de las experiencias, a presión psicológica, el individuo que lo sufre, sabe que no tan solo se vera afectado su organismo. Dicho conocimiento lo comparte el odontólogo.

Si bien el dolor tiene como propósito servir como señal, es decir, indican la existencia de peligro de daño del tejido, mostrándole al paciente que algo anda mal, hay en día se sabe que dicho propósito es insuficiente o erróneo, pues en muchos casos ocurre daño del tejido sin que se presente dolor, y en otros éste aparece cuando ya se ha presentado el daño.

Se ha observado tanto en la práctica general de odontología como de las distintas especialidades, que un gran numero de dentistas se enfrentan diariamente con pacientes que llegan a la consulta mostrándose inquietos, temerosos aprehensivos y nerviosos. Desafortunadamente muchos de los dentistas no lo perciben, o si lo perciben le dan poco o ninguna importancia.

Durante la atención odontológica del paciente, el dentista dispone de una amplia gama de métodos y materiales farmacológicos para controlar el dolor, sin embargo, no existe un fármaco completamente seguro, además de que la ansiedad, frustraciones y angustias de la vida, no necesariamente demandan tratamiento farmacológico. Un doctor debe ser un placebo en sí mismo, ya que aunque todos los sujetos normales perciben el dolor casi en el mismo grado de lesión tisular, no todos reaccionan de la misma manera al mismo dolor, ello depende no de diferencias en la sensibilidad de los receptores mismos, sino de diferencias en la constitución psíquica del sujeto. Seltzer declara la dualidad de la palabra dolor como un fenómeno psicobiológico, primero, como una sensación derivada de varios estímulos, segundo, como una respuesta

emocional a los estímulos. Así que cuando se dice que una persona es muy sensible al dolor significa que reacciona más que otras y no que experimenta más dolor. Habitualmente, el dolor del paciente está acompañado de estrés, ansiedad y angustia, los cuales se manifiestan a la hora de estar en el consultorio, y es que la boca es una zona en extremo sensitiva y llena de significado emocional.

Desde el punto de vista de la psicología conductual, lo que para una persona es evocador de dolor, puede no serlo para otra, de manera que cuando el paciente se queja de dolor esta describiendo su propia respuesta emocional al estímulo doloroso y no su percepción de sensación pura; el papel que desempeña en lenguaje y la cultura en que se desarrolla una persona, influirá en lo que ella aprenda a llamar dolor. Otros de los factores que influyen son: la atención, ya que cuando una persona se concentra o presta demasiada atención a un estímulo doloroso genera ansiedad, misma que contribuye al incremento del dolor. Por otra parte, la depresión ocasiona que la persona ponga excesiva atención al suceso doloroso, y éste se convierta en el centro alrededor del cual gira su vida. Frente a estos factores, el afrontamiento sirve para resolver el evento evocado o bien para aminorar sus consecuencias. (16,17)

Teorías de la ansiedad

Algunos autores, a través del tiempo han tratado de explicar el origen o la razón de la ansiedad, y por ello se han creado teorías, entre las más importantes tenemos:

Teoría psicoanalítica

Suponen que surge ansiedad cuando la excitación abrumba el ego. Freud sugirió que este exceso de energía se debe a tres posibles fuentes: el mundo externo (ansiedad realista), el ID (ansiedad neurótica) y el súper ego (ansiedad moral. El colapso es más posible cuando el ego se debilita por falla de desarrollo en la niñez. Otra parte de la teoría psicoanalítica supone que la ansiedad ocurre por primera vez durante el nacimiento (ansiedad primaria).

Si se toma en forma lineal, es imposible reconciliar las ideas de energía que fluyen entre los compartimientos de la mente con el conocimiento moderno de las neurociencias. Vistos como metáforas que representan la parte instintiva del hombre en conflicto con su entrenamiento social y su conciencia, reflejan la experiencia cotidiana, pero le aportan poco.

Freud propuso dos teorías diferentes de la ansiedad. En su primera formulación se consideraba que la ansiedad neurótica se debía a la represión de impulsos inconscientes del ello. Cuando los impulsos del ello son reprimidos, pueden, según la primera teoría transformarse en ansiedad neurótica. En su segunda teoría, hizo más explícitas las situaciones que pueden hacer que un individuo reprima un impulso del ello y también invirtió la relación entre la ansiedad neurótica y la represión.

Una vez desarrollado el yo durante el primer año de la vida la ansiedad se convierte en una señal de inminente sobrestimulación. Se advierte a la persona que esta en peligro de quedar reducida a un estado infantil de impotencia por una sobrestimulación causada por impulsos del ello y otras fuerzas. La ansiedad desempeña así un papel funcional, ayudando al yo a entrar en acción antes de quedar reducido a la impotencia.

Freud distinguió tres tipos de ansiedad, de acuerdo con su origen. La ansiedad objetiva se refiere a la reacción del yo ante un peligro del mundo externo, este tipo de ansiedad es lo mismo que el miedo justificado. La ansiedad moral, experimentada por él yo en forma de culpabilidad o de vergüenza, se considera como un temor a que el súper-yo castigue un desacato a las normas morales de conducta. La ansiedad neurótica es el miedo a las consecuencias desastrosas de la expresión de un impulso previamente castigado del ello. (18)

Teorías cognitivas

Las teorías de condicionamiento proponen que los trastornos de ansiedad surgen cuando las respuestas de miedo se mantienen unidas a estímulos antes neutrales. Explican la tendencia a estas respuestas de ansiedad condicionada, en términos de una predisposición heredada, que se refleja en labilidad excesiva del SNA (sistema nervioso autónomo).

Las teorías cognitivas proponen que los trastornos de ansiedad generalizada persisten por la manera en que los pacientes piensan acerca de sus síntomas. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada temen con frecuencia que el rápido latido cardiaco implique una enfermedad cardiaca grave, o que el vértigo presagie un ataque o que la despersonalización evidencie locura incipiente. Estos miedos generan más ansiedad, que a su vez incrementa los síntomas que causaron los miedos; así se crea un círculo vicioso.

Teoría del aprendizaje

Los terapeutas conductuales sostienen que la ansiedad es una respuesta aprendida a algún estímulo nocivo. Cuando una situación o estímulo provocan ansiedad en una persona, que la evita la ansiedad disminuye y la persona aprende a reducirla evitando las situaciones que la provocan. El trastorno por ansiedad generalizada puede resultar de un reforzamiento positivo y negativo imprevisible: la persona está indecisa acerca de cuáles conductas de evitación serán efectivas para reducir la ansiedad.

También es posible desarrollar la ansiedad en respuesta a estímulos generalmente positivos o neutrales. Si los mismos se acompañan de un estímulo nocivo o aversivo. Este proceso de condicionamiento se considera responsable de la evitación de situaciones neutrales o benignas, en las que una ansiedad angustiante ha ocurrido.

El apareamiento de un pensamiento inductor de ansiedad recurrente con una conducta compulsiva que reduce la ansiedad, se toma como una explicación del desarrollo de un trastorno obsesivo-compulsivo.

Teoría genética

Los trastornos de ansiedad son más comunes entre los parientes de los sujetos afectados, especialmente entre las mujeres y los parientes de primer grado; el alcoholismo y la depresión secundaria, también pueden estar sobre representados. Se han encontrado influencias familiares en el trastorno por angustia, agorafobia y problemas obsesivos-compulsivos. La más fuerte historia familiar de todos los trastornos de ansiedad, se ve en la fobia a las heridas sangrientas; aun cuando puede tratarse exitosamente por exposición, su raíz puede yacer en una susceptibilidad autónoma específica, determinada genéticamente. Algunos efectos genéticos pueden modificarse por medios ambientales. (18) A través de estas teorías se ha tratado de explicar el origen de la ansiedad, lo cual, explicada desde la práctica odontológica, se ha comprobado que se debe a diversos factores.

Origen de la ansiedad en el consultorio dental

La vida humana esta llena de ansiedades de diferentes clases: peligros, cargas crónicas, cambios en la vida y problemas. Se considera que los peligros reales e imaginarios son una importante fuente de ansiedad, así como se ha detectado una serie de cargas crónicas que también contribuyen. Los cambios de la vida de un individuo pueden conducir a la tensión crónica, porque generan ansiedad y requieren adaptación, entre estos cambios de vida se encuentran la pobreza, desempleo, un hogar discordante, divorcio, muerte, despido de trabajo, entre otras.

Los peligros, los pesos crónicos y los cambios, pueden llenar la vida de las personas de dificultades e irritaciones de naturaleza menor a las que se les llama molestias. Según la concepción de los psicólogos, las molestias pueden darse en el

hogar (preparar, alimentos, hacer compras), la salud (efectos colaterales de la medicina, enfermedades), presiones de tiempo (cosas pendientes), inquietudes internas (soledad, miedo a la confrontación), ambiente (ruidos, contaminación), responsabilidad financiera (deudas), trabajo (insatisfacción, problemas para relacionarse con los demás) y seguridad futura (preocupaciones con respecto a la jubilación, impuestos, propiedades).

Los conflictos surgen en situaciones en donde dos o más metas incompatibles (necesidades, acciones, sucesos o lo que sea) compiten y provocan que un organismo se sienta atraído de manera simultánea en dos direcciones diferentes. Se considera que los conflictos son frustrantes, porque la elección de una opción es un conflicto porque excluye a la otra. Si son breves, puede asumirse a los conflictos como molestias; si son prolongados se les puede considerar cargas crónicas.

Todos estos problemas de la vida diaria influyen en el momento que el individuo se enfrenta a un tratamiento médico y más aún al tratamiento odontológico, que es el que presenta mayores estímulos de ansiedad.

Investigaciones de la ansiedad en Estomatología revelan que los únicos orígenes consistentes y medibles de la ansiedad descansan en:

- 1) Experiencias traumáticas previas
- 2) Experiencias indirectas (aprendiendo de ver o escuchar las experiencias de otros).

Cuando la experiencia traumática previa es la causa, un paradigma de aprendizaje, la asociación llamada condicionamiento clásico es la que parece estar operando. El condicionamiento clásico se refiere al proceso donde un evento neutral obtiene la habilidad para producir un reflejo.

La ansiedad se refiere a la respuesta de temor cuando se realiza ante un estímulo que puede atraerla bajo la base de una enseñanza pasada. Sería muy difícil decidir en cualquier caso clínico hasta que punto exactamente es debida a la enseñanza pasada la facultad de un estímulo para evocar la respuesta de temor.

El medio ambiente del consultorio dental contiene muchos eventos y actividades que pueden ser considerados como productores de dolor y ansiedad. Si estos eventos son consistentes o suficientemente severos para el aprendizaje ocurra, a través del proceso mencionado anteriormente, el resultado es el miedo. El estímulo neutral en el medio ambiente dental es el medio dental por sí mismo. Esto incluye la recepción, sala de espera, el sonido de la pieza de mano, el olor del consultorio y aún el personal dental, estos eventos neutrales son asociados con el estímulo que produce el reflujo (dolor real y eventos que producen ansiedad, inyecciones, preparaciones de cavidad, uso de ultrasonido, etc.) La respuesta reflexiva es la indicadora de dolor o ansiedad. Con suficiente número de asociaciones, los eventos neutrales producen los reflejos. Cuando las respuestas reflexivas son producidas a un estímulo doloroso le llamamos dolor. Cuando las respuestas reflexivas son producidas a un estímulo desconocido le llamamos ansiedad. Finalmente, cuando las respuestas reflexivas son producidas a un estímulo aprendido le llamamos miedo.

Las respuestas de ansiedad son el resultado de experiencias de aprendizaje defectuoso en tanto que las respuestas de temor y miedo a situaciones de peligro real no son aprendidas y tiene un carácter defensivo-adaptativo.

La segunda manera en que el miedo al dentista es aprendido es por medio de la observación de las experiencias de otros. Esto es referido como indirecto o aprendizaje de observación. No es necesario experimentar personalmente cada objeto que produce miedo para saber que es algo que tiene que ser evitado. El aprendizaje por observación es medular o central para muchos casos de miedo dental aprendido y una conducta elusiva. Las encuestas indican que la principal fuente de miedo indirecto aprendido se

da entre los amigos y la familia, y la segunda fuente que se atribuye al miedo dental son los medios masivos de comunicación. (19)

Una segunda fuente que contribuye al miedo y a la ansiedad dental son los medios masivos de comunicación como: la televisión, las películas y las revistas las cuales han contribuido, a hacer la visita dental una experiencia negativa irracional. Algunas historias relativamente recientes difundida por estos medios, con relación al paciente del dentista en las infecciones de VIH y el subsecuente desarrollo de casos de SIDA, con lleva al consultorio dental como un lugar que debe ser evitado. Así mismo existen ciertos factores económicos, culturales, demográficos y religiosos que contribuyen a que se desencadene la ansiedad dental en el consultorio, donde se incluyen los de la vida diaria.

Factores asociados con la ansiedad dental

La salud oral ha sido dramáticamente desaprovechada durante las últimas décadas, todavía algunas personas se muestran apáticas ante el tratamiento oral. La ansiedad dental es frecuentemente relacionada como causa del pobre desarrollo en la salud oral.

Estudios han demostrado que altos niveles de ansiedad dental están asociados con la disminución en el uso de atención dental, lo cual, como consecuencia, puede contribuir a la condición de salud oral. Dicha ansiedad puede ocasionar que a un paciente se le defina como difícil o problemático.

Varios factores originan el comportamiento de un paciente, por el cual puede ser catalogado como difícil o problemático; factores como el modo de vida, donde se conjugan aspectos culturales, religiosos, económicos y hasta geográficos para determinar y condicionar el cuadro de necesidad materiales y espirituales en los individuos, subyacentes a los hábitos y costumbres con los cuales ellos enfrentan el hecho salud – enfermedad. De igual manera interviene la comunidad, con sus diversos

grados de organización social y las instituciones de salud cuyas estructuras y funcionamiento son determinantes para que un sujeto se sienta atendido en sus requerimientos de salud o, por el contrario, impulsa en los usuarios la ejecución de patrones conductuales de defensa y agresión hacia la institución y su personal.

También los niveles de ansiedad dental varía entre ciertos grupos de la población, entre ellos tenemos por ejemplo: el sexo femenino, gente con bajos ingresos o baja posición socioeconómica, gente con bajos niveles de educación y gente joven.

Las mujeres tienden a reportar más miedo y ansiedad que su contraparte, los hombres. Sin embargo, este hallazgo debe ser considerado a la luz de que más mujeres que hombres visitan rutinariamente al dentista y que los hombres tienen una relucencia a admitir el miedo y la ansiedad. Además, el miedo dental y la ansiedad tienden a disminuir con la edad así como con la exposición al consultorio dental.

La razón por lo que las mujeres visitan con mayor frecuencia el consultorio odontológico es por mayor cuidado estético, así como también por problemas dentales debido a cambios hormonales como puede ser el embarazo, entre otros.

La relación entre la ansiedad dental y el nivel socioeconómico, como medida de educación o nivel de ingresos, no es claramente determinada. Algunos estudios encontraron que altos niveles de ansiedad dental son asociados con baja educación e ingresos.

Síntomas de dolor dental, miedo de la desaprobación del dentista, expectativas negativas con respecto al resultado del tratamiento, una historia de baja calidad del tratamiento dental, complicaciones del tratamiento y una interacción negativa dentista-paciente, todas pueden estar asociadas con alta ansiedad dental.

Esto sugiere que la atención dental es afectada por la ansiedad dental, y también por una variedad de factores socioeconómicos, culturales y de comportamiento, incluyendo raza, lugar de nacimiento, posición social, ingresos, educación y auto percepción de salud oral.

Como ya se mencionó anteriormente, la relación entre la ansiedad dental y las actitudes hacia los dentistas también ha sido investigada. Johansson (1993) encontró que la ansiedad dental fue directamente correlacionada con las actitudes negativas hacia los dentistas. También que cuando la percepción del paciente hacia el dentista en cuanto capacidad era baja, la ansiedad se incrementaba.

El ambiente del consultorio también se ha señalado como factor que origina la conducta problemática en los pacientes, ya que el diseño, la disposición del instrumental y el espacio se conjugan con la atención que se les brinde mientras esperan, en muchos casos, cargados de ansiedad; ya que entre otras razones la posibilidad de pérdidas dentarias repercuten notablemente en el estado anímico del paciente. Además las sensaciones dolorosas son elementos desestabilizadores o generadores de conductas incontroladas en el paciente durante la consulta, por ello, el profesional ha de estar preparado para intervenir en las crisis e interpretar los mensajes del paciente.

Estos son indicativos que los altos niveles de ansiedad dental pueden ocasionar condiciones de pobreza de salud oral. Los individuos dentalmente ansiosos tienden a ser edentulos. Suelen necesitar más tratamientos protésicos, alivio de dolor e infección y tratamientos periodontal.

Los trastornos de ansiedad deben distinguirse de otros malestares psiquiátricos y de enfermedades físicas. Los síntomas de ansiedad caben en todas las enfermedades psiquiátricas pero quizá en algunas representen dificultades diagnósticas particulares. Por ejemplo, la ansiedad es un síntoma habitual del síndrome de trastorno depresivo; a la inversa, el síndrome de neurosis de ansiedad con frecuencia incluye algunos

síntomas depresivos. Los dos síndromes se distinguen por la gravedad relativa de los síntomas y por el orden en el que aparecen. La información sobre estos dos puntos debe obtenerse de un pariente u otro informador, así como del paciente. Un error diagnóstico grave es confundir la agitación de un trastorno depresivo grave con la de una ansiedad.

En la esquizofrenia el individuo se queja a veces de ansiedad antes de reconocer otro síntoma. No obstante, el diagnóstico correcto se establece con frecuencia si se pregunta a cada paciente ansioso cuál considera que es la causa de sus síntomas. En respuesta, el esquizofrénico puede manifestar ideas delirantes. La demencia senil en ocasiones se nota porque la persona se queja de ansiedad. Cuando esto sucede, el médico puede pasar por alto un trastorno de memoria acompañado o desechado como resultado de una mala concentración. Por consiguiente, debe valorarse en forma apropiada la memoria en cada paciente que presente ansiedad.

Los problemas médicos que pueden producir ansiedad, incluyen los que afectan al sistema cardiovascular (angina de pecho, infarto del miocardio, arritmia, insuficiencia cardíaca, choque); problemas respiratorios (asma, enfisema, embolia pulmonar); trastornos neurológicos (encefalopatía, trastorno de ataque, temblor esencial benigno, vértigo); trastornos hematológicos e inmunológicos (anemia, choque anafiláctico); y disfunciones endocrinas (diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad paratifoidea).

Algunas enfermedades de estas presentan síntomas de ansiedad. Al establecer el diagnóstico, debe considerarse cuando no se encuentra una causa psicológica obvia y si la personalidad es normal. Una vez más puede resultar difícil establecer algún diagnóstico. Por ejemplo, en la tirotoxicosis el individuo es irritable e inquieto y hay temblor y taquicardia. Por consiguiente, debe examinarse a los ansiosos para determinar una tiroides agrandada, fibrilación auricular y exoftalmos. En otra enfermedad física, la ansiedad algunas veces es el síntoma de presentación porque la persona teme que sus síntomas iniciales anuncien una enfermedad fatal.

Los fármacos también pueden provocar síntomas de ansiedad. Los antiespasmódicos, medicinas para el resfrío, complementos tiroideos, estimulantes, y paradójicamente, los ansiolíticos y antidepresores utilizados para tratar la angustia, pueden inducir ansiedad. La interrupción de ciertos medicamentos (como algunas medicinas para la presión sanguínea, píldoras para dormir y ansiolíticos), pueden conducir a síntomas de supresión en los que la ansiedad puede ser notable. La cafeína, el alcohol y la marihuana son causas frecuentes de síntomas de ansiedad, incluyendo angustia. El individuo que depende de fármacos o alcohol informa tomas esas sustancias para aliviar la ansiedad, ya sea porque desea decepcionar al médico o porque confunde de manera genuina los síntomas de la privación de fármacos con la ansiedad. Si el enfermo informa que la ansiedad es en particular grave al caminar en la mañana, esto sugiere la posibilidad de dependencia del alcohol (los síntomas de privación se presenta con mayores posibilidades en este momento, aunque ha de recordarse que los síntomas de ansiedad forman parte de un trastorno depresivo son peores también en este momento del día).

Los errores son menos frecuentes si el médico recuerda la diversidad de los síntomas de ansiedad; palpitaciones, cefalea, frecuencia de micción y malestar abdominal quizá son la queja principal del individuo ansioso. El diagnóstico correcto depende de encontrar otro síntoma de trastorno de ansiedad; al investigar con cuidado en cuanto al orden en que aparecieron los síntomas y cuando surgió la enfermedad.

Se estima que la prevalencia de ansiedad en la población general es de 4 a 6%. La edad promedio de comienzo es de 24 años. Puede comenzar en la niñez, de hecho casos severos de trastornos de ansiedad de separación se manifiestan en la infancia. Es rara la iniciación después de los 40 años de edad. La mayoría de los casos comienzan entre 17 y 35 años. (20,21)

Por todo lo mencionado, la importancia de identificar al paciente ansioso y conocer las técnicas para el manejo del paciente en la consulta odontológica, ya que a

través de estos métodos obtendremos, un desarrollo terapéutico con más éxito tanto para el odontólogo como para el paciente.

Relación odontólogo-paciente

La eficiencia se manifiesta como sentido efectivo de trabajo: mejor es un trabajo, cuanto mejor produce económicamente, mejor también es una profesión en cuanto mayor éxito financiero augura, así mismo, es mejor una especialidad en la medida que asegura el éxito económico. El trabajo no puede fundamentarse, solo ni principalmente, en un saber técnico que conforme al profesional eficiente. Se requiere sobre todo un saber ético que haga bueno al que trabaja; que conforme al profesional, para conseguir así un buen profesional. Desde la metodología de la investigación científica, la ingeniería, la genética, la medicina, la odontología, la práctica jurídica; desde muchos y variados saberes se reclama un talento ético consolidado. Este saber ético en la práctica odontológica involucra diversos aspectos, entre ellos el cuidar la ansiedad que ciertos pacientes manifiestan ante su tratamiento. Para ello es necesario conocer la relación odontólogo paciente en nuestros días.

Actualmente la relación odontólogo paciente se simplifica como un contrato, en donde por un lado se le llama profesional prestador de servicios, y por el otro al paciente se le denomina usuario del servicio. Sin embargo, la relación va más allá de un simple contrato. En el contrato no se mencionan palabras tales como responsabilidad, espíritu de servicio, preocupación y comprensión por resolver un problema de salud (dental y psicológico), además de la competencia que va implícita que debe tener el prestador de servicio, y confianza, alivio y tranquilo que presenta el usuario.

El ejercicio odontológico comprende una relación de notable complejidad psicológica entre el paciente y el doctor. La incapacidad para entender este vínculo causa muchas de las fatigas y los fracasos profesionales. El tratamiento con buenos resultados debe satisfacer los objetivos terapéuticos de la odontología apropiada y dejar

al paciente y al dentista ganando por la experiencia. Para conseguir esto es indispensable que el odontólogo no sólo considere la cavidad bucal sino el estado emocional de la persona; es preciso saber que tipo de persona tiene cuál enfermedad, en vez de cuál trastorno tiene el paciente.

La capacidad de establecer una relación personal odontólogo-paciente ha sido ponderada como una de las habilidades fundamentales del clínico, no solo porque propicia la obtención de datos esenciales para tomar decisiones sino porque permite percibir los derivados de la expresión no verbal y porque tiene en si misma, una indudable capacidad terapéutica.

Los estudios de la relación médico paciente habitualmente han enfocado su atención a la entrevista propiamente dicha, y no le han dedicado importancia al entorno, limitándose, en su mayoría, a señalar algunas condiciones del ambiente físico. (22,23,24,25)

Se propone estudiar la relación del paciente con el médico y con el odontólogo en tres fases:

- ✓ Fase morbosa. Durante esta etapa el paciente aprecia los daños en su salud que motivan su encuentro con el profesional.
- ✓ Fase diagnóstica. Encuentro del paciente y el profesional para el diagnóstico de la situación y propuesta de tratamiento.
- ✓ Fase terapéutica. Requerida para la aplicación del tratamiento.

Fase morbosa: Cuando el paciente detecta alguna situación que afecta su salud suele automedicarse como primera opción, con el propósito de evitar un encuentro que le costara tiempo y dinero.

En el caso odontológico la cantidad de automedicación suele ser mayor. El deseo de evitar la entrevista induce a la ingestión de medicamentos cada vez más potentes que sólo disimulan el daño mientras éste avanza casi inexorablemente. A diferencia del

caso médico es muy poco probable que una lesión odontológica se resuelva como resultado de estas acciones.

De esta manera, el paciente acude al médico en condiciones distintas que al odontólogo: hay temor por la salud general; al odontólogo se le teme, y hay frustración por el fracaso de la automedicación para un problema que se creía menor.

Fase diagnóstica: Ante la menor confianza sobre la capacidad del odontólogo para reducir las molestias y en virtud de carencias de conocimientos sobre los procedimientos que realizará, el paciente tiene que asumir una actitud totalmente activa ante el odontólogo, para anticipar el dolor de la exploración, identificar la magnitud del daño informado por el profesional, verificar la pertinencia del tratamiento sugerido y decidir sobre el presupuesto.

Esta fase se inicia por preguntarle al paciente el motivo de la consulta, lo que en la clínica suele llamarse síntomas o signos, porque es el que lleva al paciente a establecer contacto con el odontólogo.

El diagnóstico se establecerá a través de la exploración y a los estudios auxiliares y por supuesto del lenguaje hablado, con los datos obtenidos se confirmara un pronóstico inicial.

Ante el diagnóstico odontológico el paciente solicita un presupuesto, denotando la importancia del aspecto financiero por sobre el terapéutico; además, dada la presencia del odontólogo, se reduce la posibilidad de rechazar el plan de tratamiento, por lo que debe mantener una actitud totalmente activa.

Fase terapéutica: En el caso de los médicos, al paciente corresponde la realización del plan de tratamiento, de él es la responsabilidad de la administración oportuna del medicamento, también asume las molestias del tratamiento ya que las atribuye al medicamento.

Opuesta es la situación terapéutica del odontólogo, ya que él absorbe los gastos de los insumos para el tratamiento y es el culpable de las molestias de la aplicación.

Aparte de estas diferencias, se difiere de las otras profesiones médicas por el espacio, la distancia, la posición de los participantes y el equipo. Los consultorios no tienen un lugar aparte para la historia, el tratamiento y el examen. Dichas funciones ocurren en el sillón dental, una obvia posición de dominio.

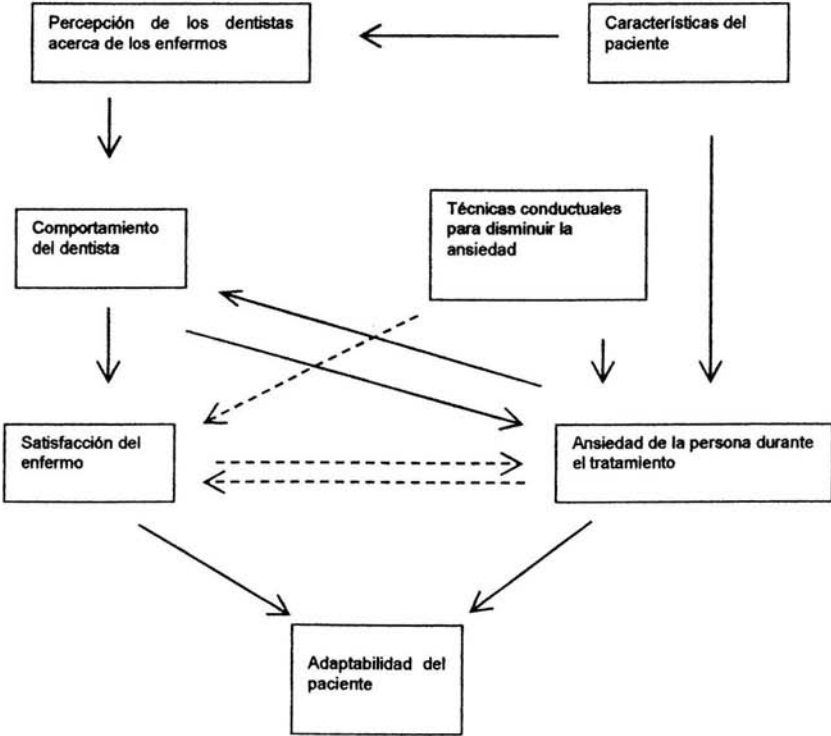
Es posible definir la adaptabilidad de modo amplio o estrecho. De manera operacional, los dentistas la definen como el presentarse a la vigilancia, aceptar los planes de tratamiento, seguir el consejo, aceptar sugerencias y estar dispuesto a pagar los servicios dentales.

Se resalta la importancia de la satisfacción en la relación del odontólogo y el paciente; en un estudio se comunicó que más del 25% de los enfermos investigados en Florida dejaron a su dentista en un período de cinco años principalmente por una deficiente comunicación entre ellos. Se encontró que el temor y la antipatía al odontólogo, la poca confianza de él y una mala actitud hacia el enfermo se relacionaron con una asistencia pobre en la manera comunicada por las personas. Sus resultados sugieren que la antipatía fue un factor más patente que el miedo para alejar a los pacientes del dentista. Durante la conducción de sus estudios sobre los métodos conductuales para reducir el estrés se observó que los enfermos parecen desear un cierto grado de respuesta interpersonal del dentista. Un objetivo importante del individuo al buscar atención médica es el alivio de la ansiedad mediante la obtención de apoyo emocional. En consecuencia, tanto la satisfacción como la ansiedad del sujeto parecen ser factores importantes en su búsqueda de atención dental regular.

En el siguiente cuadro se ilustra la conceptualización de las relaciones entre diversas variables que finalmente originan la dimensión de la adaptabilidad del paciente. La dimensión crítica es, por supuesto, la flexibilidad del enfermo. La

naturaleza del tratamiento y la prevención con buenos resultados que requiere la cooperación del sujeto.

Este diagrama presenta por lo menos ciertas pruebas que apoyan todos los vínculos mostrados con flechas continuas. En contraste, las escasas relaciones señaladas con flechas punteadas son hipotéticas con poca o nula prueba de apoyo. (25,26,27,28)



Técnicas de manejo del paciente

Las técnicas de manejo del paciente consisten, principalmente, en métodos de sostén psicológico orientados hacia la prevención del miedo y la ansiedad ante el tratamiento dental; dichas técnicas están basadas en el hecho de que las nuevas experiencias influyen en el paciente creando actividades positivas a atenuando el impacto de las vivencias negativas pasadas. Por todo ello, el cirujano dentista debe combinar su trabajo técnico con el manejo psicológico del enfermo.

Medidas previas al tratamiento

Antes de iniciar cualquier tratamiento dental, debemos dedicar unos minutos para establecer una comunicación, un interés y una preocupación real por el paciente, estableciendo unas relaciones de confianza, utilizando un lenguaje sencillo que pueda ser entendido por dicho paciente. Esta interacción y comunicación positiva del médico con el enfermo tiende a cambiar la actitud del mismo hacia otra más positiva. Para ello:

- ✓ Es necesario escuchar con paciencia al enfermo, tomando en serio lo que dice.
- ✓ Recoger información del nivel de ansiedad que le produce el tratamiento dental a través de un cuestionario, preguntando, etc. También debemos recoger las experiencias pasadas con otros estomatólogos y médicos puesto que, si éstas han sido negativas, pueden alterar el tratamiento dental.
- ✓ Explicar a cada paciente el plan de tratamiento y los aspectos financieros, evitando cualquier comentario que pudiera ser mal interpretado.
- ✓ Atender a cada paciente como un ser individual, haciendo que comprenda que se le está atendiendo a él.
- ✓ Crear un ambiente de calma y relajación, haciendo que el estomatólogo y su personal auxiliar se mueva con suavidad, seguridad y habilidad, sin ruidos, sin violencia y sin movimiento brusco que sobresalte al paciente.

- ✓ Introducir los tratamientos de un modo progresivo, siempre que las circunstancias lo permitan, de tal modo que se comience primero por aquello que sea menor traumático y molesto y a medida que va adquiriendo confianza, se va efectuando el resto.

Medidas durante el tratamiento

- ✓ Evitar de modo sistemático, palabras de alto contenido emocional; Por ello se debe evitar el empleo de términos tales como dolor, agujas, pinchazón, jeringas; sin embargo, podemos utilizar sinónimos desprovisto de esta carga emocional.
- ✓ Dar información y explicaciones adecuadas de lo que el enfermo va a sentir durante el procedimiento dental. La información ha de ser sencilla, con palabras que él pueda comprender y con un cierto sesgo hacia los aspectos positivos.
- ✓ Informar al paciente de que es normal que tenga unas manifestaciones fisiológicas durante el tratamiento, como son el aumento de la frecuencia cardíaca, sudación, etc.
- ✓ Cuando existe la probabilidad de provocar dolor inevitable se debe avisar al paciente, recalcando y enfatizando su brevedad y mostrando un vivo interés y preocupación por el hecho
- ✓ La creencia de dominio por parte del paciente. La sensación de control disminuye la tensión y la ansiedad. Antes de comenzar determinado tratamiento, se debe enseñar a dicho paciente que levantando el brazo o por alguna otra señal o gesto, se interrumpirá el procedimiento que se esté efectuando en ese momento por el estomatólogo.
- ✓ El empleo de palabras de refuerzo. Las palabras de ánimo en momentos en que el enfermo presenta comportamiento positivo son bien recibidas por el 80% de los enfermos y crea un contra condicionamiento frente a las molestias y el descontento que pueda sufrir el paciente.

El manejo psicológico del paciente, especialmente durante el transcurso de tratamientos intensos, permite mejorar su cooperación y requiere un mínimo extra de tiempo por parte del profesional. Lo más práctico es integrar todo este conjunto de medidas en el quehacer diario, haciendo que surjan de un modo espontáneo.

Independientemente de estos puntos, se realizó una investigación, donde resalto la importancia de conocer el propio estado nervioso del paciente, se pregunto la conducta del dentista y otros empleados para hacerlos sentir más o menos nerviosos conforme transcurrió la cita. En dicho estudio se entrevisto a 60 adultos después de un procedimiento dental, sus principales respuesta fueron:

Conducta del dentista que los enfermos creen que podría reducir su ansiedad

- ✓ Explicar los procedimientos antes de comenzar
- ✓ Dar información específica durante los procedimientos.
- ✓ Indicar al paciente que esté tranquilo.
- ✓ Advertir sobre la posibilidad de dolor.
- ✓ Apoyar verbalmente al enfermo; darle seguridad.
- ✓ Ayudar a redefinir la experiencia para disminuir la amenaza.
- ✓ Dar cierto control sobre los procedimientos y el dolor.
- ✓ Intentar enseñar al individuo a superar la ansiedad.
- ✓ Proporcionar distracción y alivio de la tensión.
- ✓ Tratar de tener confianza en el odontólogo.
- ✓ Mostrar calidez personal hacia el enfermo.

Tan pronto se analizan estas respuestas, se hace evidente que sintieron que además del dentista, el personal como el asistente también podría cumplir con muchos de tales comportamientos y que sería útil para aliviar la ansiedad.

Se desarrollo una nueva lista de comportamientos del odontólogo usando los resultados de las entrevistas de los pacientes, para relacionar la conducta del odontólogo con la satisfacción del paciente y estos fueron los resultados:

Conducta del odontólogo relacionada con la satisfacción del paciente

- ✓ Mostró que sabía cómo se sentía el paciente
- ✓ Sonrió
- ✓ Se aseguro que el paciente estuviera bien anestesiado
- ✓ Se mostró tranquilo
- ✓ Pregunto al paciente si estaba nervioso
- ✓ Garantizo al sujeto que trataría de evitar el dolor
- ✓ Le trasmitió tranquilidad

En este estudio se concluyo que la conducta más importante vinculada con la disminución de la ansiedad fue la promesa expresa del dentista de evitar el dolor. Se vio que otras cualidades como, amistad, tranquilidad y apoyo emocional generaron una conducta conveniente en apoyo para el buen desarrollo del tratamiento dental. (29)

Técnicas de modificación de conducta

Diversos autores se han preocupado por el vasto porcentaje de adultos que encuentran desagradable el tratamiento y, por consecuencia, visitan al odontólogo con menos frecuencia de la deseable.

La ansiedad es una emoción que sentimos todos los seres humanos. Sin embargo, en determinados casos se convierte en un trastorno que requiere tratamiento. La terapia para trastornos de ansiedad frecuentemente incluye medicamentos o formas específicas de psicoterapia, de las cuales nos enfocaremos más ampliamente.

Por ello, la creciente literatura científica referente al tratamiento de la ansiedad y la evitación dental sugiere varias intervenciones muy eficaces, pero proporciona una guía limitada en cuanto a escoger entre ellas. En tales circunstancias, se puede escoger entre las técnicas, con base en que sus propias impresiones clínicas, sobre el tratamiento que puede ser el más conveniente para cada paciente visto.

Desensibilización Sistemática

La desensibilización sistemática fundamenta su práctica en sugerirle al paciente la vivencia imaginaria de las situaciones de ansiedad, mientras permanece en estado de relajación inducido por el terapeuta. De este modo, el paciente adquiere la capacidad de controlar su reacción frente a la representación imaginaria de la situación perturbadora. El establecimiento de este condicionamiento dará paso a su aplicación en circunstancias reales.

Se inicia con escenas o imágenes que sólo despiertan un temor leve, y se anima al individuo a que se concentre a observar el estado de relajación mientras imagina estas situaciones. Progresivamente va imaginando escenas más perturbadoras, una vez que ha logrado permanecer relajado.

Implosión e Inundación

Estos tratamientos tienen como finalidad extinguir la respuesta ansiosa ante los estímulos fóbicos, mediante una intervención que impida la conducta de evitación o huida. La presentación repetida y prolongada de los estímulos provoca una curva de aumento del nivel de ansiedad hasta un punto máximo, a partir del cual se va reduciendo hasta terminar la sesión sin ansiedad relevante. Si la exposición se hace de forma imaginaria, la técnica se llama implosión. La inundación es la técnica en la que la explosión se realiza ante estímulos fóbicos reales.

Su objetivo es saturar la sesión clínica de pensamientos e imágenes atemorizantes, con la esperanza de que se extinga las respuestas emocionales que las provocan.

Este procedimiento tan solo puede requerir de 5 a 10 sesiones cada una de ellas de 45 a 60 min., pero amerita la participación constante e intensa del terapeuta durante este periodo.

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante, que explica cómo se genera y mantiene una conducta al provocar consecuencias sobre el ambiente, también permite diseñar técnicas para aumentar o disminuir la frecuencia de una respuesta, para adquirirla o eliminarla, así como para controlar su momento de aparición. Son las llamadas técnicas de reforzamiento y de extinción.

Incluyen una serie de procedimientos que manipulan las condiciones ambientales susceptibles de facilitar la eliminación de la conducta desadaptativa y la adquisición de pautas alternativas deseables. La premisa más importante del condicionamiento operante es que la conducta se puede generar y mantener por sus consecuencias o fenómenos reforzantes. Si se desea aumentar su frecuencia, deberá asociarse su ocurrencia con una consecuencia positiva (reforzamiento positivo) o con la retirada de una consecuencia negativa (reforzamiento negativo).

Extinción

Consiste en suprimir la consecuencia reforzante que mantiene una conducta determinada. Su efecto será la disminución en la frecuencia de la conducta.

La utilización combinada de las técnicas de reforzamiento positivo y de extinción es un programa terapéutico denominado reforzamiento diferencial, con el que se puede

controlar el momento de aparición de una conducta y conseguir un aprendizaje discriminativo. Este abordaje implica el reforzamiento de una respuesta en presencia de un estímulo dado, y la extinción de la misma respuesta ante otros estímulos.

Moldeamiento

El moldeamiento proporciona al individuo demostraciones de la conducta que necesita fortalecerse. Cuando la gente imita la conducta adaptativa de los modelos, se fortalecen sus nuevas respuestas por medio de reforzamiento positivo, que puede consistir simplemente en sentir que han tenido éxito.

Su objetivo es facilitar una respuesta nueva en el repertorio de un sujeto. El moldeamiento implica el reforzamiento sucesivo de respuestas aproximadas a aquellas cuya inclusión se desea, al mismo tiempo que la extinción de las respuestas aproximadas precedentes.

Terapia aversiva

La terapia aversiva se ha desarrollado con la finalidad de suprimir conductas inadecuadas caracterizadas por la imposibilidad de actuar sobre el refuerzo. Su diseño se basa en someter al paciente a la presentación simultánea de la conducta a eliminar con una experiencia desagradable o dolorosa, mediante dispositivos físicos, reacciones farmacológicas, así como especificaciones o representaciones imaginarias de situaciones desagradables, molestias o vergonzantes.

Terapia de sensibilización encubierta

Es una variante de terapia aversiva en la que se induce imaginariamente situaciones desagradables capaces de actuar como estímulos aversivos.

Además de establecer un condicionamiento de evitación, en la estrategia de terapia aversiva debe fomentarse paralelamente la adquisición de conductas alternativas adecuadas. Se han determinado que la indicación de la terapia aversiva haya quedado restringida a aquellos casos en que los tratamientos alternativos hayan resultado inoperantes o inviables.

Entrenamiento asertivo (EA)

Es una estrategia concebida para incrementar la capacidad de un sujeto de afrontar las relaciones interpersonales con mayor seguridad y eficacia, es decir, potenciar sus recursos de autoafirmación.

El EA debe promover seis modos de conducta: 1) Verbalización de emociones experimentadas espontáneamente, 2) Expresión facial: Mostrar la emoción en la cara y con movimientos. 3) Contradecir: Cuando el sujeto discrepe de alguien, no debe fingir resignación o asentamiento, sino manifestar su desacuerdo. 4) El uso del yo: emplear la palabra yo, tanto como sea posible, de modo que se implique en sus afirmaciones. 5) Expresar acuerdo cuando se es elogiado. El auto elogio también debe hacerse, cuando sea razonable. 6) Improvisar. Dar respuestas espontáneas ante estímulos inmediatos.

La aplicación del EA tenderá a facilitar e incrementar la ejecución de las conductas de afirmación social de forma progresiva y sistematizada, así como a reducir la ansiedad asociada.

Distracción

Se cita a la distracción como un recurso para aliviar la ansiedad y el dolor. Aunque es sólida la creencia en su eficacia, son contadas las investigaciones sistemáticas que la apoyan. Consiste principalmente en enfocar la mente del paciente en un objeto, pensamiento o situación diferente a la vivida en el consultorio odontológico.

Relajación

Cualquier actividad dentro de la práctica dental, se facilita con la relajación. Se puede acceder a la relajación, de muchas maneras; (siempre se elegirá la más adecuada al tipo de paciente que se trate), pero en todas ellas, la llave de acceso es el control de la respiración: la primera alteración fisiológica que podemos lograr directamente rumbo a la relajación plena, comienza con el control conciente de la respiración que en condiciones normales es una función automática e inconsciente y que uno le va sugiriendo al paciente como deberá efectuarla, pasando de esta manera a ser consiente. Con lo que se logra, por lo general: pasar del control de la respiración, al control nervioso, y más adelante al control del dolor.

Inoculación tradicional

La inoculación es un intento por erosionar la base del temor ayudando al enfermo a aprender formas para superar con eficacia el estrés, el dolor, o ambas cosas, que pudiera experimentar durante el tratamiento dental. Este procedimiento incluye tres pasos o fases. El primero se orienta e instruye al enfermo en lo que es el dolor y el miedo, y la función que los factores subjetivos tienden a determinar en las experiencias de tales estados. La segunda fase abarca seleccionar o diseñar un conjunto de tres o cuatro estrategias de superación, estos pueden ser la distracción, las transformaciones cognoscitivas de la experiencia, entre otras. Luego se practican las habilidades hasta poder llevarlas a cabo con facilidad. El tercer paso abarca integrarlas en un plan activo de superación practicándolas en situaciones semejantes, es decir, que la persona trate de utilizar las habilidades de superación aprendidas para aumentar su nivel de tolerancia.

Inoculación autoadministrada

Se emplean las mismas tres fases generales en un folleto interactivo, de instrucción, que el enfermo lee, practica como lo instruye el manual y anota los avances, se modifica la tercera fase para hacer práctico el procedimiento en un formato de autoayuda. El manual instruye al individuo a imaginar vividamente los pasos comprendidos en una cita dental, y a practicar sus habilidades de superación tan pronto surja la ansiedad. El manual esta diseñado para terminarse en 15 sesiones, 5 días por semana durante 3 semanas.

Atención escalonada

El método provee una estrategia general que puede resultar bastante eficaz en cuanto al costo cuando se aplica de modo transversal a los pacientes. En el sistema, se ordenan los tratamientos posibles del menos caro y más práctico, al más costoso y elaborado, se proveen a los enfermos en este orden hasta que uno resulte eficaz. Si las alternativas menos costosas logran los resultados deseados, no son necesarias más intervenciones. Solo si dicho tratamiento falla se emplea la siguiente alternativa más cara.

El cuidado escalonado requiere una cuidadosa preparación del paciente sobre la posibilidad de que los esfuerzos terapéuticos iniciales no sean totalmente buenos; dicha posibilidad debe mencionarse antes de comenzar cualquier intervención. El objetivo del terapeuta es tener en cuenta la posibilidad del fracaso sin destruir la motivación del sujeto para el tratamiento o eliminar la posibilidad de que los efectos placebo pudieran mejorar la terapéutica.

Aplicación de la terapia conductual (TC)

Las técnicas de modificación comportamental han demostrado ser instrumentos de probada eficacia en cuanto a su capacidad para controlar y resolver una serie de

síntomas, manifestaciones objetivas de conductas inadecuadas. Y problemas que afectan negativamente el bienestar, la libertad y la calidad de vida de numerosas personas. (30,31)

La motivación del paciente, la participación de los familiares en la ejecución del tratamiento, la práctica periódica de sesiones de recuerdo tras el tratamiento intensivo, así como el control de posibles factores generadores de ganancia secundaria mejoran el potencial terapéutico de la TC.

Consecuencias de la ansiedad

La ansiedad tiene efectos de amplio alcance en el aprendizaje y sobre la salud física y mental.

Consecuencias cognoscitivas

No se pone en duda que la ansiedad altera las habilidades de procesamiento de información.

¿Por qué puede ser útil la ansiedad? Durante la tensión el sistema nervioso activado usa neurotransmisores como la epinefrina, norepinefrina y vasopresina. Cualquier cosa que produzca que estas sustancias sean más accesibles al cerebro mejora la retención de información. Si los individuos recuerdan crisis y emergencia es más probable que puedan enfrentarse mejor cuando se presentan situaciones similares de nuevo. Por tanto, las personas tienen más posibilidades de sobrevivir lo suficiente como para transmitir la herencia genética (incluyendo la tendencia a secretar sustancias que ayudan a registrar sucesos generadores de ansiedad).

- ✓ Los muy ansiosos encuentran dificultades para poner atención; se distraen con facilidad
- ✓ Los muy ansiosos usan pocas de las claves que se proporcionan en las tareas intelectuales; están menos conscientes de las implicaciones y las complejidades.
- ✓ Conforme procesar información, los muy ansiosos no organizan ni elaboran con habilidad los materiales.
- ✓ Cuando el aprendizaje requiere flexibilidad, los muy ansiosos tienden a ser menos adaptativos para cambiar de una táctica a otra.

Consecuencias sobre la salud física

Si las angustias perduran, a menudo amenazan la salud; evidencias que apoyan esta idea provienen de las investigaciones que indica que una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias de enfermedades físicas.

El término enfermedad psicosomática se refiere a los trastornos que resultan de las respuestas corporales de un animal a la tensión, que es una condición psicológica. No se haya la suposición equivocada de las enfermedades psicosomáticas son imaginarias. Son, de hecho, trastornos reales que causan un daño tisular real y sufrimiento verdadero. Muchas enfermedades que antes se pensaba que eran causadas totalmente por mecanismos físicos se cree ahora que son influidos por el estrés. Si es ése el caso, poco es lo que se gana al señalar ciertos trastornos psicosomáticos.

Enfermedades infecciosas

Todo el mundo adquiere gripas y catarras, también se encuentran difundidos otros males infecciosos (herpes, mononucleosis, entre otros). En los últimos años, los científicos han descubierto que las diferencias en resistencia a las enfermedades

infecciosas se deben en parte, a las tensiones de la vida. Cuantas más ansiedades existan, mayor será la incidencia de males infecciosos.

Durante la tensión las respuestas hormonales suprimen ciertas funciones inmunológicas, haciendo que las personas sean más susceptibles a los patógenos que causan los males infecciosos.

Asma

El asma es una perturbación del sistema respiratorio. La víctima aspira ruidosamente, tose, siente que le falta el aliento y jala aire con la boca. En los ataques, que van desde ligeros hasta severos, la respiración se ve impedida por el estrechamiento de las vías de paso de aire o la secreción de moco en los bronquios o las dos cosas. Ya que es atemorizante sentirse de pronto incapaz de respirar de manera adecuada, los asmáticos se vuelven muy temerosos de los ataques. Las crisis pueden desencadenarse por infecciones, alergias, ejercicio, exposición al frío y otros factores físicos. Se calcula que, en el 70% de los casos, también existen motivos psicológicos.

Hipertensión

La enfermedad no tiene síntomas dolorosos, de manera que las personas encuentran dificultades para concebirla como un mal; la mitad de las víctimas no están conscientes de que la poseen. Conscientes o no, la hipertensión es peligrosa; Es relativamente probable que los individuos hipertensos sucumban por ataques al corazón, paros y problemas renales y que mueren de modo prematuro.

Las personas que padecen de hipertensión presentan diversos patrones fisiológicos indicando que poseen diferentes enfermedades. Los factores de ansiedad también desempeñan un papel en la elevación de la presión arterial de todas las personas. Se ha encontrado que el combate, vivir en áreas urbanas de alta densidad, el ruido, las tensiones del empleo y otras dificultades mentales están vinculadas con

presión arterial relativamente alta. El característico hipertenso reacciona ante la ansiedad con intensidad y persistencia desusadas.

Enfermedad cardiaca coronaria (ECC)

Muchos factores contribuyen a los problemas coronarios, ya que con frecuencia la hipertensión esencial precede la ECC, algunos de los mismos riesgos se aplican a los dos, entre ellos, la herencia, fumar, la obesidad, la dieta y poca actividad.

Aquí se hace hincapié en un segmento de la población que está expuesto a dificultades coronarias, los individuos con personalidad tipo A. Las personas tipo A lucha de continuo por lograr mucho en poco tiempo o contra demasiados obstáculos; aparentan ser agresivas, a veces hostiles. Los sujetos tipo A, ambiciosos por poder y logros, a menudo compiten contra otros; al presionarse, ignoran la fatiga. Incluso cuando no existen limitaciones de tiempo, se apresuran; la relajación les parece una pérdida de tiempo y muy pocas ocasiones lo hacen. Hablan fuerte, rápido y en forma explosiva. Los hallazgos preliminares sugieren que, de todos estos componentes, la elevada hostilidad hace que la gente esté en mayor riesgo de enfermedad cardiaca.

Cáncer

A pesar de que cada tipo de cáncer tiene sus causas distintivas, todos parecen depender de dos condiciones: una predisposición a la enfermedad en combinación con un irritante que inicia el crecimiento anómalo de células; a menudo toma cerca de 20 años para que se presenten señales de cáncer. Agentes infecciosos, la luz solar y la radiación puede inducir crecimiento anormal de células lo mismo que el fumar, usar rapé, comer una dieta alta en grasas, exponerse a toxinas como el asbesto y la ingestión de alcohol.

Las tensiones, y en especial, las agudas, pueden liberar hormonas y transmisores capaces de modificar el inicio, crecimiento y dispersión de ciertas clases de cáncer.

El asma, hipertensión, enfermedad cardíaca y cáncer, son considerados males crónicos (de larga duración). Estas perturbaciones se han convertido en una prioridad principal en países industriales modernos, en contraste con las enfermedades infecciosas agudas que eran la principal causa de muerte y que ahora pueden controlarse a través de tecnologías médicas. Las enfermedades crónicas preocupan tanto a los psicólogos como a los médicos porque, con frecuencia, el estilo de vida, esta en la base del problema: hábitos alimenticios y de bebida (qué y cuánto), actividad física o su ausencia, fumar (de primera y de segunda mano), exposición a sustancias químicas y enfrentarse a la "olla de presión" que la rutina diaria constituye. La eliminación de fallecimientos prematuros originados de enfermedades crónicas depende, en gran parte, de la modificación de la conducta humana, la especialidad de muchos psicólogos.

Se define la psicología de la salud como las contribuciones de las disciplinas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud. Los científicos sociales están comprometidos a intentar comprender, diagnosticar, tratar y prevenir problemas médicos. Se concentran en los correlatos de la salud; a menudo desempeñan funciones en el análisis y mejoramiento del sistema de atención a la salud y en la formación de políticas sanitarias.

Los estudios realizados hasta este momento a cerca de la ansiedad, son de gran importancia, a continuación se realiza una breve descripción de los mismos:

- ✓ Un estudio realizado en Estados Unidos por los doctores J. Gordon Rubín, Mark Slovin y Michael Krochak en el año de 1988 a cerca de "La psicodinámica de la fobia y la ansiedad dental" nos reporta que la ansiedad es localizada en el inconsciente, mientras que el miedo se encuentra en el consciente, también hacen mención de las fobias, en la cual se sufre notable ansiedad anticipada, y el ataque de pánico que difiere, en que es una explosión intensa de ansiedad, ante estos trastornos se hace una diferencia

entre pacientes normales y, clasificados como anormales, abarcando con esto la comprensión de las necesidades del paciente, sus miedos, impulsos y defensas y así mismo, las necesidades del mismo odontólogo.

- ✓ En otra investigación elaborada en España por J. R. Martínez de Zarbuendo San Antonio y A. González-Pinto en el año de 1983 se publicó " influencia de la terapia dental en la génesis de ansiedad en el paciente estomatológico " en la cual se ampliaron las diversas definiciones de ansiedad donde, después de una cantidad de opiniones llegaron a la conclusión de que la definición más acertada es: La ansiedad es un síndrome afectivo en el que se fundan emociones diversas como el miedo, la vergüenza y la culpa, y se añaden contenidos significativos de origen cultural. El dolor es el componente en el origen del miedo y la ansiedad, es decir, es una estrecha relación, ya que la ansiedad provocara a su vez más miedo y dolor.
- ✓ Respecto a este tema, en México el doctor González L. en el año 2000 publica su artículo "Dolor y sus señales complejas "donde hace mención de la influencia del dolor, el cual hace algunos años, se pensaba que era un fenómeno específico relacionado con el daño del tejido, sin embargo, actualmente el dolor no solo es considerado como una experiencia sensorial, sino que es un resultado de factores mentales y experiencias pasadas.
- ✓ En cuanto al origen de la ansiedad, en Texas el artículo escrito por William J. Thrash, y Daniel L. Jones en el año de 1994, llamado "El manejo psicológico del paciente fóbico y altamente ansioso", informa que existen dos orígenes consistentes y medibles para la ansiedad que son: experiencias traumáticas previas y experiencias indirectas (aprendiendo de ver y escuchar experiencias de otro), un ejemplo de este último es la influencia de los medios de comunicación de los amigos y de la propia familia.
- ✓ También en otras de las publicaciones de la Facultad de Odontología de Ecuador por Arias L.E. en el año de 1996 acerca del manejo difícil en odontología se dice que no tan solo las experiencias pasadas e indirectas contribuyen al origen de la ansiedad, existen varios aspectos que originan el comportamiento de un paciente, principalmente, el modo de vida y la

organización social, y a través de estos se determinan las necesidades materiales y espirituales del paciente, al mismo tiempo que le dan importancia al ambiente del consultorio dental como fuente de ansiedad.

- ✓ Así mismo, en Venezuela la doctora Perla Arrghi en el año de 1998 publica "Actitud del paciente frente al tratamiento protésico", donde nos menciona que un ejemplo del consultorio dental como fuente de ansiedad son las imágenes percibidas como traumáticas que pueden ser: pieza de mano, instrumental, medicamentos, manipulación inadecuada del instrumental, sillón dental, personal ruidos, entre otras. Cuando estas imágenes o situaciones llegan a provocar ansiedad, el individuo puede ser definido como paciente difícil.
- ✓ De igual manera, en Estados Unidos Jhon R. Elter en 1997 realiza el artículo "Valoración de la ansiedad dental, atención dental y condición oral en adultos", donde nos reporta que el definir a un paciente como difícil tiene sus consecuencias en la odontología, destacando principalmente que la ansiedad es un factor importante para el bajo nivel de asistencia en el consultorio odontológico y por ello el bajo tratamiento dental, destacando que el sexo femenino tiene mayores niveles de ansiedad, existiendo varios factores que influyen en esta emoción como: nivel socioeconómico, cultural y de comportamiento principalmente.
- ✓ Otra investigación, también en Estado Unidos, publicada en la revista JADA, por Doerr, Lang, Nyquist y Ronishace en 1998 sobre los factores asociados con la ansiedad dental, hace hincapié en la influencia de las variables edad y sexo en niveles de ansiedad altos, y menciona otros factores de influencia como características demográficas, nivel socioeconómico y actitudes desfavorables que están correlacionados en la ansiedad.
- ✓ Por otro lado en Madrid España la doctora Carmen Álvarez Quezada en el año 2000 publicó "El grado de ansiedad ante el tratamiento dental en estudiantes de segundo curso de licenciatura de Odontología", mediante la escala de Corah, demostrando que éste medio de test es el más utilizado en la práctica clínica para medir los niveles de ansiedad. Al realizar su

investigación, llego a la conclusión de que, al contrario de otros estudios, no existió diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad en cuanto a las variables de edad y sexo.

- ✓ En cuanto a la clasificación de la ansiedad en México la revista ADM el doctor José Antonio Carballo Junco en 1997 publica "Clasificación de trastorno de ansiedad en el paciente odontológico", donde manifiesta que existen diversas opiniones. El autor propone una clasificación apoyada en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, para facilitar el tratamiento del paciente odontológico, que indudablemente posee como ambiente y experiencias diversos estímulos que promueven ansiedad.
- ✓ Más sin embargo, en Norteamérica A. Weigner y David V. Sheehan en 1988 en la "Diferenciación en las alteraciones de pánico y la ansiedad psicológica dental" sugiere que con fines del tratamiento del enfermo en el campo de la ansiedad, se dividan los síntomas en dos subgrupos, uno endógeno (interno) y otro exógeno (externo). El dentista con el conocimiento de la diferencia de estos síntomas podrá establecer el mejor tratamiento para cada paciente.
- ✓ Por todo esto en España Jesús Colatayud y col. en el año de 1988 escribieron el artículo que lleva como nombre "Ansiedad y miedo al tratamiento odontológico", indicando que el manejo psicológico del paciente durante el tratamiento, permite mejorar su cooperación y nos proporciona ciertas medidas de manejo del paciente que se deberían integrar en la práctica diaria cuando sea posible, previas y durante la sesión odontológica.
- ✓ Por último en Norteamérica el doctor Robert K. Klepac en 1988 reporta su artículo "Tratamientos conductuales para evitación dental en adultos" donde se enlistan diversas técnicas conductuales: desensibilización sistemática, implosión, modelado, inoculación, entre otras. Estos tratamientos proporcionan cada uno de ellos sus propias impresiones clínicas y para su ejecución se deben escoger entre todas las opciones para encontrar la más conveniente para cada paciente.

En las ciencias de la salud, sobre todo en odontología, el dolor y malestar son a menudo, las causas por las cuales el paciente acude a exigir un tratamiento urgente. Esto origina en el individuo un estado de desequilibrio provocando una alteración del control del paciente, además de la sensación de sentirse bajo tensión. El análisis de las conductas de los pacientes ha tenido un auge creciente en los últimos años en cuanto a los términos actitud, conducta y contexto donde se mueve el paciente, así como los cambios conductuales que en ellos se produce ya que son muchas las personas que presentan actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico general.

Por esto la importancia de la satisfacción en la relación odontólogo paciente que es un factor fundamental ya que el paciente desea una respuesta interpersonal del dentista, teniendo como objetivo buscar atención odontológica al alivio de la ansiedad mediante el apoyo emocional, en consecuencia, la satisfacción y la ansiedad del sujeto parecen ser factores importantes en su búsqueda de atención dental.

El manejo del paciente especialmente durante el transcurso del tratamiento, permite mejorar su cooperación y requiere un mínimo extra de tiempo por parte del profesional. Lo más práctico es conocer las principales manifestaciones y tomar medidas para el tratamiento de la ansiedad e integrarlos en el quehacer diario, haciendo que surjan de un modo espontáneo, así como estar consciente de la ansiedad del paciente desde un principio.

El concepto de la ansiedad es esencial para el conocimiento de la conducta del paciente en la práctica odontológica, por ello se pretende a través de este trabajo contribuir a una mejoría en el tratamiento dental, al mismo tiempo abrir la posibilidad de estudios futuros sobre dicho tema.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las manifestaciones de ansiedad en pacientes de 20 a 45 años de edad y su frecuencia en la consulta privada estomatológica.

HIPÓTESIS

En esta investigación esperamos encontrar principalmente como manifestaciones de la ansiedad el nerviosismo y la diaforesis, y su frecuencia en un 50%.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de tipo observacional, prolectivo, transversal, descriptivo.

UNIVERSO Ó POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se tomó una muestra de 69 pacientes de ambos sexos, de 20 a 45 años de edad, que acudieron por primera vez, de manera espontánea al consultorio odontológico, ubicado en Avenida Pantitlán No.210 Colonia Evolución Ciudad Nezahualcoyotl México C.P. 57700, durante el periodo de Marzo a Agosto de 2002, considerando como indicadores la escala de ansiedad de Corah y mas de tres manifestaciones de ansiedad.

VARIABLES

Edad

Genero

Ansiedad

Manifestaciones de la ansiedad

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
EDAD	Edad cronológica del paciente	Cuantitativas Discontinuas	Pacientes de 20 a 45 años de edad
ANSIEDAD	Una aprensión, tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro interno o externo y que aparece como respuesta de una amenaza conscientement e reconocible.	Cualitativas Nominal	Positivo Negativo
GÉNERO	Femenino Masculino	Cualitativas Nominal	Masculino Femenino
MANIFESTACIONES	Fenómeno que revela un trastorno funcional o una lesión	Cualitativas Ordinal	Nerviosismo Irritabilidad Taquicardia E. Muscular Midriasis Náuseas Hipertensión Piloerección Diaforesis E. Defecación E. Micción

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los pacientes que solicitaron el servicio odontológico por vez primera llenaron una historia clínica que contiene preguntas sobre ansiedad, si contestaron afirmativamente a estas preguntas, se les pedía que llenaran la escala de ansiedad de Corah, el cual es un cuestionario de auto relleno que fue utilizado como uno de los indicadores.

El cuestionario de Corah consta de cinco ítems, los cuatro primeros se puntúan de 1 a 5, con una puntuación global de 20 – las puntuaciones superiores a 8, indican unos niveles de ansiedad superiores a lo normal – el quinto ítems es una pregunta global dicotómica SI/NO.

A los pacientes que no contestaban dicha pregunta se les mantenía en observación durante el procedimiento odontológico para percibir si mostraban signos de ansiedad. Los signos presentados, fueron los siguientes, los cuales fueron utilizados como indicadores, estos son:

1. - Sensación de nerviosismo.
2. - Sensación de irritabilidad.
3. - Taquicardia.
4. - Espasmos musculares.
5. - Midriasis.
6. - Náuseas.
7. - Vasoconstricción periférica (hipertensión)
8. - Piloerección generalizada.
9. - Diaforesis.
10. Estimulación de la defecación.
11. Estimulación de la micción.

Si mostraban más de 3 signos se le considero un paciente con ansiedad al tratamiento odontológico.

Se realizaron estos dos procedimientos, ya que varios de los pacientes manifestaron abiertamente su ansiedad, mientras que otros se mostraron renuentes a las preguntas por ello se aplicó el método observacional.

DISEÑO ESTADÍSTICO

A los resultados obtenidos se les aplicará frecuencia relativa y χ^2

RECURSOS

MATERIALES:

Libros
Revistas
Escritorio
Computadora
Impresora
Cuestionarios
Hojas
Lapiceros
Expedientes

HUMANOS: 2 pasantes de odontología, que fungieron uno como

Operador y otro como asistente.

Director de tesis

Asesor de tesis

FÍSICOS: Consultorio Estomatológico privado ubicado en Av. Pantitlán 210 Colonia Evolución Cd. Neza. C.p. 57700

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2002			2003												04
	MESES															
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA																
PRESENTACIÓN DE TÍTULO																
PRESENTACIÓN DE PROYECTO																
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS																
ELABORACIÓN DE RESULTADOS																
ANÁLISIS DE RESULTADOS																
INFORME TÉCNICO																
APROBACIÓN DE PROYECTO																
DESIGNACIÓN DE SINODALES																
REVISIÓN DE TESIS																
TITULACIÓN																

RESULTADOS

Los siguientes datos han sido elaborados a través del paquete EPI Info versión 6, que como resultados proporciona lo que a continuación se describe.

En la población de estudio, se encontró que de 69 pacientes que asistieron a la conducta privada estomatológica, el 78.3 % son pacientes que son considerados ansiosos al tratamiento odontológico (gráfica 1), de estos el 63.3 % contestaron el cuestionario para la escala de Corah y el 37.3 % fueron identificados a través de la sintomatología característica por medio de la observación. Al analizar el porcentaje de los pacientes ansiosos y la variable de sexo, nos dio como resultado que el 59.3 % son del género femenino y solo el 40.7 % pertenecieron al género masculino (cuadro 1), con respecto al análisis de los resultados de la ji cuadrada, se encontró que no es estadísticamente significativo.

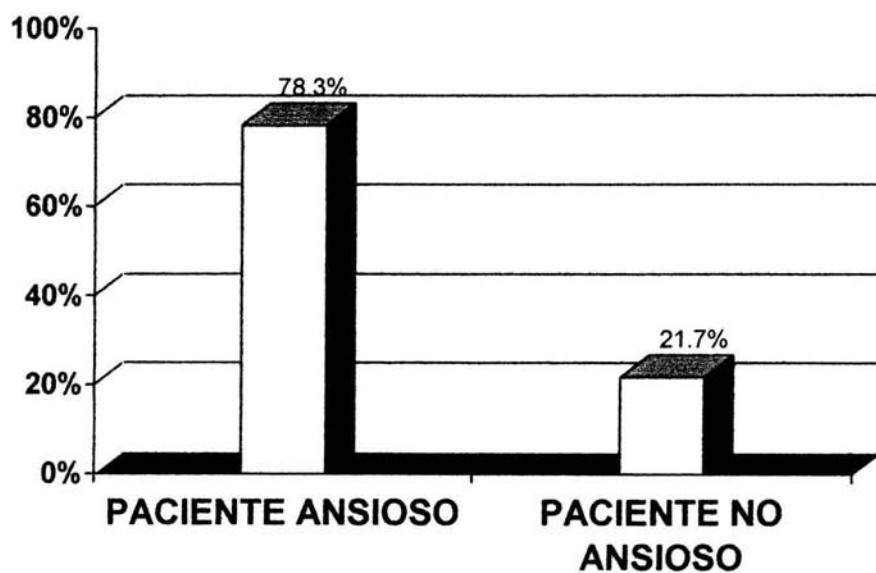
En el cruce de variables, edad-paciente ansioso se encontró que las edades de 20-23 años tuvieron el más alto porcentaje con un 22.2 %, siendo el más bajo los de 36-39 y 40-43 años de edad con un 13 %, ambos (cuadro 2), esto tiene explicación, ya que existieron mayor número de pacientes de las edades con más alto porcentaje.

Con respecto a los valores de ji cuadrada y el valor P, nos indican que existe una diferencia estadísticamente significativa, esto es por el motivo antes mencionado, anexado al resultado de varios estudios donde se menciona que a mayor edad menor nivel de ansiedad.

Los pacientes ansiosos que han sido evaluados de acuerdo a su sintomatología (gráfica 2), manifestaron que los síntomas más predominantes en orden de mayor porcentaje son náuseas con 61.5 %, nerviosismo con 57.7 %, diaforesis con 53.8 %. Seguido de estos tres síntomas nos encontramos con espasmos musculares, taquicardia y estimulación de la micción.

GRAFICA 1

FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO



CUADRO 1**FRECUENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL GÉNERO**

PACIENTE ANSIOSO				
SEXO	+	%	-	TOTAL
FEMENINO	32	59.3%	7	39
MASCULINO	22	40.7%	8	30
TOTAL	54	100%	15	69

Chi 2 0.76
 Grado de libertad 2
 Valor P 0.38411426

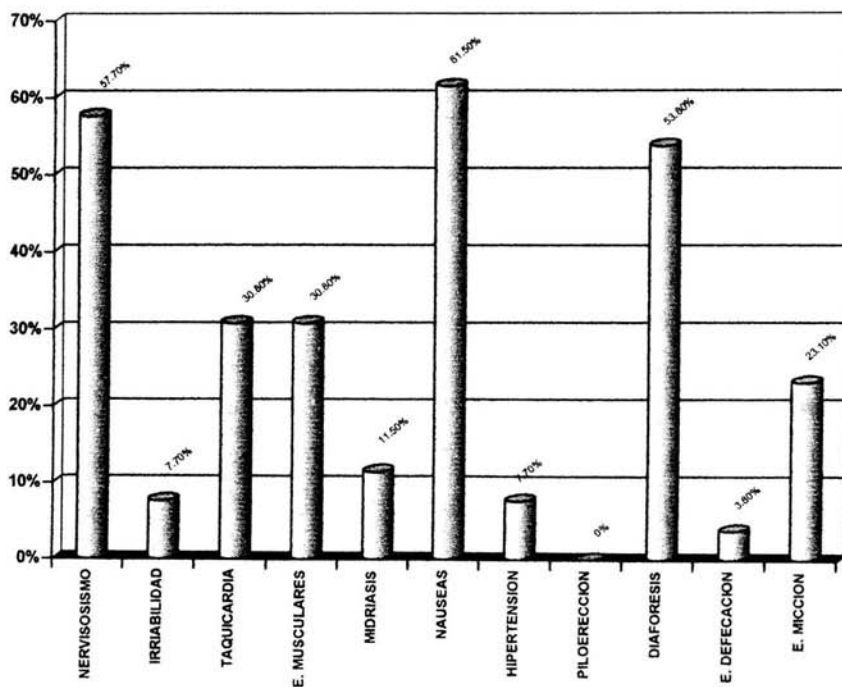
CUADRO 2**FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD**

EDAD	ANSIOSO	PORCENTAJE	NO ANSIOSO
20 – 23 AÑOS	12	22.2%	4
24 – 27 AÑOS	10	18.5%	3
28 – 31 AÑOS	10	18.5%	1
32 – 35 AÑOS	8	14.8%	4
36 – 39 AÑOS	7	13%	0
40 – 43 AÑOS	7	13%	3
TOTAL	54	100%	15

Chi² 27.38
 Valor P 0.19705854

GRAFICA 2

MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES
ANSIOSOS DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD



DISCUSIÓN

La ansiedad es una sensación frecuente en la vida diaria. Ha sido definida como una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de temor ante un peligro desconocido.

Dentro del campo médico, la odontología es una de las áreas de las que posee más estímulos que promueven ansiedad, por lo que la población evita el tratamiento odontológico, provocando un bajo nivel de salud oral, por lo que la comprensión y el manejo de la ansiedad de parte del profesional determina este problema en la odontología.

En este estudio la ansiedad se presenta en un 78.3% que representa un alto porcentaje, esto coincide con Martínez de Zalduendo en la publicación influencia de la terapia dental en la génesis de ansiedad en el paciente odontológico, donde menciona que son altos los porcentajes de ansiedad desde el mero hecho de acudir a consulta, y se sugiere que la atención dental es directamente afectada por la ansiedad, ya que el medio ambiente del consultorio dental contiene muchos eventos y actividades que se consideran como productores de dolor y ansiedad.

Ya analizando los resultados es muy interesante que en este estudio no se haya encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos sexos, difiriendo con los doctores Michael Galder y Ricardo Toro que hacen mención que las mujeres son más propensas a padecer el trastorno de ansiedad y pueden hasta duplicar la cifra de los hombres en las consultas generales. En el presente trabajo se destaca que las mujeres presentaron unos niveles promedio de ansiedad ligeramente mayores que los hombres, esto se puede explicar por el hecho de que se presentaron mas pacientes del sexo femenino a la consulta odontológica privada.

El estudio reportó que existe diferencia estadísticamente significativa con respecto a la edad, lo cual coincide con lo publicado con anterioridad por el doctor William J. Thrash en su publicación del manejo psicológico del paciente fóbico y a altamente ansioso, en el cual menciona que la edad de inicio de este trastorno se sitúa entre los 20 y 45 años de edad y que las posibilidades de padecer ansiedad disminuye con la edad. Más sin embargo en otras publicaciones como la de la doctora Álvarez Quezada no reporta diferencia alguna.

CONCLUSIONES

La investigación en la ansiedad en la consulta odontológica privada revela lo siguiente:

- ✓ La ansiedad es una emoción frecuente en el ambiente del consultorio odontológico, ya que contiene eventos y actividades que se consideran productores de dolor y ansiedad durante el tratamiento odontológico.
- ✓ Las mujeres tienden a reportar más ansiedad que los hombres, esto se debe a que las mujeres visitan más rutinariamente al dentista, por estética o bien por las consecuencias de sus cambios hormonales, más sin embargo, los hombres tienden a ocultar o fingir el miedo y la ansiedad.
- ✓ Los factores relacionados notablemente son la edad y la ansiedad, ya que se comprobó que la ansiedad tiende a disminuir con la edad, así como con la exposición al consultorio dental.
- ✓ El síntoma más característico es el nerviosismo ya que los demás síntomas pueden presentarse a través de la influencia de otros factores en el ambiente dental y también externo a este.

La ansiedad ha sido considerada como un problema para el cuidado bucal. La población adulta evita el tratamiento, excepto cuando hay síntomas o por temores extremos, lo cual asevera más la ansiedad.

El concepto de la ansiedad es esencial para el conocimiento de la conducta del paciente en la práctica odontológica, por ello se pretende a través de este trabajo contribuir a una mejoría en el tratamiento dental, al mismo tiempo abrir la posibilidad de estudios futuros sobre dicho tema.

RECOMENDACIONES

- ✓ No rechazar al paciente ansioso, pues al hacerlo se compromete la capacidad y la relación clínica que éticamente esta obligada a cumplir.
- ✓ El profesional debe revisar su conducta emocional puesto que pueden existir trascendencias negativas, que son causas parciales o totales del conflicto en el paciente.
- ✓ El dentista debe estar conciente de la ansiedad del individuo y de la que genera el consultorio odontológico para comprender la necesidad del paciente de ser tratado de manera especial.
- ✓ No se debe actuar como psiquiatra o psicólogo, pero se debe conocer el manejo del paciente y tener información y datos que permitan controlar las conductas y de esta manera crear un clima sociable entre paciente y operador.
- ✓ Muchos de los encuentros dentales con los pacientes a partir de las experiencias de los mismos clínicos, en el futuro se requerirá más conocimientos a cerca de cómo afecta de modo específico el desenlace de la atención y como se puede cambiar de manera más eficaz para mejorar la práctica odontológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez QC, Carrillo BJS, Calatayud SJ, Pernia RI. Estudio sobre el grado de ansiedad ante el tratamiento dental en estudiantes de 2º curso de licenciatura de odontología. RCOE 2000; 5(1): 27-30.
2. Elter RJ, Strauss PR, Beck DJ. Assessing dental anxiety, dental care use and oral status in older adults. JADA 1997; 128: 591-597.
3. Fuentendoro F, Vázquez C. Psicología médica psicopatológica y psiquiatría. México: Editorial Interamericana McGraw Hill, 1990: Vol. II. 337, 709-721.
4. Arrighi P. Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela. Acta odontológica Venezolana 1998; 36(2):62-69.
5. Davido JL. Introducción a la psicología. Editorial McGraw Hill, 1999: 133-419.
6. Weigner AA, Sheehan VD. Diferenciación en las alteraciones de pánico y la ansiedad psicológica dental. Clínica Odontológica de Norteamérica 1988; 4: 861-877.
7. Martínez ZSA, González PA. Influencia de la terapia dental en la génesis de ansiedad en el paciente estomatológico. Revista española de estomatología 1983; 31(3): 161-166.
8. Gordon JR, Slovin M, Krochak M. Psicodinámica de la fobia y la ansiedad dental. Clínica odontológica de Norteamérica 1988; 4: 679-689.
9. Toro GR, Yepes RI. Fundamentos de medicina psiquiátrica. México: Corporación d investigaciones Biológicas, 1991: 341-349.
10. Valleja RJ. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3º ed. México: Editorial Salvat, 1992: 340-710.
11. Howard HG. Psiquiatría general. 4º ed. México: Manual moderno, 1999: 308-423.
12. Sarason GI, Sarason B. Psicología anormal. México: Editorial Trillas, 1983: 499-507.

13. Carballo JJA. Clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico. ADM 1997; 54(4): 207-214.
14. Malter AB. Principios de psicopatología. México: Libros McGraw Hill, 1970: 208-217.
15. Gerald CD, Neal MJ. Psicología de la conducta anormal enfoque clínico experimental. México: Editorial Limusa, 1991: 134-143.
16. González L. Dolor y sus complejas señales. Revista dentista y paciente 2000; 9: 8-9.
17. Paredes RMP, López GMR, Cruz LA, Castañeda MHD. El aumento del umbral al dolor del paciente mediante la aplicación de una técnica de relajación. PO 1992; 13(8): 43-46.
18. Galder M, Gath D, Mayo R. Psiquiatría. 2° ed. México: Editorial Interamericana, 1988: 174-185.
19. Trash JW, Jones LD. El manejo psicológico de pacientes fóbicos y altamente ansiosos. Revista dentista paciente 1994; 2(24): 15-19.
20. Doerr AP, Lang P, Nyquist VL, Ronis LD. Factors Associated with dental anxiety. JADA 1998; 129: 1111-1119.
21. Arias LE. El manejo difícil en odontología. Revista de la facultad de odontología de Ecuador 1996; 4: 26-35.
22. Silva MJ. La ética profesional en el contexto de la modernidad. ADEMAC 2002, 6:4.
23. López AM. Relación médico paciente ¿un simple contrato? Medicina Oral 2000; 2(2): 37.
24. Lifshitz A, Juárez DN. El médico ante los avances de la comunicación. IMSS 2000; 38(1): 3-10.
25. Gómez GR, Lara NR. Relación odontólogo- paciente. PO 1993; 14(5): 21-24.
26. Martínez CF. La relación médico-paciente. ADM 1988; 45: 235-238.
27. Stoeckle DJ. Relación entre el dentista y el paciente adulto. Clínicas odontológicas de Norteamérica 1988; 4: 799-805.

28. Corah LN. Valoración, reducción e incremento en la satisfacción del paciente. *Clínicas odontológicas de Norteamérica* 1988; 4: 815-825.
29. Calatayud J, Calatayud F, Manso JF, Lucas M. Ansiedad y miedo al tratamiento estomatológico. *Revista española de estomatología* 1988; 36(4): 253-257.
30. Klepac KR. Tratamientos conductuales para la evitación dental en adultos. *Clínicas odontológicas de Norteamérica* 1988; 4: 737-749.
31. Trejo CM, Sierra OJ. Técnicas prácticas para inducir relajación en el consultorio dental. *Correo odontológico de la universidad Autónoma de Yucatán* 2000; 10(20): 25-29.

ANEXOS

EXPEDIENTE CLINICO:

Consultorio de especialidades odontológicas
Especialista en Terapéutica Homeopática IPN
Especialista en Estomatología Para El Niño y el Adolescente UNAM
Odontopediatría y Ortodoncia

Paciente	Edad
Domicilio	Teléfono
Ocupación	Motivo de consulta
Recomendado por	Estado civil

T.A.	mm/Hg	F.C.	x min.	F.R.	x min.	Temp.	°C	Peso	Kg.	Talla	cm.
------	-------	------	--------	------	--------	-------	----	------	-----	-------	-----

Las siguientes preguntas son confidenciales y exclusivamente para uso clínico, conteste verdídicamente ya que parte del éxito de su tratamiento depende de esto.

Si ha padecido alguna de las siguientes enfermedades márquela.

Enfermedad del corazón	Hepatitis	Epilepsia (Ataques)
Presión alta	Asma	Úlcera gástrica
Presión baja	Enfermedad del riñón	SIDA
Anemia	Leucemia o cáncer	Diabetes
Estrés o Nerviosismo	Hemofilia	Sífilis o Gonorrea
Fiebre reumática	Hiper o Hipotiroidismo	Alcoholismo o Tabaquismo

Si ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada anótelas

Si marcó alguna enfermedad diga si está bajo tratamiento médico y anote que medicamentos toma _____

¿Cuándo se corta o le extraen un diente, sangra demasiado que tiene que acudir al médico para detener la hemorragia? Sí No ¿Se le infecta la herida? Sí No

Es alérgico a algún medicamento, alimento o sustancia como: Anestesia dental Sí No

Penicilina Sí No Otros _____

Le han realizado alguna operación quirúrgica o transfusión sanguínea? _____

Que medicamentos está tomando actualmente? Anótelos por favor _____

Ha aumentado o bajado de peso considerablemente sin motivo alguno recientemente? _____

Tiene alguna enfermedad, malestar o problema que desee comunicarnos? _____

Si es usted mujer conteste si está embarazada Si No ¿Cuántos meses? _____

El tratamiento dental le provoca angustia, temor o ansiedad? _____ Diga que siente _____

Desea que le ayudemos a superar esto? _____ Pregunte como _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Esta parte es para llenado del Doctor, por favor no marque nada. ODONTOGRAMA

Dientes	CP	PR	Tratamiento	Fecha	Fecha	Tratamiento	PR	CP	Dientes	Observaciones
17	X							X	27	
16	X							X	26	
15	55	X						X	65	25
14	54	X						X	64	24
13	53	X						X	63	23
12	52	X						X	62	22
11	51	X						X	61	21
41	81	X						X	71	31
42	82	X						X	72	32
43	83	X						X	73	33
44	84	X						X	74	34
45	85	X						X	75	35
46		X						X		36
47		X						X		37

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCALA DE ANSIEDAD DE CORAH

¿Cómo se sentiría si tuviera que ir al dentista?

- 1.- Estaría esperándolo gustoso ya que es una experiencia razonablemente agradable.
- 2.- No me importa nada.
- 3.- Estaría muy inquieto.
- 4.- Tendría miedo a que fuese doloroso o molesto.
- 5.- Estaría muy temeroso de lo que pudiera hacer el dentista

Cuando está esperando la consulta para pasar al sillón dental, ¿cómo se siente?

- 1.- Relajado
- 2.- Un poco tenso
- 3.- Tenso
- 4.- Ansioso
- 5.- Tan ansioso que estaría sudando o me sentiría enfermo

¿Cómo se siente cuando está en el sillón dental y está esperando a que el/la dentista empiece a trabajar en sus dientes?

- 1.- Relajado
- 2.- Un poco tenso
- 3.- Tenso
- 4.- Ansioso
- 5.- Tan ansioso que estaría sudando o me sentiría enfermo

Cuando se va a hacer una limpieza dental y está sentado en el sillón dental, ¿Cómo se siente antes de que el dentista comience a limpiar sus dientes alrededor de las encías?

- 1.- Relajado
- 2.- Un poco tenso
- 3.- Tenso
- 4.- Ansioso
- 5.- Tan ansioso que estaría sudando o me sentiría enfermo.

En general, ¿se siente incómodo o nervioso antes de recibir algún tratamiento dental?

Sí
No

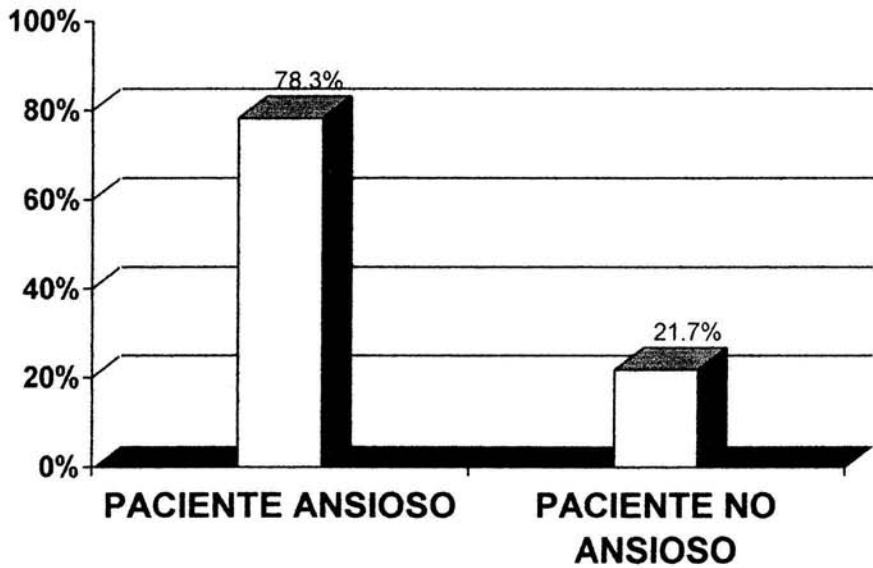
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

1.- Sensación de nerviosismo	SI	NO
2.- Sensación de irritabilidad	SI	NO
3.- Taquicardia	SI	NO
4.- Espasmos musculares	SI	NO
5.- Midriasis	SI	NO
6.- Náuseas	SI	NO
7.- Hipertensión	SI	NO
8.- Piloerección	SI	NO
9.- Diaforesis	SI	NO
10.-Estimulación de la defecación	SI	NO
11.-Estimulación de la micción	SI	NO
Paciente ansioso(tres o mas síntomas)	SI	NO

GRAFICA 1

FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO



CUADRO 1

FRECUENCIA DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL GÉNERO

PACIENTE ANSIOSO				
SEXO	+	%	-	TOTAL
FEMENINO	32	59.3%	7	39
MASCULINO	22	40.7%	8	30
TOTAL	54	100%	15	69

Chi 2 0.76
 Grado de libertad 2
 Valor P 0.38411426

CUADRO 2

FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD

EDAD	ANSIOSO	PORCENTAJE	NO ANSIOSO
20 – 23 AÑOS	12	22.2%	4
24 – 27 AÑOS	10	18.5%	3
28 – 31 AÑOS	10	18.5%	1
32 – 35 AÑOS	8	14.8%	4
36 – 39 AÑOS	7	13%	0
40 – 43 AÑOS	7	13%	3
TOTAL	54	100%	15

Chi² 27.38
 Valor P 0.19705854

GRAFICA 2

MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES
ANSIOSOS DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD

