



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS
QUE DEMANDAN ATENCIÓN EN LA FACULTAD
DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM 2004.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA**

PRESENTA

SOFÍA SÁNCHEZ MORALES

DIRECTORA: C.D.NANCY A.JACQUES MEDINA

*autorizada
Nancy Jacques*

ASESORA: MSP. ARCELIA MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

Abril 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN.....	I
1. ANTECEDENTES.....	1
• HISTORIA DE LA ANSIEDAD.....	5
2. ANSIEDAD.....	11
• ANSIEDAD Y EMOCIÓN.....	12
• MIEDO, ANGUSTIA Y ANSIEDAD.....	13
• LAS FUNCIONES ADAPTATIVAS DE LA ANSIEDAD.....	15
• ETIOLOGÍA.....	16
• MANIFESTACIONES CLÍNICAS	
• DIAGNÓSTICO.....	18
• FISIOLÓGIA DE LA ANSIEDAD.....	19
• PAUTAS DE PRESENTACIÓN DE LA ANSIEDAD.....	20
• TRATAMIENTO.....	22
• EPIDEMIOLOGÍA.....	24
3. MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ANSIEDAD.....	25
• EL PAPEL DEL ODONTÓLOGO ANTE EL PACIENTE ANSIOSO	
• MIEDO AL ODONTÓLOGO.....	26
• RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE.....	27
• RECOMENDACIONES PARA UN MEJOR MANEJO DEL PACIENTE ANSIOSO.....	28
• ADAPTACIÓN DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.....	29
• TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.....	32
• 4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
• 5 JUSTIFICACIÓN	

• 6 HIPÓTESIS.....	39
• 7 OBJETIVOS.....	40
• 8 METODOLOGÍA	
• 8.1 MATERIAL Y MÉTODO	
• 8.2 TIPO DE ESTUDIO	41
• 8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	
• 8.4 MUESTRA	
• 8.5 CRITERIOS	
• 8.5.1 DE INCLUSIÓN	
• 8.5.2 DE EXCLUSIÓN	
• 8.6 VARIABLES.....	42
• 8.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLIS DE LA INFORMACIÓN.....	43
• 8.8 RECURSOS.....	44
• 9 RESULTADOS.....	45
• 10.CONCLUSIONES.....	56
• SUGERENCIAS.....	57
• BIBLIOGRAFÍA.....	59
• GLOSARIO.....	61
• ANEXO A.....	63
CARTA DE CONCENTIMIENTO	
• ANEXO B	64
- FORMATO DE LA ENCUESTA	
• ANEXO C	67
- ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL CORAH	

A LA MEMORIA DE MI MADRE.

A DIOS.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva psicológica está constituida por el conjunto formado por las emociones, los pensamientos y la personalidad de cada individuo, que determinan su forma de actuar y de responder ante diversas situaciones. Dichos factores se hallan en constante interacción con los que forman lo que puede llamarse la perspectiva sociocultural. En efecto, la familia, la escuela y los medios de comunicación van modelando de una forma casi imperceptible nuestras ideas y, por tanto, nuestra actitud.

Refiriéndonos concretamente a las aportaciones de la psicología al campo de la salud, desde finales de la década de los setenta, se utiliza el término de psicología de la salud para referirse a las contribuciones, científicas y profesionales, que desde la psicología se pueden realizar, tanto para la promoción y mantenimiento de la salud bucal, como para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Es evidente que nuestra salud depende del estado físico de nuestro organismo pero, sin duda, se ve también influida, en gran medida, por lo que hacemos y por lo que dejamos de hacer. Si fumamos o bebemos en exceso, si dejamos de hacer ejercicio físico con regularidad, si consumimos drogas, si conducimos arriesgadamente o si eliminamos de nuestra dieta legumbres y frutas, estamos tomando decisiones que afectan a nuestra salud.

Así mismo los programas de la prevención de la caries, disminución de stress y de ansiedad, así como la promoción de las dietas equilibradas intentan modificar nuestros comportamientos y en definitiva, nuestros "estilos de vida". Los psicólogos de la salud intervienen en estos programas preventivos y han descrito algunos de los factores de riesgo más importantes, denominándolos "patógenos comportamentales". Al mismo tiempo, han concretado algunos de los "inmunógenos comportamentales" (conductas que realizamos y que nos ayudan a prevenir las enfermedades) más relevantes para mantenernos sanos. Desde la psicología de la salud se han desarrollado procedimientos eficaces en el tratamiento de muchos problemas físicos de la salud como por ejemplo, la obesidad, la hipertensión y ciertas enfermedades cardíacas. En otras áreas de intervención, la psicología ayuda y favorece los tratamientos médicos: en la preparación de los pacientes quirúrgicos, logrando reducir las complicaciones posquirúrgicas; en el desarrollo de programas de educación sanitaria y de prevención de la enfermedad, modificando conductas poco saludables, aumentando el cumplimiento de las recomendaciones médicas, ayudando a cambiar las dietas alimenticias (disminución de sodio colesterol) o ayudando a mejorar las relaciones entre el odontólogo y el paciente.

Es por lo que se considera que la psicología como ciencia interdisciplinaria dará a la odontología un apoyo científico, por que el odontólogo sin ser psicólogo, podrá identificar en su paciente características de su comportamiento, pudiendo así controlar las manifestaciones de ansiedad que pudiesen sentir, así como el interés hacia el paciente y que éste no se limite únicamente al campo profesional, en el caso del cirujano dentista a la cavidad bucal y dientes, si no a dar una atención integral, tomándolo en cuenta como un ser biopsicosocial.

ANTECEDENTES

Dentro de los distintos campos de la aplicación de la psicología científica, a partir de los años setenta empieza a desarrollarse un nuevo campo interdisciplinario entre la psicología y la odontología. Éste nuevo enfoque a proporcionado la posibilidad de que los odontólogos, se beneficien de una serie de técnicas conductuales. Particularmente, una de las áreas que más interés ha generado ha sido el manejo de la ansiedad dental, referida a situaciones de tratamiento o intervenciones odontológicas, la cual es un inconveniente que generalmente alarga sin necesidad los tratamientos, siendo poco beneficioso tanto para el odontólogo, como para el mismo paciente.

En vista de ello, sería deseable contar con algún instrumento para la evaluación rápida y precisa de la ansiedad dental, con el fin de identificar correctamente aquellos pacientes a los que podrían eventualmente aplicarse alguna de las técnicas conductuales para reducir su ansiedad a la situación.

En 1991 Carlos Pal-Hegedüs y Luis Gamier Z. Utilizaron la escala de ansiedad dental de Corah en una muestra de 158 sujetos adolescentes de un colegio católico privado. Se obtuvo una confiabilidad de alfa = 0.80 y un coeficiente de estabilidad temporal test-retest a un mes de $r = 0.77$ ($n = 55$).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la prueba, según las variables sexo, edad y presencia o ausencia de ortodoncia.¹

Así mismo se encontró un trabajo de la aplicación de un programa de preparación psicológica para disminuir la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica, el tiempo de duración de la misma, la cantidad de anestesia utilizada, y el tiempo de incapacidad postoperatorio. Dicho programa se desarrolló en el servicio odontológico de la universidad de Antioquia

(Medellín Colombia) con cinco sujetos que conformaron el grupo experimental, y se conformo un grupo control con cuatro personas que igualmente requerían de la extracción de los terceros molares; con éste grupo no se desarrolló ningún trabajo específico a parte de la praxis odontológica normal, la variable independiente fue el trabajo de preparación psicológica, que consistió en transmitir estrés, las variables dependientes fueron la ansiedad, medida a través del STAI (Spielberger et al; 1982), el tiempo de la duración de la cirugía, la cantidad de anestesia utilizada y el tiempo de cicatrización ; medidos a través de registros gráficos. Los resultados fueron analizados individual y grupal mente, comparando los grupos experimental y de control. Para esto se utilizaron las pruebas T de Student para muestras relacionadas y T de Student para muestras independientes con un nivel de significación estadístico de 0.05, hallando significación solo en tres comparaciones en relación con la variable ansiedad.; el tiempo de duración de la cirugía, la cantidad de anestesia utilizada, y el tiempo de cicatrización, fueron porcentual mente menores dentro del grupo experimental en comparación con el grupo de control.²

En el departamento de odontología de la Universidad de Bergen Noruega, Se hizo un estudio de cruce cultural donde se validaron tres escalas de Ansiedad Dental, el propósito de éste estudio fue determinar la sensibilidad y especificidad de las predicciones positivas y negativas para la escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS) y dos modificaciones en las versiones de (MDAS/4)

Unos cuestionarios fueron enviados por correo aéreo con un rango simple de 1,190 con personas de 25 años, del Oeste de Noruega en 1997, la mitad de la muestra recibió DAS y la otra mitad con MDAS. La tasa resultante fue del 62%, los participantes completaron las escalas con resultados demográficos particulares y respondiendo a una pregunta acerca de los hábitos y visitas al dentista durante los últimos 5 años y otra pregunta sobre las razones de la inasistencia al dentista para atenderse.

Usando las respuestas de la última carta como un criterio de validación se encontró para todas las escalas una disminución en la sensibilidad, mientras que la especificidad aumentó cuando se cambió del límite simple al riguroso. Las escalas dieron una predicción de valores bajos y positivos (0.26), pero con altos valores negativos (0.98), desde que DAS y MDAS/4 dieron resultados idénticos, las dos muestras fueron combinadas a un punto límite de 13, donde tuvo una sensibilidad de (0.83) y especificidad de (0.84), el valor positivo predictivo fue de (0.18) y el negativo de (0.99); las estimaciones correspondientes cuando el punto límite alcanzó el valor de 15, donde 0.67, 0.90, 0.22 y 0.98. concluyendo que en esta prueba DAS y las dos versiones de MDAS dan valores aceptables con una sensibilidad cercana y aceptable a valores de especificidad negativos, pero los valores de predicción positivos fueron útiles para la predicción del nivel individual.³

Thomas, W. Murray, observaron la incidencia de la ansiedad dental en adultos jóvenes entre 18 y 26 años con relación a la experiencia en tratamientos dentales y el servicio utilizado. Los datos de DAS de 18 a 26 años fueron válidos para 796 (80.8%) de los 980 miembros estudiados de 26 años.

Se observó un incremento de la ansiedad dental en un periodo de 8 años con una incidencia de 2.1%, los casos de incidencia disminuyeron al visitar al dentista; en los ocho años previos no había incrementos de pérdida de dientes. Se identificó un subgrupo recurrente identificado como ansiedad dental de edades entre 15 y 26 años, pero no de 18 años, este subgrupo presentaron una incidencia de pérdida de dientes a los 8 años junto con caries.

Concluyen que hay experiencias condicionadas que no relatan los pacientes en el tratamiento dental y podría ser que el temperamento y personalidad psicológica influye en el condicionamiento del paciente a ocultar la ansiedad.⁴

Otro estudio similar fue realizado en tres países (USA, Israel y Suecia), donde se investigó el miedo dental en pacientes adultos, por medio de un cuestionario

y la Escala de Ansiedad Dental. Mostraron que los pacientes de los tres países tuvieron un comportamiento similar de acuerdo al sexo, edad y el nivel de ansiedad dental (DAS) en un tiempo determinado. Las emociones negativas fueron comunes cada día que transcurría entre los pacientes de Suecia, a pesar de que los países eran distintos, muchos pacientes coincidieron en que ellos siempre han tenido miedo dental, los pacientes suecos reportaron una menor cantidad en aprendizaje directo e indirecto que los pacientes de Israel. La motivación de los pacientes para el tratamiento fue alta, mientras que la creencia de reducción de miedo fue claramente menor.

La razón más común para que los pacientes israelitas buscaran el tratamiento dental fue una decisión personal para tratar de hacer frente a la situación, mientras que para los pacientes suecos fue más dolorosa.

Los pacientes israelitas y americanos prefieren los modelos de tratamiento como terapias de comportamiento, mientras que los pacientes suecos prefieren tratamientos activos o pasivos o la anestesia general. La preferencia para los atributos del dentista fueron similares entre los grupos enfatizando el miedo de los individuos del comportamiento y desempeño del dentista.⁵

Cohen J. Fiske y J.T. Newton 2000 exponen el impacto que causa la ansiedad dental en la vida diaria con la participación de 20 pacientes en una clínica dental donde llenaron los cuestionarios de la MDAS (Escala de Ansiedad Dental Modificada), los entrevistaron de manera privada usando una técnica de reflexión profunda, los cuestionarios fueron analizados para identificar el impacto de la ansiedad dental en la vida diaria; el 25 % de los datos cualitativos fueron revisados por un investigador independiente para garantizar la validación del análisis y los resultados.

La edad sobresaliente de los participantes fue de 41 años (rango entre 23 y 60 años), el puntaje principal de MDAS fue de 21-5 (rango de 14 a 25).

Se identificaron 5 impactos principales de la ansiedad dental: psicológica, cognitiva, comportamiento, salud y social, incluyendo en estas categorías:

la respuesta con miedo, pensamientos negativos, sentimientos y temores, comportamientos inevitables, comportamientos alimenticios, higiene oral, medicación y otras manifestaciones de ansiedad en el ambiente dental así como la tensión muscular, el llorar y la agresión.

En la ansiedad dental se encuentra un desorden al dormir, el no tener un afecto profundo, afecta socialmente de la manera que esto interfiere con el trabajo y las relaciones personales

Concluyen que la ansiedad dental tiene muchos efectos nocivos en la vida diaria de los individuos que tienen fobias dentales.

El impacto de la ansiedad dental se manifiesta en 5 formas:

- Desordenes psicológicos
- Cambios en el comportamiento
- Cambios cognitivos
- Cambios en la salud
- Disminución de roles sociales.

La naturaleza del impacto de la ansiedad dental varia a diferentes periodos, el impacto es inmediatamente mayor antes y el día de la cita dental.⁶

HISTORIA DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es el componente emocional de la disonancia de la conducta y por lo tanto, siempre acompaña al conflicto o a la frustración. La ansiedad tiene varios sinónimos que incluyen terror anticipado, temor, aprensión, espera ansiosa y angustia. La idea de ansiedad aparece en los jeroglíficos egipcios; se la interpreta como "enloquecimiento por la preocupación" en la Biblia de 1611 del rey Jaime, y aparece específicamente como "ansiedad" en las biblias modernas. La ansiedad es la tensión que impulsó a Jeremías a gritar: ¿No hay ningún bálsamo en Gilead?"

Los filósofos y los escritores del siglo XIX descubrieron el significado de la ansiedad. En 1844, Sören Kierkegaard, el filósofo danés, describió la abominación de la ansiedad en el concepto del temor: "Ningún gran inquisidor

tiene a su disposición torturas tan terribles como la ansiedad y nadie sabe cómo atacar más artificioosamente al hombre de quien sospecha, pues escoge el instante en que se encuentra más débil, ni cómo proyectar trampas para sorprender y atrapar y no hay fiscal de acusación, por perspicaz que sea, que interroge y examine al acusado como lo hace la ansiedad. La ansiedad nunca lo deja escapar, ni por la intensidad del ruido, ni en el trabajo, ni en el juego, ni durante el día, ni durante la noche". En 1882, Guy de Maupassant, el autor francés, añadió la idea de ansiedad a la literatura: "La ansiedad es algo espantoso, una sensación atroz, como la descomposición del alma, un espasmo alarmante del pensamiento y del corazón, del cual el simple recuerdo transmite un temblor de agonía por todos los huesos...No la sentimos delante de los peligros conocidos; lo sentimos en circunstancias raras, bajo ciertas influencias misteriosas, frente a peligros vagos. La ansiedad es algo como la reminiscencia de terrores fantásticos de otros tiempos". En 1916, Sigmund Freud reconoció la prominencia crucial de la ansiedad en la psicología: "El problema de la ansiedad es un punto central, que eslabona todos los tiempos de preguntas importantes; es un enigma, cuya solución arrojará mucha luz en toda nuestra vida mental". Nuestros tiempos son la edad de la ansiedad; en nuestra cultura, la ansiedad es tan evidente como los impuestos y la muerte. La ansiedad es la sustancia básica del drama moderno y es fundamental en los llamados de la publicidad contemporánea, así como el objetivo de libros y sermones que prometen "tranquilidad mental". No es el miedo normal, innato o aprendido que se asocia invariable y específicamente con objetos potencialmente nocivos (como son las serpientes y los ataques aéreos); señala el comienzo de una reacción inteligente ante el peligro. La ansiedad es un sentimiento indefinido e intangible de desamparo acerca de la posibilidad de un fracaso que impida la satisfacción de un motivo del id o del super ego; Es un horror sin nombre, una trepidación en busca de una causa, una incertidumbre acerca de nada.⁷

Teorías psicológicas.

Tres de las más importantes escuelas psicológicas: la psicoanalítica, conductual y existencial han contribuido a la creación de un marco teórico que explica las causas de la ansiedad. Cada teoría posee una utilidad conceptual y práctica para tratar los trastornos de ansiedad.

Teorías psicoanalíticas

Aunque Freud creyó originalmente que la ansiedad proviene de una acumulación fisiológica de la libido, acabó redefiniendo la ansiedad como una señal de la presencia de peligro en el inconsciente. La ansiedad se entendió como el resultado de un conflicto psíquico entre deseos inconsciente sexuales o agresivos y las amenazas correspondientes del super yó o la realidad externa. Como respuesta a esta señal, el yo moviliza los mecanismos de defensa para evitar que pensamientos y sentimientos inaceptables emerjan al conocimiento consciente. En su estudio clásico "Inhibiciones, Síntomas y Ansiedad,".

Freud propone que "la ansiedad es lo que produce represión y no, como anteriormente creía, la represión lo que produce ansiedad. "Una de las consecuencias desafortunadas de referirse al síntoma de ansiedad como un trastorno, en lugar de cómo una señal es que puede llegarse a ignorar las fuentes subyacentes de la ansiedad.

Teorías conductuales.

El conductismo o las teorías del aprendizaje de la ansiedad han desarrollado alguno de los tratamientos más eficaces para los trastornos por ansiedad. Según estas teorías, la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos. En un modelo de condicionamiento clásico.

En los últimos años, los defensores de teorías conductuales han demostrado más interés en los abordajes cognoscitivos para conceptualizar y tratar los trastornos por ansiedad, y los teóricos cognoscitivos han propuesto alternativas a los modelos tradicionales de las teorías del aprendizaje que explican las causas de la ansiedad. La conceptualización de los estados de ansiedad no fóbicos propone que los patrones de pensamiento defectuoso, erróneo, o contraproducente acompañan o preceden a las conductas maladaptativas y a los trastornos emocionales. Según un modelo, los pacientes con trastornos de ansiedad tienden a sobrestimar el grado de peligro y la probabilidad de perjuicio en una situación dada y tiende a infravalorar su capacidad de enfrentarse a las amenazas percibidas contra su bienestar físico o psicológico. Este modelo sostiene a menudo pensamientos de pérdida de control y miedo a morir como consecuencia de las sensaciones fisiológicas inexplicables (tales como palpitaciones, taquicardia y desvanecimientos) que preceden y luego acompañan a las crisis de angustia.

Teorías existenciales.

Las teorías existenciales de la ansiedad proporcionan modelos para los trastornos de ansiedad generalizada, en los que no hay ningún estímulo específico identificable para un sentimiento crónico de ansiedad. El concepto central de la teoría existencial es que las personas toman conciencia de sentimientos de un profundo vacío en sus vidas, que pueden llegar a ser incluso más incómodos que la aceptación de la inevitabilidad de la muerte. La ansiedad en su respuesta al vasto vacío en la existencia y a la falta de sentido de la misma. Este tipo de preocupaciones existenciales pueden haber aumentado desde la aparición de las armas nucleares.

Teorías biológicas.

Las teorías biológicas sobre la ansiedad se han desarrollado a partir de estudios preclínicos con modelos de ansiedad en animales, del estudio de pacientes en los que se identificaron factores biológicos, del mayor conocimiento de neurociencias básicas, y de las acciones psicoterapéuticas de los fármacos. Una corriente de pensamiento sostiene que los cambios biológicos medibles en pacientes con trastornos de ansiedad reflejan los resultados de conflictos psicológicos; el polo opuesto propone que los sucesos biológicos preceden a los conflictos psicológicos. Ambas situaciones pueden existir en determinados individuos, y pueden darse un rango de sensibilidad biológicamente condicionada entre personas con síntomas de trastornos de ansiedad.

Sistema Nervioso Autónomo. La estimulación del sistema nervioso autónomo causa ciertos síntomas cardiovasculares (por ejemplo, taquicardia), musculares (por ejemplo, dolor de cabeza), gastrointestinales (por ejemplo, diarrea) y respiratorios (por ejemplo, taquipnea). Estas manifestaciones periféricas de ansiedad no son ni específicas de los trastornos de ansiedad, ni están correlacionados necesariamente con la experiencia subjetiva de ansiedad. En el primer tercio del siglo XX, Walter Cannon demostró que gatos expuestos a perros que ladraban mostraban signos fisiológicos y conductuales atribuibles al miedo que se asocian a la secreción suprarrenal de epinefrina. La teoría de James-Lange establece que la ansiedad subjetiva es una respuesta a los fenómenos periféricos. En general, se considera que la ansiedad del sistema nervioso central precede a las manifestaciones periféricas de ansiedad, excepto cuando existe una causa específica periférica, como cuando un paciente tiene una feocromocitoma. El sistema nervioso autónomo de algunos pacientes por trastornos de ansiedad, sobre todo de aquellos con trastornos de angustia, muestran un incremento en el tono simpático, se adapta lentamente a la

estimulación continuada, y responde excesivamente a la estimulación moderada.

Neurotransmisores. Los tres neurotransmisores más importantes asociados a la ansiedad en los estudios realizados con animales y en los estudios de las respuestas a un tratamiento farmacológico son la noradrenalina, la serotonina, y el ácido γ -aminobutírico (GABA).

Hace casi un siglo, Sigmund Freud acuñó el término neurosis de ansiedad e identificó dos formas de ansiedad.

Un tipo resulta de depresión de la libido: incremento fisiológico en la tensión sexual conlleva un incremento correspondiente de la libido, la representación mental del hecho fisiológico. La descarga normal de este tipo de tensión es, según Freud el acto sexual, pero las prácticas sexuales tales como la abstinencia y el coitus interruptus impiden la liberación de la tensión y producen neurosis. Las condiciones de ansiedad excesiva relacionadas con un bloqueo libidinal incluyen la neurastenia, la hipocondriasis, y la neurosis de ansiedad, todas ellas descritas por Freud con una base, biológica, es decir, las neurosis actuales.

El otro tipo de ansiedad se describe como una sensación difusa de preocupación, o temor que se origina por un deseo o pensamiento reprimido. Este tipo es el responsable de las psiconeurosis-histeria, fobia, y neurosis obsesivas. Para Freud estas condiciones y la ansiedad asociada a ellas, están relacionadas principalmente con factores psicológicos y no fisiológicos. El conflicto intrapsíquico es la responsable de la ansiedad y la psiconeurosis, y Freud observó que la ansiedad resultante de este conflicto es menos intensa y menos dramática que la observada en las neurosis.

Con la publicación de "Inhibiciones, Síntomas y Ansiedad" en 1926, Freud creó una nueva teoría que describía la ansiedad externa real y la ansiedad interna neurótica, como respuesta a una situación peligrosa. Freud identificó dos situaciones generadoras de ansiedad, una que implica una estimulación intensiva abrumadora y, otra más común, que se desarrolla en la anticipación de un peligro más que por la presencia de este.

La experiencia del nacimiento es prototipo de la primera situación, en la que una presión de impulsos excesiva atraviesa las barreras protectoras del ego y produce una reacción de desamparo y trauma. Las fuentes externas o internas de peligro pueden producir una señal de ansiedad, una alarma para el organismo, que funciona inconscientemente y sirve para movilizar los mecanismos específicos de defensa del ego para preservarlo o reducir el grado de excitación instintiva.⁸

ANSIEDAD

La ansiedad puede definirse como una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, comportamentales y cognitivas que se distinguen por un estado de activación y alerta ante una señal inmediata de peligro o ante una amenaza a su integridad física o psicológica.

La ansiedad es un fenómeno psíquico y físico, nacido del sentimiento de la inminencia de un peligro, que se caracteriza por una sensación de temor difuso, que puede ir desde la inquietud al pánico y también por sensaciones somáticas penosas, sobretodo de constricción, que son responsables de una "sensación de nudo" a nivel de la garganta el estómago o la respiración.

Todas las personas en mayor o menor medida experimentan ansiedad en la vida cotidiana, basta recordar la sensación de intranquilidad y desasosiego que se siente en ocasiones ante una situación de incertidumbre, con ejemplos tan comunes como los momentos previos a un examen o el miedo repentino ante una maniobra brusca de otro conductor cuando se viaja en coche. En circunstancias como éstas el organismo responde con una serie de cambios: palpitaciones, sensación de nudo en la garganta o en el estómago, sudoración, etc., algo así como si dentro de nuestro cuerpo se disparase una respuesta de alerta ante una amenaza. En realidad la ansiedad es una experiencia normal, adaptativa, una forma, de preparar nuestro organismo y nuestro aparato psíquico para responder en las mejores condiciones posibles ante una circunstancia amenazadora, un posible riesgo, un fracaso o una pérdida.

La ansiedad se convierte en patológica cuando deja de ser adaptativa, cuando el peligro al que pretende responder no es real, o cuando su nivel de activación y duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva. Es cualitativa y/o cuantitativamente diferente de la ansiedad normal.⁹

ANSIEDAD Y EMOCIÓN

Las emociones son reacciones de carácter brusco y de duración breve, que aparecen como respuesta ante acontecimientos externos o internos. Por lo general, tienen una influencia directa sobre la conducta del sujeto (pánico, cólera, miedo) y (sequedad de boca, sudor, temblor) Parece que la expresión de las emociones y el ánimo se reconoce más fácilmente que la del afecto a través de la expresión no verbal.¹⁰

Un aspecto importante de las emociones es su efecto sobre la atención selectiva. Las personas ansiosas están predispuestas a seleccionar ciertas

cosas de su entorno y descuidar otras en su esfuerzo por demostrar que esta justificado considerar una situación como amenazante y responder en consecuencia. Si falsamente justifican su miedo, su ansiedad aumentan por la respuesta selectiva y crean un círculo vicioso de ansiedad, distorsión de la percepción e incremento de la ansiedad. Si, por otro lado se tranquilizan falsamente mediante un razonamiento selectivo pueden reducir la ansiedad apropiada y con ello, dejar de tomar las precauciones necesarias.⁸

Por lo tanto la ansiedad es una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas u orgánicas en el sujeto, implica el presentimiento de la disolución del yo o la conciencia de la nada.⁹

MIEDO, ANGUSTIA Y ANSIEDAD

MIEDO Y ANSIEDAD.

La ansiedad es una señal de alerta; advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza. El miedo es un signo de alerta parecido que debe ser distinguido de la ansiedad. El miedo es una respuesta a una amenaza conocida, externa definida no conflictiva; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior, vaga, o conflictiva.

Esta distinción entre el miedo y la ansiedad surgió accidentalmente, cuando un traductor de Freud tradujo equivocadamente, angst, "miedo" en alemán, como ansiedad.

Sin embargo, de acuerdo con las formulaciones psicoanalíticas postfreudianas, la separación entre el miedo y la ansiedad es justificable, ya que la principal diferencia psicológica entre las dos respuestas emocionales es la agudeza del miedo y la cronicidad de la ansiedad.⁸

ANGUSTIA Y ANSIEDAD.

Son dos fenómenos equivalentes y de hecho, hay lenguas que apenas los diferencian, sin embargo hay diferencias importantes de matiz.

La angustia (gr. *ágkhein*, estrangular) corresponde a una sensación de opresión en la garganta y región precordial, cierto dolor por algo que se constriñe en el epigastrio (en ciertas regiones españolas, angustia equivale a náusea), mientras que la ansiedad (lat. *Anxietas*) es una sensación de falta de aire.

Hay dos formas fundamentales de reaccionar ante un peligro: sobresalto y sobrecogimiento. En la ansiedad hay sobresalto y búsqueda de una solución al peligro, el esbozo de un esfuerzo para vencer el peligro. En la angustia hay sobrecogimiento, es decir, tendencia a la inmovilización, a recogerse sobre sí mismo.

En la clínica cotidiana es más frecuente el uso de la palabra ansiedad, mientras que angustia, un fenómeno más intenso e inhibitor, es más propio de la patología psiquiátrica.

ANGUSTIA Y MIEDO.

Son palabras que han sido empleadas indistintamente por Kant, Nietzsche, Freud e incluso el mismo Kierkegaard, que fue el primero que elevó la angustia al plano filosófico y psicológico. Sin embargo, hay diferencias importantes. El miedo se siente ante algo concreto, cuando la amenaza es un peligro que puede ser definido. Por el contrario, la angustia surge en medio de lo inexplicable, allí donde el peligro que amenaza es vago e indeterminado.¹¹

LAS FUNCIONES ADAPTATIVAS DE LA ANSIEDAD

Cuando la ansiedad se considera únicamente como una señal de alerta parece ser, básicamente, la misma sensación que el miedo. La ansiedad tiene cualidades protectoras de la propia vida, como detectora de amenazas externas o internas. En un nivel inferior, la ansiedad advierte de amenazas de daño corporal, dolor, indefensión, posible castigo o frustración de necesidades sociales o corporales; de separación de los seres queridos; de amenaza al éxito o estatus personal y finalmente, de amenaza a la unidad o la integridad de uno mismo. Incita a una persona a tomar las medidas necesarias para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias.

Podríamos decir que, la ansiedad puede comportar una serie de ventajas adaptativas:

A-El aumento de la activación (arousal) permite focalizar la atención frente a un posible peligro.

B- Prepara al organismo para este enfrentamiento: lucha o huida.

C- Permite la memorización de los acontecimientos o estímulos que ha provocado el miedo.

D- Permite la formación de respuestas condicionadas de miedo.

E.-Permite la modificación de esquemas cognitivos.

Así mismo desde una perspectiva psicodinámica, la meta de una terapia no es necesariamente eliminar toda la ansiedad, sino aumentar la tolerancia a la ansiedad, es decir, la capacidad de experimentar ansiedad y de usarla como una señal para investigar el conflicto subyacente que la ha creado.⁸

ETIOLOGÍA

ANSIEDAD ENDÓGENA Y ANSIEDAD EXÓGENA.

Dentro de la ansiedad patológica es clásica la distinción entre ansiedad endógena y ansiedad exógena, que desde el punto de vista médico se caracteriza por la presencia o ausencia respectivamente de ataques espontáneos de angustia:

ANSIEDAD ENDÓGENA	ANSIEDAD EXÓGENA
Sufren crisis de angustia (inmotivadas)	No hay crisis de angustia inmotivadas
Curso independiente del ambiente y el carácter	Curso relacionado con el entorno y el carácter
Buscan asistencia médica	Generalmente no buscan asistencia médica
Historia familiar de crisis de pánico	Sin historia familiar de pánico
Responden a provocación de crisis con lactato	No responden al lactato
Alta frecuencia de prolapso de la válvula mitral	Baja frecuencia de prolapso de la válvula mitral
Predominio en la mujer	Similar en ambos sexos
Mejoran con Fármacos	Mejoran con psicoterapia ⁹

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Tanto los trastornos ansiosos como la ansiedad propiamente dicha pueden presentarse en cualquier número de signos y síntomas físicos y psicológicos.¹²

Signos y síntomas de ansiedad.	
Signos físicos:	Síntomas psicológicos:
Temblores, sacudidas, escalofríos Dolores de espalda y de cabeza Tensión muscular	Sentimientos de terror Dificultad para concentrarse Hipervigilancia

Disnea, Hiperventilación Fatigabilidad Respuesta sobresaltada Hiperactividad neurovegetativa Rubor y palidez Taquicardia, palpitaciones Sudoración Manos frías Diarrea Boca seca (xerostomía) Tenesmo vesical Parestesia Dificultad para tragar	Insomnio Libido disminuida Globos pharyngeus "Mariposas" en el estómago
---	--

Se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente y generalizado. Por lo general, la ansiedad va acompañada de una sensación de tensión interna y dificultades para relajarse. Las personas afectadas por este trastorno comúnmente se quejan de padecer visión borrosa, náuseas retortijones abdominales, palpitaciones y una mayor frecuencia de las micciones. Esta "condición ansiosa" envuelve de forma crónica al sujeto, lo hace flotar en un mar de dudas e inseguridades y dificulta su capacidad de adaptación a la vida cotidiana. La creencia de cualquier situación más o menos contradictoria (aunque sea irrelevante) le provocará problemas, le hace anticipar "desgracias" con facilidad (son sufridores natos), lo cual no hace más que incrementar sus síntomas somáticos de alerta y entrar en un círculo vicioso: problemas / retos- creencia ansiosa- síntomas corporales- aturdimiento y conductas inadecuadas ante el problema-concluye el ciclo y vuelta a empezar.¹⁰

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y COGNOSCITIVOS

La experiencia de ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas (como palpitaciones y sudores) y la conciencia de estar

nervioso o asustado .El sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad "los demás se van a dar cuenta que estoy asustado". Muchas personas se asombran al enterarse que los demás no se dan cuenta de su ansiedad o si lo hacen, no pueden apreciar la intensidad de la misma.

Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta al pensamiento, a la percepción y al aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción, no sólo respecto al tiempo y al espacio, sino también respecto de las personas y del significado de los sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje al disminuir la concentración, reducir la memoria, y alterar la capacidad de relacionar un tema con otro es decir de hacer asociaciones.⁸

DIAGNÓSTICO

De todos los trastornos mentales, los trastornos de ansiedad son, probablemente, los más habituales y los que se han visto más afectados por los cambios de criterios de diagnóstico de la cuarta edición (y ediciones anteriores) del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).En los últimos veinte años, el mayor conocimiento de los factores biológicos que afectan a la ansiedad ha alterado los conceptos sobre estos trastornos, al cambiar las bases diagnósticas desde la formulación psicodinámica de la neurosis a criterios válidos, fiables y reconocibles.

La diferencia de la ansiedad patológica, a la ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante. Por ejemplo, los niños pequeños que se sienten amenazados por la separación de los padres, los niños en su primer día de colegio, los adolescentes en su primera cita, los adultos que se acercan a la vejez y a la muerte y las personas que se enfrentan a una enfermedad, experimentan una ansiedad normal.

Este tipo de ansiedad suele estar acompañada por crecimiento individual, cambios, nuevas experiencias y descubrimientos de identidad y del sentido de la vida. Por el contrario, la patológica, en virtud de su intensidad y duración, es una respuesta inapropiada a un estímulo dado.⁸

ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
Función adaptativa	Dificulta la adaptación
Mejora el rendimiento	Deteriora el rendimiento
Más leve	Más profunda y persistente
Menos corporal	Más corporal
Emoción reactiva	Sentimiento vital
No afecta la libertad	Reduce la libertad.

FISIOLOGIA DE LA ANSIEDAD

Las respuestas fisiológicas producidas por la ansiedad, generalmente se asocian con un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Simpático o del Sistema Nervioso Autónomo. Como resultado de la activación del Sistema Nervioso Central. o de la actividad neuroendocrina medida por el S.N.C. Este incremento de la actividad producirá cambios cardiovasculares y un aumento de la actividad electrotérmica, del tono músculo-esquelético y del ritmo respiratorio.

Las manifestaciones o sensaciones somáticas habitualmente signos de hiperactividad vegetativa son:

- Aumento de la tensión muscular.
- Mareos.
- Sensación de "cabeza vacía".
- Sudoración.
- Hiperreflexia.
- Fluctuaciones de la presión arterial.

- Palpitaciones.
- Midriasis.
- Síncope.
- Taquicardia.
- Parestesias.
- Temblor.
- Molestias digestivas.
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias.
- Diarrea.¹³

PAUTAS DE PRESENTACIÓN DE LA ANSIEDAD.

Los síntomas clínicos de ansiedad pueden agruparse y presentarse siguiendo distintos patrones, que se resumen a continuación.

ANSIEDAD LIBRE FLOTANTE

Los síntomas psíquicos y físicos de ansiedad están presentes durante gran parte del tiempo o bien emergen ante mínimos estímulos sin que estén específicamente relacionados con ningún suceso o circunstancia. La ansiedad libre flotante representa el patrón típico de presentación del llamado trastorno por ansiedad generalizada.

CRISIS DE ANGUSTIA.

También llamada crisis de ansiedad o bien crisis o ataque de pánico. Los síntomas de ansiedad se presentan de una forma más o menos repentina, con sensación de miedo intenso y una serie de síntomas somáticos que varían

según los enfermos, y se encuentran entre los referidos anteriormente. La duración de las crisis es recortada en el tiempo y puede ser definida claramente por el enfermo. Las crisis de angustia recurrentes representan el patrón típico de presentación del trastorno de angustia.

ANSIEDAD SITUACIONAL.

La ansiedad aparece en ciertas circunstancias o situaciones, ya sea en su forma flotante o en forma de crisis. Algunos ejemplos son los espacios cerrados, multitudes, reuniones sociales, etc. El paciente reconoce estos desencadenantes (taquicardia, taquipnea, sudoración, hipertensión, etc) y experimenta con frecuencia una ansiedad anticipatoria cuando sabe que tiene que exponerse a uno de ellos. La ansiedad situacional es un elemento esencial en trastornos de ansiedad como las fobias específicas, la agorafobia y la fobia social.⁹

EVITACIÓN.

La evitación constituye un patrón de conducta que puede desarrollarse como una consecuencia de la ansiedad, cuando el paciente relaciona la aparición de ésta con determinadas circunstancias e intenta evitar en mayor o menor medida las situaciones que le provocan ansiedad.

La evitación puede alcanzar grados extremos con una evitación generalizada de la mayoría de las situaciones, lo que genera una incapacidad social importante y una vida muy limitada. En ocasiones, la evitación lleva al paciente a quedarse prácticamente recluido en casa, sin ser capaz de salir solo de ella.

Las conductas de evitación pueden presentarse en diversos trastornos de ansiedad como el trastorno de angustia, como en la agorafobia, en la fobia social y en las fobias específicas⁹

TRATAMIENTO.

En el manejo de prácticamente de todos los cuadros de ansiedad se debe tomar en cuenta a la naturaleza multifactorial de éstos. Se tiene que incluir, la administración de psicofármacos, el uso de procedimientos psicoterapéuticos diversos y la participación de instituciones, servicios y programas sociocomunitarios. Estos tres tipos de afronte constituyen el elemento nuclear común en el tratamiento.

•La farmacoterapia: estos cuadros tienen una historia tan ilustre como accidentada, en particular por el omnipresente riesgo adictivo de la mayoría de los agentes ansiolíticos, desde los bromuros hasta los benzodiazepínicos, pasando por los barbitúricos y el meprobamato. El mayor conocimiento, la experiencia clínica, la mejor educación del paciente y público en general han contribuido a reducir significativamente este riesgo.

Los principales grupos de drogas ansiolíticas son:

- a) Benzodiazepínicos.
- b) Ansiolíticos no benzodiazepínicos
- c) Bloqueadores beta-adrenérgicos
- d) Antidepresivos
- e) Otros agentes farmacológicos y tratamientos físicos

Principales benzodiazepínicos:

Compuesto	Vida media (horas)	Dosis (mg/d)
Alprazolán	12	1,5-12

Bromacepán	10	3-12
Clobazán	8	20-45
Clonacepán	34	0,5-20
Cloracepato	100	15-45
Clordiacepóxido	18	15-30
Diacefonato	12	15-30
Diacepán	60	6-30
Fluracepán	72	15-60
Halacepán	50	20-160
Loracepán	15	3-6
Medacepán	20	15-30
Nitracepán	8	5-15
Oxacepán	8	45-90
Pracepán	100	15-45
Quacepán	15	5-10
Temacepán	11	15-30
Triazolán	2	0,125-0,5

- Psicoterapia de apoyo y psicoterapia no analítica: basadas ambas en intentos razonables de explicación o aclaración de situaciones ansiógenas, educación del paciente, aliento, búsqueda de estrategias para la solución de problemas específicos. Este enfoque incluye el familiarizar al paciente con conceptos psicofisiológicos, corrección de informaciones erróneas, eliminación de la desmoralización como factor complicante, control de las conductas evitativas y proveer oportunidades de manejo exitoso en situaciones de ansiedad.

- Terapia conductual: incluye técnicas de relajación, biofeedback y meditación, así como elementos de terapia cognitiva, de uso más frecuente en los cuadros ansiosos.

- El biofeedback electromiográfico facilita la relajación muscular al proporcionar información inmediata de los potenciales eléctricos de ciertos grupos musculares, como los de la región frontal. La meditación trascendental produce un estado fisiológico de "alerta en reposo" diferente del sueño y la

vigilia, asociado con un consumo reducido de oxígeno. Los trastornos fóbicos, en particular, son más accesibles al tratamiento conductual, el cual ha tenido resultados exitosos con técnicas como la desensibilización sistemática, el modelaje y la implosión o flooding. Se cita también la técnica de “detención del pensamiento” o thought stopping en el tratamiento de las obsesiones.

- Terapia grupal: se basa fundamentalmente en la necesidad de compartir experiencias, prestarse apoyo mutuo, aprender técnicas de control de síntomas (particularmente en los cuadros fóbicos, obsesivo-compulsivos y de pánico) con resultados favorables.

- El manejo social de los cuadros de ansiedad está dado por algunos de los aspectos de la terapia de grupo, pero también por la creación y funcionamiento de grupos de educación de familiares y público en general, grupos de autoayuda, y consorcios de empleadores y profesionales de la salud mental dedicados primordialmente a facilitar la reinserción social de los pacientes.¹⁴

EPIDEMIOLOGÍA.

En los Estados Unidos los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes de los trastornos psiquiátricos. El estudio Nacional de Comorbilidad informó que cada una de 4 personas cumple los criterios de diagnóstico de, por lo menos, uno de los trastornos de ansiedad y que la tasa anual de prevalencia es del 17.7%. Las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad (30.5% de la prevalencia a lo largo de la vida) que los hombres (19.2% de prevalencia a lo largo de la vida). Finalmente, la prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye en los estatus socioeconómico más altos.⁸

Numerosos estudios señalan la edad promedio de los inicios de los estados de ansiedad, alrededor de los 25 años, con un amplio rango entre los 15 - 35 años.¹³

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ANSIEDAD

EL PAPEL DEL ODONTÓLOGO ANTE EL PACIENTE ANSIOSO.

El odontólogo es el único profesionalista de las áreas de la salud que precipita el encuentro con su paciente, haciéndolo abrir la boca sin previo aviso de las maniobras que siguen deduciendo o integrando un diagnóstico, en la primera ocasión que recibe al paciente.¹⁵

La primera visita es más que el primer vínculo que se establece entre dos personas, desconocidas hasta ese importante momento; es en esa ocasión cuando se funde una interacción humana, psicológica, inestable, donde el odontólogo debe reconocer para formalizar y estabilizar una "alianza terapéutica" con su presunto paciente y establecer con él una unión odontólogo-paciente de recíproco respeto y esto lo logra, haciendo que el paciente encuentre un ambiente en el consultorio agradable, limpio, ordenado, organizado, y que el cirujano dentista así como el personal, que laboran en dicho lugar tengan una presentación impecable y que utilicen barreras de protección.

El cirujano dentista demostrará conocimientos, informando al paciente su diagnóstico y plan de tratamiento, actuando con seguridad y confianza otorgando un tiempo adecuado para el tratamiento poniendo al alcance los medios para que tenga el menor dolor posible y con esto, se va a lograr que el paciente esté más tranquilo, más relajado y si se decide la aplicación de la anestesia va a ser más confortable para él.

Posteriormente viene la despedida, donde se considera que es importante que se de una retroalimentación o resumen y se da un encuadre, es decir que se tiene que bajar la ansiedad del paciente en caso de haberla, dentro de dicho encuadre se hablará del tratamiento a seguir y de los costos, etc.¹⁶

MIEDO AL ODONTOLOGO.

Los pacientes (en su mayoría) no están dispuestos a tolerar molestias, aún las mínimas, para resolver un proceso patológico que no les produce trastornos inmediatos. Lo que es mas, para proporcionar un tratamiento, el odontólogo debe "penetrar" y actuar en el "espacio "íntimo" de la boca del paciente; esto produce un rechazo, que inhibe al odontólogo.

Las profesiones que bregan con el factor dolor suelen ser vistas por el público en forma ambigua. El odontólogo en este caso, es visto con ansiedad y miedo porque es conocida su capacidad involuntaria de producir dolor; asimismo, es visto con expectación y fe cuando la misma persona recurre a él para eliminar, prevenir o mitigar el dolor.

La figura del odontólogo, por lo dicho, puede verse caricaturizada o exaltada por el público, según las experiencias pasadas o presentes que el crítico haya tenido o haya escuchado de las tareas odontológicas clínicas. La concepción de la odontología indudablemente dependerá no solo de la satisfacción del paciente por el beneficio recibido sino también por la imagen que él odontólogo deberá proyectar hacia el público, imagen que idealmente deberá ser la de un especialista más de la medicina encargado de prevenir, preservar y curar la salud integral del individuo.

El paciente tolera toda clase de incomodidades para llegar a un fin terapéutico que puede mostrarse, como el antiestético uso de las bandas de

ortodoncia, o el uso de un guarda oclusal, pero lo que no acepta totalmente es el dolor para lograr un buen fin.

La aceptación o rechazo del paciente irá acompañada de las experiencias con las que cuente cada paciente al odontólogo e identifique en él figuras de autoridad como los padres, etc.¹⁵

RELACIÓN ODONTOLOGO PACIENTE.

Los trastornos dentales provocan en quien los padece miedo, temor, ansiedad y angustia, el odontólogo tendrá la obligación de tranquilizar al paciente y llevar a cabo el tratamiento adecuado.

Lo más importante al inicio del tratamiento, es escuchar al paciente y explicarle el origen de su problema bucal, detallándole el procedimiento odontológico, con el que se procederá a curarlo; así, el paciente se sentirá tomado en cuenta.

Se deberá tener cuidado al iniciar el tratamiento dental en el paciente, para no provocar su rechazo. Es importante que desarrollemos la capacidad para detectar el tipo de temor con el que llega y cuál es el mecanismo de defensa que utiliza.

Es importante recordar que la boca y sus cuidados representan un problema sistemático y psicológico importante, que el odontólogo deberá detectar para canalizar al paciente con el especialista que se requiera.

También es importante considerar, el tipo de comunicación verbal que se establece con el paciente ya que ésta, se funda principalmente en el diálogo, el cual se concibe como la relación del flujo de mensajes entre un emisor y un receptor a través de canales. Este proceso de comunicación se debe establecer

en un ambiente adecuado, que en este caso será el consultorio, para provocar una buena actitud y disposición del paciente.

Finalmente, también se tendrá en cuenta la comunicación no verbal, la cual nos ofrecerá una visión global de cómo es y cómo llega el paciente a nosotros. Esta comunicación, agrupa aspectos generales del individuo tales como los gestos realizados con las manos y cara, además de otras actitudes que se expresan con el cuerpo este tipo de posiciones nos indicará cómo es el carácter del paciente, y así poder obtener más información acerca de él, para que de esta forma el odontólogo, establezca una buena comunicación empática es decir que comprenda los problemas de salud dando así un manejo adecuado de respeto y atención, lo que permitirá elaborar una historia clínica completa.

Es por lo que se hace énfasis de la participación de la psicología al campo de la odontología, proporcionando el conocimiento del ser humano, como son sus actitudes ante diferentes circunstancias, y así poder realizar una interacción adecuada con el paciente¹⁷

RECOMENDACIONES PARA UN MEJOR MANEJO DEL PACIENTE ANSIOSO.

El odontólogo deberá tener la capacidad de percibir los grados de ansiedad experimentada por su paciente, para responder a sus expectativas; posibilidad que se da cuando el profesional ha aceptado la interacción de esta relación, no se trata simplemente de curar una lesión bucal sino del sufrimiento de un ser humano, y que podrá reducir estas sensaciones de amenaza en el grado en que él se conciba como un profesionista seguro de sí mismo y capaz de manejar adecuadamente sus propios sentimientos, así como, todas aquellas medidas encaminadas a dar un buen diagnóstico y tratamiento.

- Historia clínica completa.
- Premedicar si fuera necesario.
- Citas por la mañana.
- Reducir en lo posible el tiempo de espera del paciente.
- Obtener control del dolor durante el tratamiento.
- Variar la duración de las consultas.
- Reconocer grado de riesgo médico del paciente.
- Realizar interconsulta si fuera necesario.
- Vigilar y registrar signos vitales.
- Seguimiento y control postoperatorio.¹⁶

ADAPTACIÓN DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Como todas las situaciones nuevas, la llegada de un paciente a consulta con el odontólogo es nueva siempre, en el sentido de que marca el inicio de una relación, así el paciente ya haya tenido experiencias odontológicas o médicas anteriores. Además cada cita o consulta también es diferente, no sólo por los procedimientos a realizar, sino por el sustrato emocional del paciente que puede ser variable.

Partiendo de este principio se diseñará un proceso que resulte lo menos traumático para el paciente como para el odontólogo.

- El éxito o el fracaso del tratamiento de determinado paciente tiene que ver con la presentación que éste último asigne al odontólogo, situación que estará medida por un sinnúmero de variables.

- Si la situación del paciente no corresponde a una urgencia, se inicia con sesiones de educación para el paciente, donde se le explicarán las técnicas de cepillado, el uso de la seda dental, aspectos sobre nutrición y salud, en general. El odontólogo aprovechará para tener el primer contacto, con quien será su paciente en una situación tranquila y relajada.

- En el área de educación para la salud, es indispensable que la motivación para la higiene oral y las modificaciones sobre hábitos se le planteen al paciente, tomando en cuenta sus necesidades, y haciéndole entender que la educación que se le dará estará orientada a la satisfacción de ellas.

- La motivación se logrará cuando acertemos en tratar áreas que el paciente sí considere importantes, porque para él tienen algún significado, a partir de ese punto, iniciaremos la motivación en zonas que estén cercanas, mostrándole al paciente los beneficios de nuestra propuesta con el objetivo de mejorar su salud y bienestar.

- Sin motivación no hay aprendizaje o al menos no hay educación. Puede ser intrínseca cuando la satisfacción que se obtiene con la conducta estará localizada en el mundo interno, gusto, agrado bienestar, o deseo de estar bien y saludable; o extrínseca cuando la acción se realiza esperando respuestas externas, como las felicitaciones o aprobaciones.

- En la siguiente sesión se continuará con la revisión sobre el cepillado, esto podrá hacerse todavía en la sala de espera, y allí se realizará la historia o anamnesis completa sobre el paciente.

Posteriormente se invita al paciente al consultorio.

- Deberá tenerse en cuenta que como el aprendizaje es un proceso, en todas las sesiones deberá repasarse lo que se le ha enseñado al paciente, siempre haciendo un reconocimiento por los avances, así sean mínimos.

- Se deberá tomar en cuenta las siguientes sugerencias: ganarse la confianza del paciente brindándole amistad, seguridad y afecto para tranquilizarlo, utilizando un lenguaje comprensible para él.

- Si se disminuye a lo esencial el material e instrumentos utilizados, también se disminuye la ansiedad, por lo tanto, entre menos instrumental esté a la vista del paciente menor temor.

- Otra metodología para realizar la adaptación del paciente, puede ser la utilización de películas, diapositivas, dibujos, medios audiovisuales, buscando siempre un nivel de identificación del paciente con las figuras que se presentan como modelos.

- Una vez familiarizado el paciente con el profesional y con el medio odontológico, se le invitará a subirse al sillón dental. Cualquier cambio sin previo aviso, o desplazamientos fuertes o sensaciones de caída o pérdida de apoyo generarán ansiedad. Por otro lado la luz enfocada directamente a los ojos del paciente sin previo aviso puede producir ansiedad.

- Para facilitar el aprendizaje del paciente el odontólogo mostrará al paciente, olores, sabores, tacto, desplazamiento en el sillón dental, así como la utilización de instrumental y medicamentos.¹⁸

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

IMPORTANCIA DE LA RELAJACIÓN

La práctica de la relajación nos acerca a un estado interior de bienestar psicofísico:

- Mejora el funcionamiento y la resistencia del organismo en general.
- Neutraliza los trastornos originados por la hiperactividad o ansiedad.
- Elimina la tensión física, mental y emocional.
- Favorece la recuperación rápida de la fatiga y el descanso.
- Previene la hipertensión y el infarto de miocardio.
- Combate el estrés, la ansiedad y la angustia.
- Aumenta y facilita un mayor y mejor aprovechamiento de la energía física y psíquica.
- Desarrolla la concentración.
- Previene la irritabilidad, el insomnio y la depresión.
- Tranquiliza, aclara y profundiza la vida afectiva, así como los procesos mentales.

El yoga ofrece un método completo de relajación psicofísica y puede ser considerada una técnica mecánica precisa para provocar el fortalecimiento de la persona ante situaciones de ansiedad.¹⁹

RELAJACIÓN MENTAL

Las técnicas de relajación y autocontrol mental basadas en la psicoterapia pueden mejorar la ansiedad leve y constituye una alternativa al tratamiento farmacológico, es uno de los mejores medios para superar la ansiedad, afrontar los problemas psicológicos de la vida cotidiana y lograr el bienestar personal.

Procedimiento:

La terapia propuesta por la asociación de psicología agrupa un conjunto de técnicas de relajación inducida recogidas en una cinta de audio en las que la voz y la música conducen al paciente paso a paso por distintas vivencias durante 20 minutos: "Es necesario una actitud abierta, ya que los resultados serán tanto mejores cuanto mayores sea la predisposición positiva y favorable de quien escucha. No se trata de oír sin más una cinta, sino de participar activamente en los distintos ejercicios".

En la cara A de la cinta se indican procedimientos básicos de relajación y descanso mental, y en la cara B se incluyen experiencias de visualizaciones y pensamientos positivos para incorporar a la vida cotidiana. Practicar los ejercicios una vez al día puede ser muy conveniente, pero cada persona debe saber adaptar la frecuencia a su propia personalidad. El experto matiza que estas terapias están indicadas únicamente como una alternativa ante casos de ansiedad moderada y siempre que sean transmitidas por un médico.²⁰

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA.

Las técnicas de relajación muscular progresiva son un conjunto de ejercicios mediante los cuales se tensan y relajan los distintos grupos musculares del cuerpo para poder de ésta manera redescubrir cuándo nuestros músculos están en tensión y aplicar entonces el procedimiento. Así mismo es un método que intenta crear en la persona que lleva a cabo un estado psicofisiológico agradable.

El éxito de la relajación depende de:

- Reconocer y relajar la tensión muscular

- Practicar diariamente en casa
- Aplicar la relajación en la vida cotidiana
- Convertirla en un hábito

PIERNAS Y MUSLOS.

- Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento.

PANTORRILLA.

- Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos sin despegar el talón del suelo.

PIE.

- Doblar los dedos hacia arriba y luego hacia abajo.

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN.

La respiración es una función vital la cual no todo el mundo maneja correctamente por las condiciones de vida actuales. Al respirar solemos hacerlo acelerada y superficialmente.

Con las técnicas de control de la respiración, pretendemos que los pacientes aprendan a utilizar todos los elementos que constituyen la respiración.

ESQUEMA DE LOS EJERCICIOS:

Ejercicio 1: La persona debe dirigir el aire procedente de la inspiración hacia la parte inferior de sus pulmones. Para ello mover en la respiración la zona del vientre pero no la del estómago ni la del pecho.

Ejercicio 2: La persona debe dirigir el aire hacia la parte inferior y media de los pulmones. Durante la respiración se moverá zona del vientre y del estómago, pero no la del pecho.

Ejercicio 3: El objetivo es conseguir la inspiración completa. Dirigir el aire primero a la zonas del vientre, después a la del estómago y por ultimo al pecho (3 tiempos en la misma inspiración)

Ejercicio 4: Aquí la respiración debe de ser más completa, el proceso es el mismo que en el ejercicio 3 pero simplemente que en la espiración fruncimos los labios.

Ejercicio 5: El ejercicio es parecido al anterior, lo único que varía es que la inspiración debe de realizarse en un tiempo y no en tres.

Ejercicio 6: El objetivo de éste ejercicio es realizar la respiración completa. Para ello irlo habituando a la vida cotidiana poco a poco.

CONDICIONES PARA COMENZAR LA RELAJACIÓN:

- Sobre todo durante las primeras sesiones el ambiente donde se vaya a realizar la relajación debe ser tranquilo, con una temperatura agradable, y libre de distracciones.
- En cuanto al atuendo, hay que recalcar que se encuentre cómodo y preferiblemente no utilizar ropas ajustadas, gafas, etc., que puedan distraer durante el proceso de la relajación.
- La postura puede recostada en posición supina o sentada

PROGRAMA DE RELAJACIÓN.

El programa de relajación propuesto en el siguiente cuadro es un esquema simplificado para realizar la relajación en poco tiempo.

MANOS/ ANTEBRAZOS / BICEPS DOMINANTES.

- Apretar el puño
- Empujar el codo contra el brazo del sillón.

MANOS / ANTEBRAZOS / BICEPS NO DOMINANTES.

- Igual que el miembro dominante

FRENTE, CUERO CABELLUDO, OJOS Y NARIZ.

- Se levanta las cejas tan alto como se pueda.
- Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz

BOCA Y MANDÍBULA.

- Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas.
- Se aprietan los labios hacia fuera
- Se abre la boca.

CUELLO.

- Se dobla hacia la derecha.

- Se dobla hacia la izquierda
- Se dobla hacia delante
- Se dobla hacia atrás

HOMBROS, PECHO Y ESPALDA.

- Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás, intentando que se junten los omóplatos.

ABDOMEN.

- Se mete hacia dentro conteniendo la respiración.
- Se hace hacia fuera conteniendo la respiración²¹

MUSICOTERAPIA.

Es el uso de la música para mejorar el funcionamiento físico, psicológico, intelectual o social de personas que tienen problemas de salud o educativos. Se define como un proceso de intervención sistémica, en el cual se ayuda al paciente a obtener la salud a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio.

La musicoterapia se usa con niños, adultos, y personas de la tercera edad con diferentes problemas físicos, emocionales, intelectuales, o sociales. También se emplea con personas que no están enfermas o que no tienen algún problema para mejorar el bienestar personal, para desarrollar la creatividad, el aprendizaje y las relaciones interpersonales así como el manejo de ansiedad.

La musicoterapia permite a las personas:

- Explorar sus sentimientos
- Hacer cambios positivos en su cambio de ánimo y en su cambio emocional
- Desarrollar un sentido de control de sus vidas a través de experiencias de éxito.
- Aprender a poner en práctica habilidades para resolver problemas y conflictos
- Mejorar las habilidades de socialización.²²

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La ansiedad, se presenta con mucha frecuencia en los pacientes que reciben tratamiento odontológico, por lo tanto sería muy importante determinar con qué frecuencia y en qué situaciones se presenta este evento en los pacientes adultos que acuden a la Facultad de Odontología de la UNAM a recibir diferentes tratamientos

5. JUSTIFICACIÓN.

Los acontecimientos de la vida cotidiana pueden provocar ansiedad, en nuestra cultura la ansiedad, es tan evidente que es vista como normal, e incluso en forma más "benigna", es fuente de notable sufrimiento humano y de importantes limitaciones en la calidad de vida de los pacientes.

Tomando en cuenta que con mucha frecuencia casi todos los pacientes que acuden al odontólogo, presentan ansiedad en diferentes grados, la cual se traduce en una mala cooperación del paciente frente al tratamiento y en algunas ocasiones, ausencia ante citas previamente establecidas, sería importante identificar ante qué situaciones se desencadena esta alteración y que tipo de tratamiento influye en su desarrollo.

Se ha observado que en la búsqueda de información documental, sólo existe de manera aislada, ya que hace poco la psicología se incorporo en el campo de la odontología.

6. HIPÓTESIS.

H₁ Los trastornos de ansiedad, se van a presentar con mayor frecuencia en pacientes del sexo femenino.

H₀ Los trastornos de ansiedad no se van a presentar con mayor frecuencia en pacientes del sexo femenino.

H_a Sí habrá diferencias entre el grado de ansiedad que presentan los pacientes masculino y femenino.

7. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de ansiedad en los pacientes adultos que reciben tratamiento en las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

1.- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes adultos que acuden a las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM.

2.- Identificar la ansiedad o la conducta ansiosa del paciente, frente a los diferentes tratamientos odontológicos.

8. METODOLOGÍA

8.1 Material y método.

En esta investigación los pacientes adultos se captaron en las diferentes clínicas de la Facultad de Odontología explicándoles primeramente en que consiste el estudio y si aceptaban participar.

Se diseñó un cuestionario con todas las variables de estudio, (anexo B) el cual se aplicó para la prueba piloto en pacientes adultos que acuden a tratamiento en la clínica periférica de Oriente.

Para tal efecto se elaboró una carta de consentimiento (anexo A) con el fin de que los pacientes estuvieran enterados del tipo de investigación a lo que se les estaba invitando.

En el diseño del cuestionario se incluyó la Escala de Ansiedad de Corah para medir la ansiedad dental en pacientes (anexo C). Posteriormente se aplicó el cuestionario ya con las modificaciones pertinentes en nuestra población de estudio. Finalmente se llevará a cabo el análisis y presentación de la información.

8.2 Tipo de estudio.

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

8.3 Población de estudio.

Pacientes adultos sexo masculino y femenino entre 20 y 60 años que acuden a tratamiento en las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM.

8.4 MUESTRA.

250 pacientes adultos sexo masculino y femenino que acuden a tratamiento en la facultad de Odontología de la UNAM.

8.5.1. Criterios de inclusión.

Pacientes adultos del sexo femenino y masculino.
Pacientes que deseen participar en el estudio.

8.5.2 Criterios de exclusión.

Pacientes adolescentes y niños que acudan a las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM:

Persona adulta que acompañe al paciente.

Paciente adulto que no quiera participar en el estudio.

8.6 VARIABLES.

Variable Independiente.

Ansiedad.

Variable Dependiente.

Asistencia al tratamiento odontológico y sexo.

Variables: Escala de medición.

La variable independiente ansiedad, por el nivel de medición será nominal.

La variable dependiente asistencia al tratamiento odontológico será medida por su nivel de medición ordinal, y el sexo será medido por su nivel de medición nominal.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
SEXO	Características genotípicas y fenotípicas que distinguen a una persona sobre si es hombre o mujer.	1 Masculino 2 Femenino	Nominal
EDAD	Tiempo en años en que una persona a vivido desde la fecha en que nació.	En años al día De la entrevista	Ordinal

ESCOLARIDAD	Duración de los estudios en un centro docente	1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria 4 Técnico 5 Universidad 6 Posgrado	Ordinal
OCUPACIÓN	Trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa	1 Obrero 2 Empleado 3 Profesional Independiente 4 Comerciante 5 No Trabaja 6 Otro	Nominal
TRATAMIENTOS	Conjunto, de medios empleados para la curación de una enfermedad	1.Rx 2 Extracciones Dentales 3 Limpieza dental 4 Cirugía dental 5 Reconstrucción de piezas dentales 6 Colocación de aparatos 7 Endodoncia	Nominal
ESCALA DE CORAH	Instrumento para la evaluación de la ansiedad dental	a) 1 punto b) 2 puntos c) 3 puntos d) 4 puntos e) 5 puntos 1. Si 2. No	Ordinal Nominal
ESCALA MODIFICADA	Modificación de la escala de ansiedad dental	1 Siempre 2 Casi siempre 3 Nunca	Ordinal

8.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Para la captación de datos se diseñó un cuestionario con las variables de estudio y el análisis de la información se realizó con los programas EXCEL y SPSS 11 para Windows, presentándolos a través de gráficas y cuadros.

8.8 Recursos.

Humanos.

Pacientes adultos.

Pasante investigador, Cirujano dentista.

Tutor y asesor, Cirujano dentista.

Materiales.

Computadora.

Disquetes.

250 encuestas.

250 lápices.

250 encuestados (pacientes de la Facultad de Odontología de la UNAM).

Escala de Ansiedad Dental de CORAH.

Libros.

Artículos.

Infraestructura.

Clínicas: Salas de espera de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Biblioteca de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Biblioteca de la ADM.

Biblioteca de Psicología de la UNAM.

Biblioteca de Medicina de la UNAM.

Biblioteca de Psiquiatría de Medicina de la UNAM.

Biblioteca Central de la UNAM.

9 Resultados

En ésta investigación la población de estudio estuvo constituida por 250 adultos que acudieron a diferentes clínicas de la facultad de odontología.

El sexo estuvo representado en un 50% por el sexo femenino y 50% por el sexo masculino Gráfica 1.

En relación a la edad se encontró que el 36% correspondía de 20 a 29 años; 30% de 30 a 39 años; 18% de 40 a 49 años; y 16% de 50 a 60 años. Gráfica 2

Respecto a la escolaridad se observó que el 11% tiene Primaria; 28% Secundaria; 22% Preparatoria; 14% Técnico; 22% Universidad y 1% Posgrado. Gráfica 3.

Referente a la ocupación se vio que el 3% lo ocupa la clase obrera; 49% Empleados; 7% Profesional independiente; 6% Comerciante; 12% No trabaja y el 23% otros. Gráfica 4.

Cabe mencionar que los tratamientos recibidos son: 25% Rx; 17% Extracciones dentales; 23% Odontología preventiva; 8% Cirugía dental; 12% Reconstrucción dental; 5% Prótesis y 10% Endodoncia. Gráfica 5.

Con respecto a las preguntas 6, 7, 8, 9 y 10 de la Escala de Ansiedad Dental de Corah, los resultados están en la Tabla 1 y 2 y Gráfica 6.

Por lo tanto el grado de ansiedad en la Escala de Ansiedad Dental de Corah se pudo observar que la ansiedad leve en el sexo femenino fue de 33% comparada con el sexo masculino que fue 41%; ansiedad promedio para el sexo femenino 12% y sexo masculino 26%; ansiedad fuerte para el sexo

femenino 47% y sexo masculino 27% y en ansiedad severa sexo femenino 8% y sexo masculino 6%.

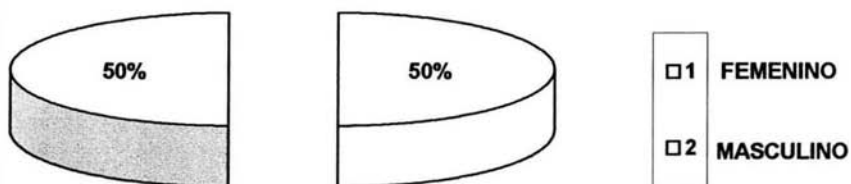
Referente a la Escala de Ansiedad Dental Modificada: pregunta 11 a la 30 se obtuvo lo siguiente:

- En relación a. Tengo la sensación de inestabilidad al esperar mi turno en la consulta: 41 contestaron siempre (16%); 85 casi siempre (34%); 124 nunca (50%).
- Con respecto a. Me desagrada contestar la entrevista del dentista: 223 contestaron siempre (89%); 15 casi siempre (6%) y 12 nunca (5%).
- Para. Me desagrada mostrarle mi boca al dentista: 28 contestaron siempre (11%); 56 casi siempre (23%) y 166 nunca (66%).
- Referente a Me desagrada que el dentista critique mi boca: 180 contestaron siempre (72%); 34 casi siempre (14%) y 36 nunca (14%). Gráfica 7.
- En. El sólo hecho de pensar que tengo cita con el dentista me quita el sueño: 14 contestaron siempre (6%); 32 casi siempre (13%) y 204 nunca (82%).
- En relación a. Me molesta que en una extracción dental el dentista me cause daño en mi boca: 92 contestaron siempre (37%); 61 casi siempre (24%) y 97 nunca (39%).
- Con respecto a. Cuando me pulen los dientes me tiemblan las manos y piernas: 36 contestaron siempre (14%); 55 casi siempre (22%) y 159 nunca (64%).
- Para. Me desagrada permanecer más tiempo del indicado en la sala de espera para evitar que me suden las manos: 145 contestaron siempre (58%); 56 casi siempre (22%) y 49 nunca (20%).
- Referente. Experimento náusea y mareos por el solo hecho de escuchar el motor de la pieza de mano: 18 contestaron siempre (7%); 25 casi siempre (10%) y 207 nunca (83%).

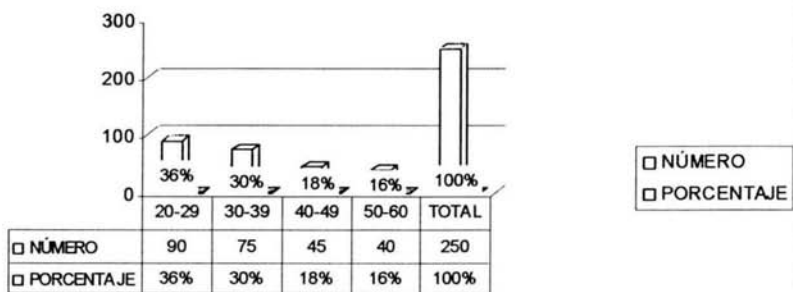
- En. Me desagrada la inquietud que me causa la jeringa al observarla: 99 contestaron siempre (40%); 81 casi siempre (32%) y 70 nunca (28%). Gráfica 8.
- Refiriéndose a. Cuando estoy en la sala de espera tengo el deseo de orinar más frecuentemente: 13 contestaron siempre (5%); 37 casi siempre (15%) y 200 nunca (80%).
- En relación a. Me molesta escuchar hablar de sangre y heridas para no sentir escalofríos: 207 contestaron siempre (83%); 22 casi siempre (9%) y 21 nunca (8%). Gráfica 9.
- Con respecto a. Cuando voy a llegar tarde a la cita con el dentista se me seca la boca: 183 contestaron siempre (73%); 39 casi siempre (16%) y 28 nunca (11%). Gráfica 10.
- Para. Cuando estoy en la consulta dental mi corazón late de prisa: 26 contestaron siempre (10%); 68 casi siempre (27%) y 156 nunca (63%).
- En. Al conversar con el dentista tartamudeo: 14 contestaron siempre (6%); 30 casi siempre (12%) y 206 nunca (82%).
- Refiriéndose a. Soy una persona cooperadora en el tratamiento dental: 166 contestaron siempre (66%); 50 casi siempre (20%) y 34 nunca (14%).
- En relación a. En la sala de espera acostumbro comerme las uñas o morder objetos: 9 contestaron siempre (4%); 20 casi siempre (8%) y 221 nunca (88%).
- Con respecto a. Evito avisarle al dentista con la mano cuando me esta causando dolor: 139 contestaron siempre (56%); 38 casi siempre (15%) y 73 nunca (29%). Gráfica 11.
- Para. Soy incapaz de actuar con naturalidad cuando estoy frente al dentista: 164 contestaron siempre (66%); 52 casi siempre (21%) y 34 nunca (13%).

- En. Evito toda situación referente al tratamiento dental: 193 contestaron siempre (77%); 41 casi siempre (16%) y 16 nunca (7%).
Gráfica 12.

GRÁFICA 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE 250 PACIENTES
ADULTOS. FO. MEXICO 2004.



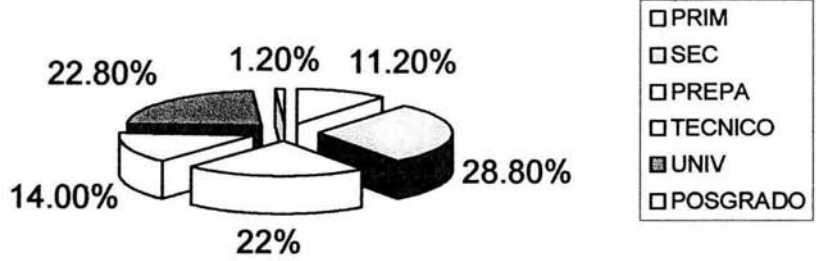
Gráfica 2
EDAD DE LOS PACIENTES



EDADES

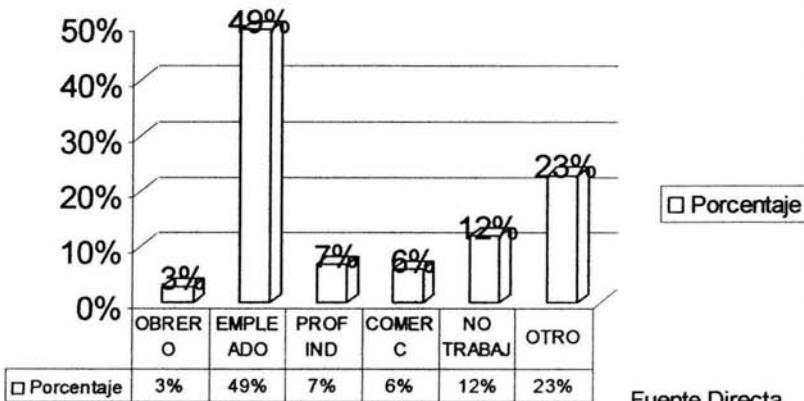
Fuente Directa

Gráfica 3
ESCOLARIDAD DE PACIENTES



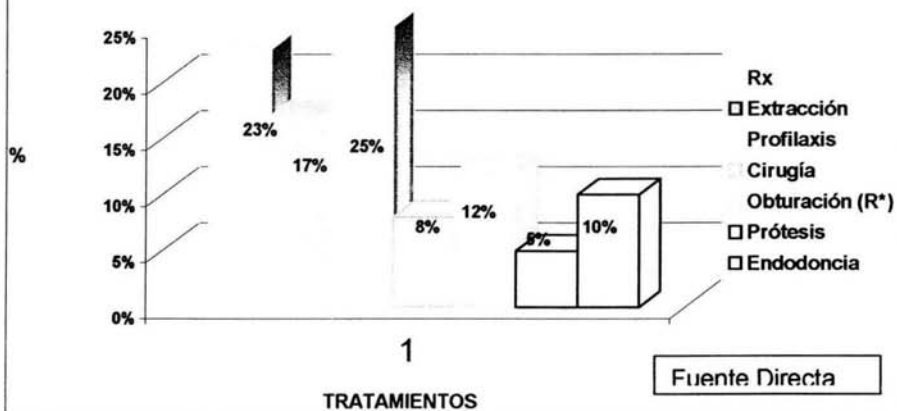
Fuente Directa

Gráfica 4
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES

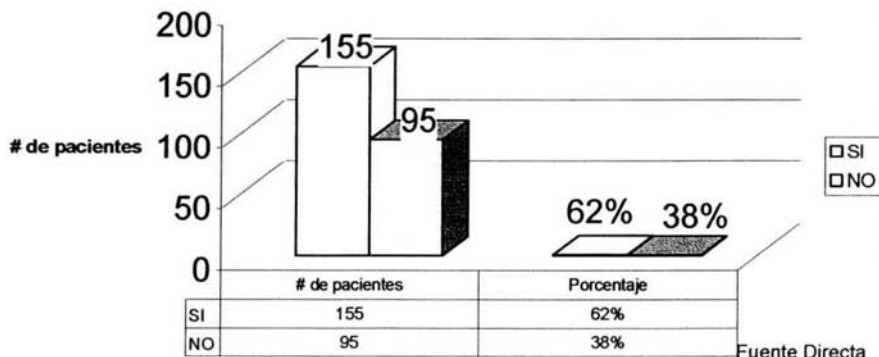


Fuente Directa

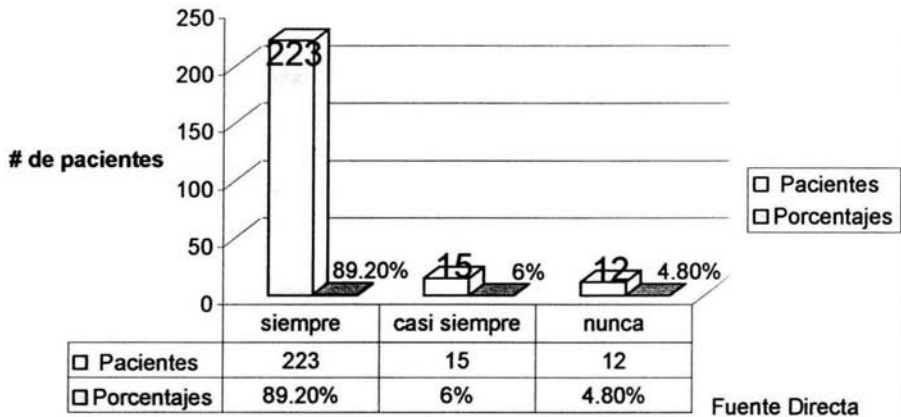
GRÁFICA 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TRATAMIENTOS RECIBIDOS EN
PACIENTES ADULTOS . FO. UNAM. 2004



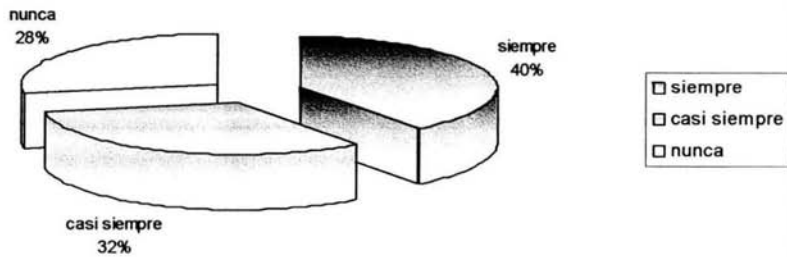
Gráfica 6
En general ¿Se siente incómodo o nervioso ante la perspectiva de recibir un
tratamiento dental?



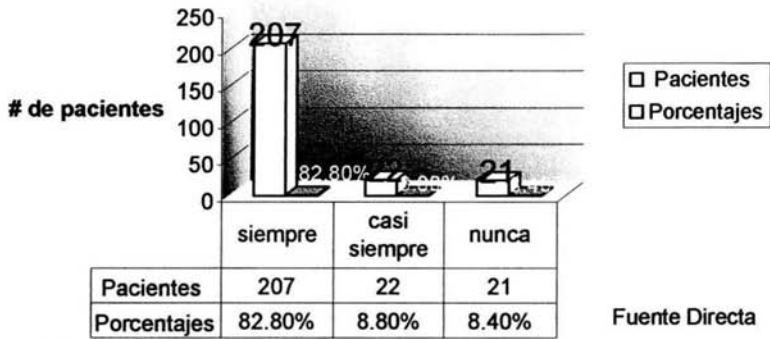
Gráfica 7
Me desagrada contestar la entrevista del dentista.



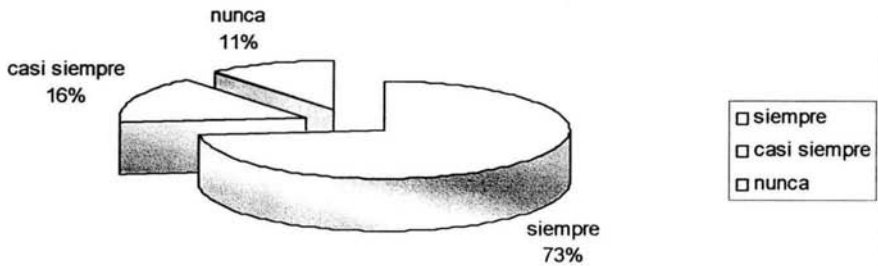
Gráfica 8
Me desagrada la inquietud que me causa la jeringa al observarla.



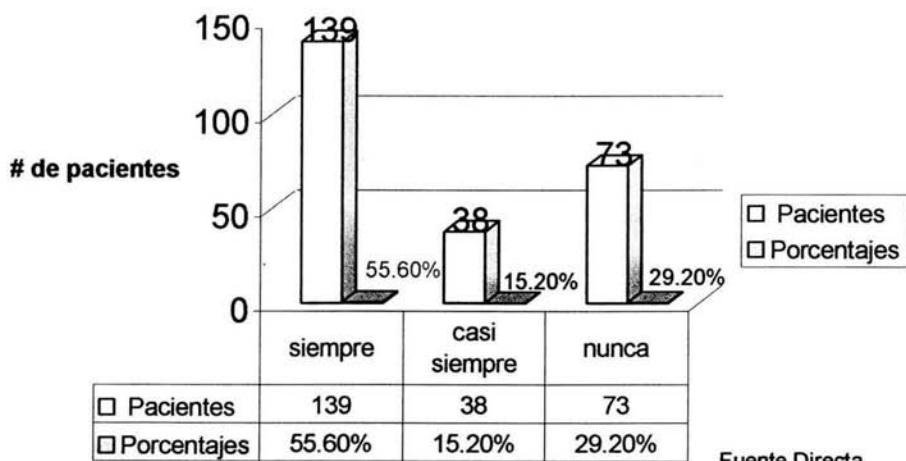
Gráfica 9
Me molesta escuchar hablar de sangre y heridas para no sentir escalofríos



Gráfica 10
Cuando voy a llegar tarde a la cita con el dentista se me seca la boca

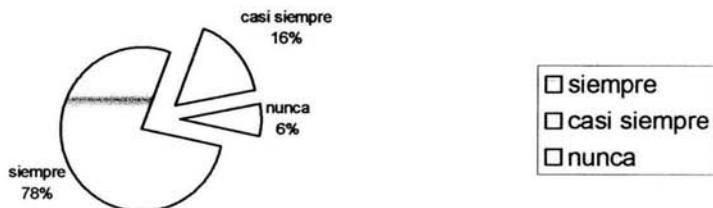


Gráfica 11
Evito avisarle al dentista con la mano cuando me esta causando dolor



Fuente Directa

Gráfica 12
Evito toda situación referente al tratamiento dental



Fuente Directa

TABLA 1 ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH

No. de Pregunta	Pregunta	Respuestas	No. de Casos	Porcentaje
1	Si Ud Tuviera que ir al dentista mañana ¿Cómo se sentiría?			
		a) Lo vería como una experiencia razonable y la disfrutaría.	40	16%
		b) No me preocuparía	93	37%
		c) Estaría algo incómodo	32	13%
		d) Tendría miedo de que fuera molesto y doloroso	70	28%
		e) Estaría muy atemorizado por lo que pudiera hacerme el dentista	15	6%
		TOTAL	250	100 %
2	Cuando Ud. Está en el consultorio del dentista esperando su turno, ¿Cómo se siente?	a) Relajado	89	35.6%
		b) Algo Incómodo	48	19%
		c) Tenso	66	26%
		d) Ansioso	33	13%
		e) Tan ansioso que en algunas ocasiones sudaría o me sentiría casi enfermo	14	6%
		TOTAL	250	100%

TABLA 2 ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH

3	Quando Ud. esta sentado en la silla dental, esperando que el dentista tome el taladro para empezar a trabajar en su dentadura, ¿Cómo se siente?		56	22%
		a) Relajado		
		b) Algo Incómodo	63	25%
		c) Tenso	106	43 %
		d) Ansioso	13	5%
		e) Tan ansioso que en algunas ocasiones sudaría o me sentiría casi enfermo	12	5%
		TOTAL	250	100%
4	Ud. Esta sentado en la silla dental para una limpieza de dientes. Mientras Ud. Esta esperando y el dentista está sacando los instrumentos que va a utilizar para raspar su dentadura alrededor de las encías ¿Cómo se siente?			
		a) Relajado	79	32%
		b) Algo Incómodo	68	27%
		c) Tenso	82	33%
		d) Ansioso	10	4%
		e) Tan ansioso que en algunas ocasiones sudaría o me sentiría casi enfermo	11	4%
		TOTAL	250	100%

10 Conclusiones.

De acuerdo con los resultados obtenidos y expuestos anteriormente podemos afirmar que la confiabilidad y la estabilidad temporal de la Escala de Ansiedad Dental de Corah, es bastante aceptable ya que aportó la diferencia significativa de ansiedad entre el sexo femenino y el sexo masculino; tomando en consideración el pequeño número de ítems de que se compone la misma.

Esta escala dental ofrece varias ventajas: 1) es fácil de administrar, b) su corrección es simple, c) provee una estimación del nivel de ansiedad dental de un sujeto y d) no presenta efectos de deseabilidad social, es decir el tener algún miedo al dentista es socialmente aceptable.

Un dato importante a tener en consideración se refiere a que casi el 50% de las personas encuestadas reportaron la opción de sentirse tensas al estar en el sillón dental, en espera del uso de la pieza de mano (taladro). Así mismo se comprobó que en el sexo femenino es más frecuente la ansiedad leve, de la ansiedad promedio que es más prevalente en el sexo masculino. Cabe mencionar que casi el 50% de la población femenina presenta ansiedad fuerte en el área odontológica, así mismo la ansiedad severa se presentó en una escasa población tanto en el sexo femenino como en el sexo masculino.

También se pudo observar que la edad de los pacientes que más asistieron a consulta están entre 20 y 29 años. Esto nos indica que las personas relativamente jóvenes se preocupan por su cuidado dental.

Con respecto a la escolaridad se vio una marcada persistencia en la educación básica, así como media superior y superior, indicándonos que tal vez estén más informados con respecto a los tratamientos dentales.

Refiriéndonos a los tratamientos dentales, se observó que el área más solicitada fueron los Rx, odontología preventiva y exodoncia, lo cual llama la atención ya que los pacientes que acuden al dentista no se preocupan por la reconstrucción

de sus dientes y si tomamos en cuenta que la población fluctúa entre 20 y 29 años podemos concluir que su estado de salud bucal en edad más avanzada se encontrará más deteriorada.

Cabe mencionar la influencia que tiene la ocupación en el acceso a los servicios odontológicos dentro de la facultad.

Sugerencias.

Considero que es importante destacar la participación de la psicología como ciencia humanística e interdisciplinaria pudiendo hacer aportaciones a la odontología como es el manejo de pacientes ansiosos que llegan a la facultad de odontología a recibir atención. Tomando en cuenta que se deberán desarrollar programas que implementen la educación, la promoción y la prevención del cuidado dental por medio de talleres, conferencias, etc, en los cuales se aborde el tema de la ansiedad dental, de manera que se analicen las situaciones de conflicto para los pacientes, características o rasgos de personalidad y posibles soluciones de tratamiento o en su caso si se trata de casos extremos canalizarlos con un profesional para que los oriente más a fondo en su problemática del manejo de sus emociones.

También tomar en cuenta; el perfil del odontólogo asociado con la tensión que proporciona al paciente si es que se da este tipo relación interpersonal entre odontólogo – paciente. Por lo tanto es importante considerar al paciente como una totalidad (es decir su entorno biopsicosocial) y no únicamente un interés por parte del odontólogo que en este caso sería la cavidad bucal.

El tratamiento odontológico en general produce ansiedad, es por lo que se hace hincapié, en que el odontólogo deberá estar preparado para entender y manejar al paciente, ayudarlo a manejar todos aquellos temores en relación a su tratamiento dental.

También cabe mencionar que la investigación realizada comprende un tema poco investigado en México y que los esquemas tomados en dicha investigación fueron de otros países.

Bibliografía:

- 1.- Pal-Hedegüs Carlos La Escala De Ansiedad dental DE Corah: Una ayuda para los Odontólogos. Revista mexicana de la Psicología. 1991. Vol 8 Pág 33 - 36.
- 2.- Vinaccia Stefano. Odontología y Psicología Disminución de la Ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica. Revista Mexicana de Psicología. 1998. Vol. 30. Pág. 67-82.
- 3.- Haugejorden Ola, Klock Kristin . Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. Acta Odontol Scand. 2000. Vol58. Pág. 255-259.
- 4.- Murray W. Thomas. Incidente of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. Community Dentistry and oral Epidemiology. 2000, Aug. Vol 28. Pág 289.
- 5.- Berggren U, Pierce. Characteristics of adult dentally fearful individuals. A cross – cultural study. Eur J Oral Sci 2000. Vol. 108. Pág 268-274.
- 6.- S.M.Cohen, J. Fiske. Dental phobics How does dental anxiety affect their lives? British Dental Journal. 2000 October 14. Vol. 189. Pág 385-390.
- 7.- Cohen Jozef. Psicodinámica de la personalidad. 1ª.edición. Edit. Trillas. México. 1973
- 8.- Kaplan, Harold D.I. Sinopsis de la psiquiatría ciencia de la conducta psiquiátrica clínica. 8ª edición. Edit. Medicina panorámica, Madrid, España 2000.
- 9.- Saiz Ruíz, Jerónimo. Trastorno de angustia, crisis de pánico y agorafobia. En tensión primaria. Edit. Masson. Barcelona, España 2001.
- 10.- Enciclopedia de la psicología. 1ª Edición. Edit. Océano. Barcelona España. 2000

- 11.- López-Ibor J.J: Lecciones de Psicología Médica. Edit. Masson. Barcelona, España. 1999
- 12.- Kaplan, Harold D.I. Manual de psiquiatría de urgencias. Edit. Panamericana. Buenos Aires argentina 1996
- 13.- Guía practica. Manejo del espectro depresión ansiedad: actualización consenso, México UNAM. 2002
- 14.- Vidal, Guillermo. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo 2. macropedia psiquiátrica. Edit. Iberoamericana. Madrid, España 2000.
- 15.- Martínez Ross, Eric. Manual de psicología para odontólogos. Edit. Ciencia y cultura de México 1989.
- 16.- <http://amad.n3.net>
- 17.- <http://www.odonto.unam.mx/guíasyprogramas/guías/2-propedeutica.pdf>
- 18.- <http://www.encolombia.com/encolombia.htm>
- 19.- <http://www.buenasiembra.com.ar/salud/articulos/relax.htm>
- 20.- <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,297306,00.html>
- 21.- <http://www.semanasalud.ua.es/semana-2/trip-rmp.htm>
- 22.- <http://www.musicoterapia.com.m>

GLOSARIO

Agitación: Ansiedad intensa asociada a inquietud psicomotriz.

Agorafobia: el término fue acuñado en 1871 para describir la enfermedad de los pacientes que tenían miedo a aventurarse solos en lugares públicos. El término deriva de las palabras griegas agora y phobos, sig." miedo a la plaza del mercado.

Ansiedad: Sentimiento de aprensión causado por la anticipación a un peligro no identificado, que puede ser externo o interno

Biofeedback: las técnicas de biofeedback se valen de sensores que detectan las señales de determinados procesos fisiológicos internos, un amplificador y una computadora que las descodifica y permite al paciente leerlas para intentar su control. De esta forma se pueden modificar las respuestas viscerales del organismo.

Crisis de angustia: ataque de ansiedad, severo, agudo e irracional.

Comorbilidad: dos o más trastornos que ocurren al mismo tiempo.

Culpa: Emoción que aparece cuando se hace algo considerado como malo.

Disnea: dificultad para respirar.

Feocromocitoma: Trastorno en el que hay un tumor de la médula suprarrenal, o de los tejidos con estructuras similares relacionados con la cadena simpática. Secreta adrenalina y hormonas similares y los síntomas se deben al exceso de estas sustancias. No se conoce la etiología.

Fobia: miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitar el estímulo fóbico o afrontarlo con terror.

Fobia específica: fobia restringida a condiciones muy específicas (animales, alturas, a la oscuridad, a viajar en avión, etc.).

Fobia social: temor a casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar, a comer o hablar en público, temor a ser enjuiciado por otras personas.

Ideas obsesivas: constante recurrencia de una idea que no puede ser suprimida u omitida a pesar de que el individuo que la tiene es el primero en reconocerla como irracional, absurda y patológica.

Irritabilidad: Estado de ánimo en el que uno se molesta y se pone iracundo con facilidad.

La palabra anxiety (ansiedad) fue agregada al inglés en 1525 y anxious (ansioso) en 1623. Es el mejor equivalente del alemán Angst de Freud; el uso alemán es Angst vor etwas: ansiedad frente a algo.

Midriasis: dilatación anormal de la pupila del ojo.

Miedo: Miedo Reacción anímica ante un peligro real, identificado y reconocido conscientemente.

Pánico: Ataque episódico, agudo e intenso de ansiedad, que se asocia a sentimientos sobrecogedores de terror y descarga autonómica.

Parestesia: cualquier anomalía de la sensación.

Psicoterapia cognoscitiva: tratamiento breve para la depresión en la fase aguda. Se basa en una combinación de técnicas conductuales (actividades programadas y asignación de tareas graduales) y cognoscitivas (identificación, evaluación y modificación de pensamientos automáticos negativos).

Psicoterapia interpersonal: tratamiento breve para pacientes con depresión, aunque actualmente ha sido adoptado para larga duración y otras poblaciones. Se focaliza en calidad y funcionamiento interpersonal actual. Educa al paciente acerca de su depresión y en la identificación de problemas asociados con el inicio de la misma.

Recurrencia: reinstalación de los síntomas de una enfermedad después de un período de recuperación de la misma.

Taquicardia: aumento exagerado de las palpitaciones del corazón, aceleración de los movimientos cardiacos que llega hasta hacer imposible su cuenta.

Tensión: Incremento de la actividad motora y psicológica que resulta molesto.

Uso alemán es Angst vor etwas: ansiedad frente a algo.

Xerostomía: sequedad de boca debido a la no secreción salival.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y
SALUD PÚBLICA

Se solicita su colaboración, para la presente investigación de la tesina, enfocada a identificar algunos aspectos de la relación odontólogo-paciente con fines gratuitos y de aporte a la investigación científica. De la alumna: Sofía Sánchez Morales.

Me doy por enterado y acepto participar en esta investigación, que consiste en contestar una encuesta confidencial y anónima.

Nombre y Firma de conformidad.

ANEXO B

FORMATO DE LA ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE TITULACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

FOLIO

LA PRESENTE ENCUESTA ES DE CARÁCTER ANÓNIMO Y TIENE COMO OBJETIVO IDENTIFICAR ALGUNOS ASPECTOS DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO – PACIENTE POR LO QUE SU RESPUESTA CERTERA SERÁ DE GRAN UTILIDAD.

EL CUESTIONARIO CONSTA DE ORACIONES, -LEA CADA UNA Y MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA ELEGIDA. OBSERVE EL SIGUIENTE EJEMPLO:

ME GUSTA ASISTIR A FIESTAS.

SIEMPRE () CASI SIEMPRE (x) NUNCA ()

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

1.- SEXO: M F 2.- EDAD

3.- ESCOLARIDAD:

1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) PREPARATORIA 4) TÉCNICO 5) UNIVERSIDAD
6) POSGRADO

4.- OCUPACIÓN:

1) OBRERO 2) EMPLEADO 3) PROFESIONAL INDEPENDIENTE
4) COMERCIANTE 5) NO TRABAJA 6) OTRO

5.- MENCIONE QUE TRATAMIENTOS O SERVICIOS DENTALES HA RECIBIDO USTED:

1) RADIOGRAFÍAS DENTALES 2) EXTRACCIONES DENTALES 3) LIMPIEZA DENTAL
4) CIRUGÍA DENTAL 5) LE HAN RECONSTRUIDO ALGUNAS PIEZAS DENTALES 6) LE HAN COLOCADO APARATOS EN SU BOCA 7) LE HAN PRACTICADO ENDODONCIA

6.- SI UD TUVIERA QUE IR AL DENTISTA MAÑANA ¿CÓMO SE SENTIRÍA?

1) LO VERÍA COMO UNA EXPERIENCIA RAZONABLE Y LA DISFRUTARÍA 2) NO ME PREOCUPARÍA 3) ESTARÍA ALGO INCÓMODO 4) TENDRÍA MIEDO DE QUE FUERA MOLESTO Y DOLOROSO 5) ESTARÍA MUY ATemorizado POR LO QUE PUDIERA HACERME EL DENTISTA

7.- CUANDO UD ESTÁ EN EL CONSULTORIO DEL DENTISTA ESPERANDO SU TURNO ¿CÓMO SE SIENTE?

1) RELAJADO 2) ALGO INCÓMODO 3) TENSO 4) ANSIOSO 5) TAN ANSIOSO QUE EN ALGUNAS OCASIONES SUDARÍA O ME SENTIRÍA CASI ENFERMO

8.- CUANDO UD ESTÁ SENTADO EN LA SILLA DENTAL, ESPERANDO QUE EL DENTISTA TOME EL TALÁDRO PARA EMPEZAR A TRABAJAR EN SU DENTADURA, ¿CÓMO SE SIENTE?

1) RELAJADO 2) ALGO INCÓMODO 3) TENSO 4) ANSIOSO 5) TAN ANSIOSO QUE EN ALGUNAS OCASIONES SUDARÍA O ME SENTIRÍA CASI ENFERMO

9.- UD ESTÁ SENTADO EN LA SILLA DENTAL PARA UNA LIMPIEZA DE DIENTES. MIENTRAS UD ESTÁ ESPERANDO Y EL DENTISTA ESTÁ SACANDO LOS INSTRUMENTOS QUE VA A UTILIZAR PARA RASPAR SU DENTADURA ALREDEDOR DE LAS ENCÍAS ¿CÓMO SE SIENTE?

1) RELAJADO 2) ALGO INCÓMODO 3) TENSO 4) ANSIOSO 5) TAN ANSIOSO QUE EN ALGUNAS OCASIONES SUDARÍA O ME SENTIRÍA CASI ENFERMO

10.- EN GENERAL ¿SE SIENTE INCÓMODO O NERVIOSO ANTE LA PERSPECTIVA DE RECIBIR UN TRATAMIENTO DENTAL?

1) SI 2) NO

11.- TENGO LA SENSACIÓN DE INESTABILIDAD AL ESPERAR MI TURNO EN LA CONSULTA.

1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA

- 12.- ME DESAGRADA CONTESTAR LA ENTREVISTA DEL DENTISTA.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 13.- ME AVERGÜENZA MOSTRARLE MI BOCA AL DENTISTA
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 14.- ME DESAGRADA QUE EL DENTISTA TOQUE MI BOCA
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 15.- EL SÓLO HECHO DE PENSAR QUE TENGO CITA CON EL DENTISTA ME QUITA EL SUEÑO
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 16.- ME MOLESTA QUE EN UNA EXTRACCIÓN DENTAL EL DESTISTA ME CAUSE DAÑO EN MI BOCA .
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 17.- CUANDO ME PULEN LOS DIENTES, ME TIEMPLAN LAS MANOS Y LAS PIERNAS.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 18.- ME DESAGRADA PERMANECER MÁS TIEMPO DEL INDICADO EN LA SALA DE ESPERA PARA EVITAR QUE ME SUDEN LAS MANOS.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 19.- EXPERIMENTO NÁUSEAS Y MAREOS POR EL SÓLO HECHO DE ESCUCHAR EL MOTOR DE LA PIEZA DE MANO.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 20.- ME DESAGRADA LA INQUIETUD QUE ME CAUSA LA JERINGA AL OBSERVARLA
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 21.- CUANDO ESTOY EN LA SALA DE ESPERA TENGO EL DESEO DE ORINAR MÁS FRECUENTEMENTE.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 22.- ME MOLESTA ESCUCHAR HABLAR DE SANGRE Y HERIDAS PARA NO SENTIR ESCALOFRÍOS.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 23.- CUANDO VOY A LLEGAR TARDE A LA CITA CON EL DENTISTA SE ME SECA LA BOCA.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 24.-CUANDO ESTOY EN LA CONSULTA DENTAL MI CORAZÓN LATE DE PRISA.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 25.- AL CONVERSAR CON EL DENTISTA TARTAMUDEO.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 26.- SOY UNA PERSONA COOPERADORA EN EL TRATAMIENTO DENTAL.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 27.- EN LA SALA DE ESPERA ACOSTUMBRO COMERME LAS UÑAS Ó MORDER OBJETOS.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 28.- EVITO AVISARLE AL DENTISTA CON LA MANO CUANDO ME ESTÁ CAUSANDO DOLOR.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 29.- SOY INCAPAZ DE ACTUAR CON NATURALIDAD CUANDO ESTOY FRENTE AL DENTISTA.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA
- 30.- EVITO TODA SITUACIÓN REFERENTE AL TRATAMIENTO DNENTAL.
1) SIEMPRE 2) CASI SIEMPRE 3) NUNCA

Esta encuesta auto aplicable se uso para la evaluación de la ansiedad dental en pacientes adultos que consta de 30 preguntas donde se le pide al paciente que marque con una (x) la respuesta elegida que es de carácter anónimo y que tiene

como objetivo identificar algunos aspectos de la relación odontólogo-paciente por lo que su respuesta certera será de gran utilidad.

Las respuestas a marcar fueron siempre, casi siempre y nunca y éstas se calificaron sacando sus respectivos porcentajes.

ANEXO C

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL CORAH

INSTRUCCIONES.

Marque con una "X" o rodee con un círculo la respuesta a cada una de las siguientes preguntas.

1.- Si Ud. Tuviera que ir al dentista mañana, ¿Cómo se sentiría?

- a) Lo vería como una experiencia razonable y la disfrutaría.
- b) No me preocuparía.
- c) Testaría algo incómodo
- d) Tendría miedo de que fuera molesto y doloroso
- e) Estaría muy atemorizado por lo que pudiera hacerme el dentista

2.- Cuando Ud está en el consultorio del dentista esperando su turno, ¿Cómo se sentiría?

- a) Relajado
- b) Algo incómodo
- c) Tenso
- d) Ansioso
- e) Tan ansioso que en algunas ocasiones sudaría o me sentiría casi enfermo.

3.- Cuando Ud. Está sentado en la silla dental, esperando que es dentista tome el taladro para empezar a trabajar en su dentadura, ¿Cómo se siente?

- a) Relajado
- b) Algo incómodo
- c) Tenso
- d) Ansioso
- e) Tan ansioso que en algunas ocasiones sudaría o me sentiría casi enfermo.

4.- Ud. Está sentado en la silla dental para una limpieza de dientes. Mientras Ud. Está esperando y el dentista está sacando los instrumentos que va a utilizar para raspar su dentadura alrededor de las encías. ¿Cómo se siente?

- a) Relajado
- b) Algo incómodo
- c) Tenso
- d) Ansioso
- e) Tan ansioso que en algunas ocasiones sudaría o me sentiría casi enfermo.

5.- En general, ¿se siente incómodo o nervioso ante la perspectiva de recibir un tratamiento dental?

- a) Sí
- b) No

Este instrumento consta de papel, lápiz y de cuatro preguntas tipo alternativa múltiple y selección única. Al paciente se le solicita que marque con una equis (x) o rodee con un círculo la respuesta a cada una de las cuatro preguntas.

La corrección de esta escala es simple. Únicamente se debe hacer una suma aritmética de los valores de cada uno de los ítems. La alternativa (a) vale un

punto, (b) dos, (c) tres, (d) cuatro y (e) cinco puntos. La puntuación mínima es de cuatro puntos (sin ansiedad dental) y la puntuación máxima es de veinte puntos. La interpretación de la escala es sencilla; de cuatro a ocho puntos se considera ansiedad dental leve, de nueve a diez puntos ansiedad promedio, de once a catorce puntos ansiedad fuerte y quince o más puntos, ansiedad severa. Aunque es difícil observar pacientes con esta puntuación máxima, muy probablemente serán fóbicos dentales severos o evitadores crónicos que requieren de asistencia psicológica para afrontar un tratamiento dental por pequeño que sea.

En términos generales, podríamos afirmar que las cuatro preguntas de la escala hacen referencia a la ansiedad dental anticipatoria. Se considera que la puntuación de esta escala representa adecuadamente el nivel de ansiedad dental general exhibido por un paciente.