

# 1. Miedo y ansiedad en la clínica dental

## FEAR AND ANXIETY IN DENTAL CLINIC

**Cristina Rodríguez Rodríguez**

Odontóloga en el Servicio de Salud Bucodental de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

### RESUMEN

El miedo y la ansiedad hacia el tratamiento odontológico o una simple visita al dentista siguen siendo emociones muy prevalentes entre las personas y no sólo interfieren en el desarrollo de la consulta, si no también en la propia salud bucodental, e incluso general, del paciente. Dado su origen multifactorial, es fundamental que los profesionales conozcan las causas y dediquen tiempo y esfuerzo en formación y aplicación de técnicas adecuadas para su manejo, ayudando así a quien lo sufre a superarlo y asegurar en mayor medida el éxito del procedimiento.

**Palabras clave:** Miedo, ansiedad, odontológico, paciente, profesionales, causas, manejo.

### ABSTRACT

*Fear and anxiety towards dental treatment or a simple visit to the dentist are still very prevalent emotions among people and not only interfere in the development of the consultation, but also in the patient's own oral and even general health. Given its multifactorial origin, it is essential that professionals know the causes and dedicate time and effort in training and application of appropriate techniques for its management, thus helping those who suffer to overcome it and ensure the success of the procedure.*

**Keywords:** Fear, anxiety, dental, patient, professionals, causes, management.

### INTRODUCCIÓN

El miedo hacia el tratamiento odontológico y la ansiedad dental, a pesar de los avances científicos y técnicos en Odontología, siguen siendo emociones muy comunes entre los pacientes que acuden a una clínica dental, constituyendo un obstáculo importante para la calidad del servicio dental y un desafío diario (1, 2); incluso muchas personas

evitan un cuidado adecuado de su salud oral debido a estos miedos instaurados en el inconsciente colectivo y social desde tiempos inmemoriales (3). Esta evitación da lugar a severas y preocupantes consecuencias, resumidas en un deterioro de la salud oral y general, así como consecuencias psicosociales (1). Es por ello que su manejo es de gran importancia, no sólo para llevar a cabo los tratamientos de una forma más agradable para paciente y profesionales, si no con el objetivo de mejorar su calidad de vida (4).

Es cierto que la situación dental en sí no es neutra, al contrario, suele ser una situación experimentada como novedosa con la consiguiente incertidumbre de no saber lo que va a pasar y cómo vamos a reaccionar. Esta falta de sensación de control lleva obviamente a una serie de emociones que distan mucho de un estado tranquilo y sereno. Todo ello, unido a las experiencias relatadas por allegados y/o experiencias personales previas similares etiquetadas de negativas, provoca que sólo el asistir a la consulta dental sea una situación ansiógena de por sí.

La reacción del paciente ante una situación como ésta variará dependiendo de su estado emocional, así como su comportamiento, su receptividad a las instrucciones del profesional y su sensibilidad al dolor (5). Veremos en el presente trabajo que no todo depende del paciente, el papel del equipo dental es fundamental a la hora de transmitir tranquilidad y seguridad en una situación en la que las personas nos sentimos tan vulnerables.

Se considera que la causa de estas entidades es multifactorial, y de este modo así también será su manejo, existiendo en la actualidad multitud de herramientas que se pueden entrenar para llevar a cabo de manera cotidiana en las consultas. No existe ninguna definitiva, ya que como sucede en todos los ámbitos de la medicina, cada paciente es único y precisa ser tratado de forma individual y personalizada.

Actualmente, cada vez se brinda más importancia a la dimensión psicológica y emocional del cuidado dental. Los profesionales dentales no sólo deben ser competentes al realizar sus tratamientos y estar a la vanguardia de las terapias y aparatología, además se hace imprescindible saber identificar, evaluar y tratar la ansiedad de sus pacientes, desarrollando la empatía, la escucha activa y otra serie de herramientas relacionadas con la Inteligencia Emocional (3, 6).

### OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo de revisión es, en primer lugar, definir los estados de miedo y ansiedad dental, y exponer las consecuencias en el paciente si se perpetúan en el tiempo, así como las que se presentan en el entorno de la clínica dental, en relación a su manejo.

A continuación, explorar los datos de prevalencia actual, las herramientas de las que disponemos actualmente

para evaluar ambas entidades, y las causas y factores que influyen para que se lleguen a desarrollar.

Finalmente, exponer los tratamientos más útiles y usados para su manejo en la actualidad, así como sugerir alternativas que empiezan a estudiarse.

## DESARROLLO

El miedo y la ansiedad son dos emociones cotidianas que se observan normalmente en los niños y niñas, adolescentes y adultos que precisan de una intervención odontológica, lo cual constituye un obstáculo nada desdeñable en la calidad de la atención recibida (1). Ambas, de forma leve, son experiencias que cabe esperar de acuerdo con el desarrollo normal y la exposición a una circunstancia novedosa, como puede ser en este caso, al acudir a una consulta dental, en la cual una persona se puede sentir vulnerable ya que la cavidad oral no deja de ser un espacio íntimo y muy sensible. Se convierten en preocupantes y requieren de un tratamiento adecuado cuando se vuelven respuestas desproporcionadas y la actividad cotidiana se ve limitada o perjudicada (7).

A simple vista, la psicología y la odontología pueden parecer dos áreas de conocimiento aparentemente excluyentes. Nada más allá de la realidad, tienen intereses en común, ya que el comportamiento de los individuos puede afectar el normal desarrollo de una consulta hasta tal punto de no acudir a ella o no ser capaces de colaborar en recibir el tratamiento dental que requieran. La ansiedad aparece cuando la persona se siente amenazada en una determinada situación externa, en respuesta a varios estresores que pueden ser psicológicos (creencias, recuerdos, información sesgada negativa) y ambientales (ruidos, ambiente, olores). Esta situación es habitual tanto en el ambiente médico general como en el dental, aunque este último tradicionalmente es de los más ansiógenos (8).

### Ansiedad y miedo en general

La ansiedad y el miedo son dos emociones básicas y fisiológicas en los seres humanos. Se presentan frente a situaciones o estímulos que entrañan un peligro hacia nuestra vida o nuestra integridad física, por tanto nos ayudan a preservarlas y es fundamental que existan. Como se comentaba anteriormente, es cuando estas respuestas se manifiestan de forma desproporcionada o frente a estímulos que no existen o no entrañan peligro real, cuando se tornan un problema de salud, incluso se cronifican, y precisan ser abordadas con tratamientos específicos.

En general, la **ansiedad** es un estado de respuesta sistémica orientado al futuro, una construcción multidimensional, en respuesta a una amenaza anticipada, probable e inminente (que ni siquiera ha aparecido ni es seguro que aparezca, incluso a veces ni se identifica el estímulo concreto), que se considera amenazante para la integridad física o la vida, y que se expresa como una combinación de alteraciones bioquímicas y fisiológicas, e influenciada por la memoria, la historia personal del individuo y el contexto sociocultural en que se desarrolla (elementos cognitivos y emocionales) (2, 7, 9, 10); difiere del **miedo**, que está más orientado al presente, y se define como un estado emocional que responde

a una amenaza que se da de forma inmediata ('real', que estamos percibiendo) (9).

Son emociones que se experimentan con normalidad en la vida diaria, en situaciones atípicas, de gran presión, o que entrañan algún tipo de riesgo o peligro o cambio inminente (10).

Otros autores definen la ansiedad como una reacción biopsicológica frente a la vida. Constituye en principio una respuesta psicológica, anticipando problemas reales o imaginarios, la cual desencadena una serie de respuestas fisiológicas, preparando al cuerpo para la acción o huida (aumento del ritmo cardíaco, tensión muscular, sequedad de mucosas, incremento en la atención, sudoración...). Se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación (11).

Aunque a veces miedo y ansiedad se confunden y llegan a usarse indistintamente, porque pueden y suelen presentarse a la vez, como ciencia, la psicología diferencia entre los dos conceptos:

- *Ansiedad*: reacción emocional (que se refleja en respuestas fisiológicas como tensión, malestar, sudoración...) producida por la percepción y anticipación de un peligro o amenaza real o imaginaria.
- *Temor o miedo*: tensión ante una causa real en el momento.

El autor realiza esta aclaración porque, como explica, puede existir un malestar (miedo, tensión) en el paciente a pesar de que la situación no sea 'realmente' amenazante. Por ello, se debe tener presente que el paciente lo está pasando mal de verdad, aunque dicha situación no lo requiera o a nosotros no nos lo parezca (por ejemplo, una simple revisión dental de rutina). Como se verá más adelante, este detalle en cuanto a la comprensión por nuestra parte, como profesionales, del proceso que está sufriendo el paciente, es fundamental para poder implementar soluciones adecuadas a su caso. En el miedo interviene más la interpretación que cada uno hacemos de una situación que de la situación en sí misma. (5).

Otros autores definen el miedo como una forma de ansiedad anticipatoria hacia un peligro que es desconocido (otros definen estos peligros como conocidos o percibidos (10)), relacionado con un sentimiento de indefensión o impotencia en una situación que previamente se etiqueta en la mente como traumática, ya sea consciente o inconscientemente (6). Se trata de una emoción considerada inevitable e indispensable para la vida, que conlleva fenómenos fisiológicos de lucha o huida, y que puede llevar a una persona a una situación incapacitante o limitante, por evitar o escapar de experiencias que no son 'realmente' peligrosas, mermando de forma significativa su bienestar y el normal desarrollo de su vida (10, 12). Es un sentimiento o respuesta biológica, por tanto, desagradable, sobre algo que se percibe como dañino, nocivo o amenazante (11, 13).

Como vemos en las definiciones que se exponen en la literatura, la línea que separa el concepto de miedo y ansiedad en ocasiones es muy tenue. Unos autores dejan clara

la diferencia entre ambas, en el aspecto temporal (ansiedad: orientado al futuro; miedo: orientado al presente), y otros, sin embargo, dan definiciones muy parecidas para ambas entidades. Como veremos más tarde con la ansiedad y el miedo dental en concreto, ahí ya se emplean en general incluso como sinónimos.

En cuanto a la ansiedad, nos podemos encontrar con distintos grados:

- *Ansiedad adaptativa*: se refiere a un grado de activación normal, necesario para poder afrontar de forma efectiva una situación desconocida o que entrañe riesgos. Nos prepara para poder poner nuestros recursos a nuestra disposición y solucionar o enfrenar la situación de la forma más efectiva posible.
- *Ansiedad media-alta*: en este caso la ansiedad es menos adaptativa, ya que es tan alta que no nos permite utilizar nuestros recursos al cien por cien, pero tampoco es tan alta como para huir de la situación. Se afronta, pero experimentando más ansiedad de la que la situación en sí requiere.
- *Ansiedad incapacitante-bloqueante (el caso de la fobia dental)*: la ansiedad y el miedo son tan altos que la persona no se siente capaz de afrontar la situación y, por tanto, evita tener que hacerlo en la medida de lo posible. Estas personas, en el contexto dental, prefieren perder todas sus piezas dentales y/o seguir con dolor antes que visitar a un dentista. Lo más frecuente es que nos encontremos con este paciente en una situación bucodental muy decadente y desmejorada, o, lo normal, es que ni siquiera nos lo encontremos en consulta, debido a esa evitación (5). Las fobias se basan en un temor tan fuerte que éste interfiere con la rutina de vida de una persona (su trabajo, estudios, bienestar, cuidado personal, relaciones sociales...) (14).

## Ansiedad y miedo dental

Cualquier persona que nunca haya tenido la experiencia de acudir a un dentista, cuando lo hace por primera vez, normalmente se encuentra ansiosa y con cierto grado de aprensión por el nuevo ambiente e instrumental y por la experiencia desconocida en general. Por ello en la primera visita es fundamental que el equipo odontológico se esfuerce en que esa persona se lleve una impresión positiva y su actitud hacia la odontología sea lo mejor posible, de manera que sus siguientes citas sean agradables y no una causa de malestar y preocupación (15).

Como se adelantó previamente, los términos "ansiedad dental" y "miedo dental", (incluso "fobia dental"), se usan a menudo indistintamente en la literatura odontológica, ya que se refieren a condiciones que incluyen pensamientos y creencias negativas del paciente hacia el entorno odontológico, así como emociones fuertes y desagradables asociadas a la experiencia dental (7, 16, 17, 18). Se trata de estados emocionales que se caracterizan por un marcado temor y una respuesta de ansiedad cuando el individuo es expuesto al cuidado dental, lo cual le lleva a sufrir un intenso estrés y/o evitación de la situación (6). Ambas entidades evocan respuestas físicas, cognitivas, emocionales y conductuales en el individuo (10). Estos estados psicológicos se basan en

la creencia o pensamiento de que algo espantoso está a punto de ocurrir en relación al tratamiento que se va a recibir, ya sea dolor, daño tisular, asfixia... (esto difiere según el paciente) (18).

Algunos autores definen la **ansiedad dental** como un sentimiento de aprensión frente al tratamiento dental no necesariamente relacionado con un estímulo específico, mientras que el **miedo dental** es una reacción emocional normal hacia uno o varios estímulos amenazantes específicos del entorno dental. Uno de los hallazgos más consistentes es que los pacientes no ansiosos hacen predicciones precisas y realistas del grado de malestar que van a sentir durante la cita, mientras que los pacientes ansiosos se imaginan o esperan más dolor o incomodidad del que luego experimentan en realidad (7).

Hay autores que diferencian el término *ansiedad dental* con el de *estado de ansiedad*, que se refiere a la ansiedad en el momento presente, una respuesta específica a cada etapa del tratamiento (en comparación con otras definiciones dadas, ésta se correspondería con la de *miedo dental*). La evidencia acumulada ha revelado que la ansiedad dental está asociada con dicho estado de ansiedad y el dolor de los procedimientos dentales (9).

**ANSIEDAD DENTAL**: La ansiedad dental se define como una expectativa angustiosa, sensación de aprensión o respuesta específica al estrés frente a una visita al dentista, no necesariamente conectada con un estímulo externo específico, hasta el punto de que una persona puede llegar a evitar o cancelar dicha visita, o negarse rotundamente a recibir el tratamiento, aun siendo consciente de que lo necesita y es bueno para su salud (9, 15, 19). La ansiedad se asocia a las creencias de que visitar el dentista es indisoluble a sufrir, al dolor o a experiencias desagradables. Se relaciona con una percepción incrementada del dolor (afecta al umbral del dolor del individuo) y por tanto estos pacientes pueden experimentar más dolor y de más duración de lo que cabría esperar. Además, también tienden a exagerar el recuerdo del dolor pasado (10). También la definen como un *miedo* (una vez más vemos como ambos conceptos se entrelazan) persistente e incontrolable a acudir al dentista, a los tratamientos dentales y al entorno odontológico en general (11, 16). Este miedo se basa en la creencia de que va a ocurrir algo terrible en relación a la atención bucodental, o que va a sufrir un dolor o incomodidad que no va a ser capaz de soportar (20). No siempre tiene por qué ser temor a un daño físico relacionado con el dolor, también puede existir preocupación por sufrir asfixia, no poder tragar, e incluso por los posibles juicios o reprimendas por parte de los profesionales.

Es un factor limitante, ya que puede llegar a mermar la calidad del servicio recibido debido a la dificultad por parte de los profesionales para manejar a este tipo de pacientes y el carácter irregular de las visitas de seguimiento o mantenimiento que hace que el pronóstico de los tratamientos empeore (11, 21). A veces esta ansiedad es evidente, y otras veces los pacientes pueden esconderla, sufriendo internamente mientras reciben el tratamiento, los días antes a acudir a la cita, o simplemente evitando la situación por no afrontar su miedo (21).

**MIEDO DENTAL:** El miedo dental normalmente indica una reacción emocional desagradable hacia un estímulo específico que genera temor y que ocurre en situaciones asociadas al tratamiento dental (10, 18). Se puede manifestar a nivel físico de diferentes maneras antes y durante la realización del tratamiento dental, en términos de incomodidad o sensaciones desagradables diferentes al dolor, como sentir náuseas o arcadas, malestar general, mareos o tensión muscular (17).

**FOBIA DENTAL:** La fobia es un miedo intenso, poco realista y persistente hacia un estímulo específico, llevando a una completa evitación del peligro percibido o a una angustia significativa si finalmente se somete a la exploración o procedimiento temido. Representa un tipo severo de ansiedad dental caracterizado por una marcada y constante preocupación en relación a situaciones u objetos claramente diferenciados (por ejemplo, situación: aplicación del anestésico; objetos: aguja), o situaciones dentales en general (14). El término *odontofobia* se acuñó al miedo irracional y arrollador al entorno dental asociado con sensaciones intensas de tensión, terror, agitación, inquietud y ansiedad. Las personas que la sufren pueden manifestar comportamientos disruptivos cuando reciben algún tipo de tratamiento o consulta, oscilando entre un nerviosismo muy patente y que dificulta la atención y, en casos avanzados, con rabietas o berrinches (más típico en menores). En casos extremos, pueden negarse rotundamente a recibir el tratamiento, abandonando la consulta, incluso cuando están experimentando fuertes dolores que se podrían aliviar con el procedimiento pautado del que rehúyen. Se ha incluido dentro de los diagnósticos de fobias específicas de acuerdo al Manual Diagnóstico-Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM IV y V), con más precisión dentro del apartado de fobias relacionadas con agujas/inyecciones/sangre y daños tisulares (10, 22); y también figura en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados (ICD-10) (10).

### Consecuencias

Se ha demostrado que el miedo y la ansiedad hacia el dentista y la odontología en general son aspectos importantes que contribuyen a evitar el cuidado dental (10). La evitación a la hora de asistir a la consulta del dentista se considera la principal consecuencia de la ansiedad dental (18), considerándose una barrera importante para recibir atención bucodental con regularidad (21). Mostrar una conducta de no adherencia al tratamiento se encuentra muy asociado a este tipo de ansiedad, lo que constituye uno de los elementos que más se asocian a este fenómeno psicológico, el cual, a su vez, se considera incluso como fuerte predictor de alta ansiedad (3).

Por tanto, el miedo dental constituye una de las principales variables responsables de la evitación a la atención odontológica. Dejar de ir al dentista, puede provocar la evolución a un estado de gravedad de un problema bucal simple, que con el paso del tiempo puede requerir un tratamiento más especializado, eventuales procedimientos invasivos, y muchas veces lleva a destrucción y pérdida de los dientes, además de un mayor coste económico para su ejecución (19).

Este tipo de emociones pueden afectar a la calidad de vida, impactando en el bienestar psicológico, fisiológico, social y emocional de la persona que las sufre (23).

La ansiedad dental genera cuadros de estrés durante la consulta odontológica, alterando el comportamiento del paciente, y en otras ocasiones llevando a la cancelación de citas programadas, un mayor tiempo de espera entre citas y un considerable aumento en la complejidad de los procedimientos odontológicos (24).

El impacto de la ansiedad y el miedo sobre la atención dental de los pacientes es uno de los principales problemas a los que se enfrenta el odontólogo ya que el comportamiento poco colaborador de estas personas representa un desafío en la práctica diaria. Tiene un impacto significativo tanto en el paciente como en quien brinda la atención sanitaria, llegando a entorpecer el correcto desempeño del profesional, cuando éste no está entrenado en el adecuado manejo de estos pacientes (8).

A continuación se desgranarán las consecuencias más comunes, tanto directas como indirectas, en torno a esta problemática:

### Consecuencias relacionadas con el paciente

La ansiedad dental puede afectar a la vida de quien la sufre de múltiples maneras (10).

- **Deterioro de la salud oral:** la presencia de ansiedad dental se relaciona estrechamente con un empeoramiento progresivo de la salud bucodental de los pacientes (1, 3, 14, 16, 25). Éstos suelen presentar mayor número de dientes perdidos y cariados, y un menor número de dientes tratados o empastados (16,20), así como mayor número de piezas con afectación periodontal (6,10). También se han observado mayor número de lesiones perirradiculares y de pérdida ósea en estos pacientes en comparación con los que no sufren de ansiedad y miedo dental (26). La ansiedad dental tiene un efecto causal directo en el deterioro de las estructuras bucales, por lo que la no adherencia al tratamiento debe constituir el principal aspecto a tener en cuenta para establecer esta relación (3). La ansiedad dental se considera entonces un potente predictor de riesgo de caries. Existe una evidencia clara de que la ansiedad dental genera una disminución del estado de salud oral del individuo (14).
- **Deterioro de la salud general (27):** como consecuencia del deterioro de la salud oral. Es bien sabida la relación indisoluble de todas las estructuras corporales entre sí, y especialmente la influencia de la salud oral con la salud general, como puede ser con la salud cardiovascular, la diabetes, alteraciones en la masticación que pueden derivar en problemas digestivos, dolores y contracturas musculares por desequilibrio oclusal y masticación disfuncional... Incluso en casos extremos, una infección oral puede llevar a sepsis generalizada o a angina de Ludwig, potencialmente mortal.
- **Consecuencias psicosociales (1, 3):** la ansiedad dental se asocia con un deterioro cognitivo y social (16, 27),

agresividad, tensión, inestabilidad emocional (27), así como pensamientos negativos y creencias preexistentes que se pueden ver reforzadas por la experiencia o comentarios externos (10). Estas consecuencias están relacionadas en ocasiones con un aislamiento social del individuo como resultado de su deterioro bucal. A veces los pacientes refieren información falsa para ocultar o enmascarar la verdadera realidad de su salud bucal, lo cual les lleva a desarrollar o perpetuar su baja autoestima, complejos de inferioridad o vergüenza. Los pacientes con alta ansiedad pueden tener baja satisfacción en relación con su estética facial (incluyendo boca, dientes, encía y cara), pues tener unos dientes sanos y bonitos, con apariencia saludable, constituye una de las normas aceptadas en la sociedad moderna, un requisito para tener buen aspecto y éxito (3).

- **Baja autoestima, poca seguridad en uno mismo, vergüenza:** éstas pueden jugar un doble papel, parte como causa preexistente y como consecuencias derivadas del sentimiento de baja autoeficacia al culparse por no verse capaz de enfrentar el problema, o en relación a su estado de salud oral y su estética deficiente (en estrecha relación con el punto anterior) (6, 16, 25).
- **Calidad de vida/bienestar:** deriva de los factores que estamos mencionando, es especial por el deterioro en la salud oral, que condiciona dificultades en la masticación, dolores, infecciones recurrentes, malestar, problemas digestivos; y en cuanto a las relaciones sociales (3, 23, 25). Queda patente que las consecuencias de la ansiedad dental pueden extenderse más allá de las implicaciones bucales, pues también pueden tener potencial para afectar la calidad de vida de un paciente (3).
- **Alteraciones del sueño (13, 27):** normalmente por malestar y episodios de dolor, incluso por inquietud emocional. Puede influir de forma significativa en su día a día y en las relaciones personales y laborales (10).
- **Automedicación reiterada y excesiva (10):** en aras de solventar los episodios agudos de dolor o infección, recurren a medicación, incluso por su cuenta, muchas veces de forma excesiva e irregular. Especialmente existe un abuso de consumo de antibióticos y analgésicos. Llegan en ocasiones a probar distintos tipos de analgésicos, dado que llega un momento que hasta los más fuertes no les hacen efecto.
- **Higiene deficiente:** estos pacientes suelen mostrar peor higiene oral, probablemente por la dejadez o la falta de información al respecto (25). La presencia de una mala salud bucal y una emoción negativa hacia ésta, facilitarían una perpetuación del ciclo de negligencia del cuidado de la salud bucal (26).
- **Conducta de evitación:** el paciente evita acudir al dentista, incluso cuando lleva tiempo sufriendo dolores o dificultades en su vida diaria (p.e. con la masticación, la estética...). En casos severos, algunos pacientes refieren no haber acudido en su vida a un dentista. (13, 25, 27).
- **Consecuencias laborales y educativas:** ausencias al trabajo y al centro de enseñanza por procesos dolorosos o infecciosos agudos; problemas derivados de las alteraciones del sueño y el estado emocional, de sentimientos

de autoeficacia y autoestima, ya sea en cuanto a rendimiento o relaciones con compañeros (6, 10, 27).

### **Consecuencias relacionadas con la atención bucodental**

- **Visitas irregulares / actitud de no adherencia al tratamiento:** Poseer cualquier nivel de ansiedad al tratamiento estomatológico constituye un riesgo potencial a la no adherencia al tratamiento (3,14). El paciente ansioso puede fallar a las citas, posponerlas, y de esta manera alargarse en el tiempo el procedimiento a seguir, con el consiguiente empeoramiento del pronóstico de dicho tratamiento, incluso en ocasiones derivando en extracciones dentales por la evolución de las patologías dentarias, como caries y enfermedad periodontal, en las cuales si no se toman medidas rápidamente y se modifican los hábitos que las generaron, siguen su curso y acaban derivando en la posible pérdida de las piezas afectadas (23, 25). Se observa principalmente una dificultad para asistir a la consulta y recurriendo a recibir tratamiento exclusivamente en muchos casos sólo cuando se dan episodios dolorosos agudos, como eventos de urgencia, lo que impide que se detecten a tiempo procesos patológicos de gravedad diversa. En relación con la última visita realizada, los investigadores plantean que los pacientes con alta ansiedad pueden estar entre 5 y 10 años sin visitar al dentista (3).
- **Incremento en la importancia o complicación del tratamiento dental a seguir:** consecuencia a su vez del deterioro progresivo que sufre el paciente al postergar las citas. El no acudir a citas de revisión rutinaria o cuando la sintomatología aún es leve, hace que patologías de fácil solución incluso con medidas preventivas no tengan cabida, y los pacientes acudan cuando los tratamientos son más complejos, invasivos y costosos económicamente. Este hecho puede exacerbar aún más el miedo del paciente, llevándole a verse inmerso en un círculo vicioso del que le es complicado salir. Las partes de este ciclo incluyen la evitación, ya mencionada, incrementando el grado de problemas dentales hasta el punto que no se pueden ignorar más, por lo cual acaba yendo a la consulta, probablemente necesite tratamientos más ansiógenos y desagradables, y si además se queda con la sensación de que los profesionales le reprimen por la carencia de higiene o responsabilidad en el cuidado de su boca, esto puede llevar a sentimientos de vergüenza o inferioridad, que también influyen en la evitación a asistir a la clínica dental en el futuro, cerrando el círculo y dando lugar a un bucle que si no se rompe de alguna manera puede hacerse eterno y muy perjudicial para la salud y bienestar de la persona (10, 16, 23, 25, 28).
- **Alteraciones fisiológicas relacionadas con el miedo:** en el momento de recibir el tratamiento, incluso antes, durante las horas previas, el día anterior o en la sala de espera, estos pacientes pueden sufrir sensaciones corporales desagradables derivadas de la ansiedad, que en ocasiones pueden convertirse en un círculo vicioso si las propias sensaciones les agobian al sentirlas, como son: aumento en el ritmo cardíaco, sudoración incrementada, inquietud, malestar abdominal, tensión muscular

o temblores (10). Durante el tratamiento, pueden seguir expresando el estrés que sufren con la tensión muscular, sensibilidad aumentada, baja concentración a las indicaciones del profesional, sensación de ahogo o asfixia, o reflejo nauseoso aumentado. En el caso de los pacientes menores, sobre todo de corta edad, generalmente expresan su miedo a través de su comportamiento, por ejemplo, con el llanto, la negativa a abrir la boca, o pataleos en el intento de evitar el tratamiento dental (19).

- **Sensaciones corporales postratamiento:** se han descrito sentimientos o sensaciones de agotamiento o cansancio después de la cita dental (10, 26), probablemente por el alto nivel de tensión muscular y mental que sufrían mientras recibían el tratamiento. Como se comentará posteriormente, la ansiedad también puede influir en la percepción del dolor posterior a la intervención realizada.
- **Elección del tratamiento:** suelen elegir el tratamiento más sencillo y rápido, aunque ello implique la pérdida de una pieza dental, con tal de no tener que asistir de forma reiterada al odontólogo. Muchas veces prefieren una técnica a corto plazo aunque sea invasiva en lugar de un tratamiento más duradero y conservador, sólo por el hecho de que implique más consultas (el costo económico también está relacionado con este tipo de elección) (23,26).
- **Consecuencias económicas:** por una parte para el paciente, al tener que realizar tratamientos más complejos y, por tanto, más costosos. Esto le puede disuadir todavía más a la hora de seguir el cuidado dental recomendado (es otra de las razones más frecuentes que dan los pacientes para no acudir al odontólogo, el tema económico); por otra parte para el sistema de salud público, al acudir de forma reiterada a consultas de urgencia por procesos agudos, medicación de forma repetitiva para procesos infecciosos recurrentes, y por citas pospuestas o fallidas también de forma reiterada (25); por último para los profesionales de las clínicas particulares, al tener que implementar más tiempo en manejar a este tipo de pacientes en comparación con individuos colaboradores, o derivadas de las anulaciones o visitas fallidas (18).
- **Dolor:** la ansiedad dental se ha considerado un predictor significativo de dolor antes, durante y después del tratamiento, debido a una disminución del umbral del dolor y una sensibilidad general más acusada (29). También se comenta que estos pacientes muestran un decreciente grado de percepción del dolor, en el sentido de que llegan a 'acostumbrarse' a los procesos dolorosos; prefieren eso antes de tener que pasar por la visita al dentista (como dato curioso: un paciente con fobia dental puede llegar a sufrir un promedio de 17.3 días de dolor antes de consultar a un odontólogo (14)). La ansiedad pretratamiento influye normalmente en el nivel de dolor postoperatorio experimentado y en la recuperación. (27) También pueden exagerar su recuerdo del dolor percibido (10).
- **Relación paciente-profesional:** el miedo dental, con sus consiguientes manifestaciones, podría afectar a la relación entre el paciente y el equipo dental, creándose un clima de tensión que, si el profesional no está preparado, puede llegar también a generarle estrés, y dar lugar a efectos tan indeseables como diagnósticos erróneos, in-

completos, retrasos durante el proceso de tratamiento y resultados poco satisfactorios (18, 28). Manejar a estos pacientes puede llegar a ser estresante para el equipo dental debido a la cooperación reducida, comportamientos disruptivos de diversa índole, requiriendo más tiempo de tratamiento y recursos, resultando a veces en una experiencia desagradable para todos los implicados (10, 13). Son pacientes a menudo más difíciles de tratar (13), ya que la ansiedad entorpece el manejo de estos pacientes en la atención dental (14). El miedo también puede afectar a la calidad de la atención odontológica recibida por el paciente, requiriendo más tiempo para la atención. De hecho el trato de pacientes con miedo es uno de los aspectos más estresantes de la práctica profesional del odontólogo (19). Un paciente ansioso dificulta el tratamiento, pues suele amplificar tanto los síntomas como las sensaciones de dolor, que no coopera adecuadamente, y como resultado, ambos, paciente y profesional, terminan estresados e insatisfechos, por lo cual se posterga el restablecimiento de la salud bucal (29). Más adelante se verá que la responsabilidad no sólo es del paciente, de hecho un manejo adecuado por parte del profesional puede cambiar radicalmente el rumbo de una consulta en principio difícil.

- **Conductas y comportamientos inadecuados:** estas manifestaciones pueden desencadenar importantes conflictos a la hora de realizar el tratamiento odontológico por la aparición de conductas o comportamientos inadecuados, que van desde desconfianza a episodios de agresividad (30).
- **Diagnósticos erróneos:** se han sugerido en el contexto de una relación dentista-paciente tensa o tirante, derivadas del estrés que por su parte pueda sufrir el profesional si no dispone del entrenamiento e implementación de las técnicas adecuadas para manejar a estos pacientes y sus propias emociones (10).
- **Diagnósticos tardíos:** de patología oral incapacitante que conlleve pérdida de piezas dentarias, hasta casos más graves de lesiones premalignas o incluso malignas en la mucosa oral, tejidos periorales y tejidos óseos maxilares. El hecho de no acudir de forma regular a revisiones periódicas al servicio de salud bucodental, o por falta de adherencia a los tratamientos por motivo del miedo o ansiedad dental, en algunos casos puede implicar que estas lesiones se diagnostiquen de forma tardía, con importantes consecuencias para la salud general del paciente (27).
- **Satisfacción del paciente con el tratamiento recibido y la atención por parte del equipo dental:** ésta puede verse influenciada por la ansiedad dental y los pensamientos negativos previos que la acompañan, aunque hay estudios que no acaban de arrojar una relación significativa entre el miedo dental y la satisfacción del paciente (17). Los sujetos con miedo al dentista, en especial con miedo extremo, presentan más quejas sobre el dolor, la ineficacia de la anestesia local y la atención recibida por el dentista. Es más probable que este perfil de pacientes no estén satisfechos con el tratamiento realizado, expresando opiniones negativas acerca de los profesionales que les atienden, por lo que

su adecuada atención supone un reto debido a esta desconfianza que acompaña o se deriva de la ansiedad (26).

## Prevalencia

A pesar de los grandes avances en la práctica y el conocimiento científico en odontología, en cuanto a materiales, prevención y tratamiento de patologías orales, incluyendo la cada vez mayor conciencia de la relevancia del manejo conductual y el papel del estrés y de la ansiedad en los tratamientos dentales, la 'odontofobia' y, en general, el miedo al dentista, no ha descendido significativamente durante las últimas décadas (1, 5, 23). La ansiedad dental es una emoción y una gran complicación que es prevalente en todo el mundo y no se puede limitar a un país o población en particular, de hecho se presenta de manera similar tanto en países subdesarrollados como desarrollados, siendo una de las situaciones más temidas por el ser humano (3), y puede ser vista tanto en adultos como en niños (27, 30).

Resulta difícil dar un dato exacto de prevalencia de la ansiedad dental, por un lado por los insuficientes estudios al respecto y la gran variabilidad de metodologías y resultados entre ellos (20). Más en concreto, los datos en pacientes jóvenes son particularmente escasos (22), así como los que estudian los cambios a lo largo del tiempo en el nivel de ansiedad (31). La gran variación en los datos no sólo se debe a los diferentes niveles de ansiedad posibles, también a factores como la edad, el sexo, la cultura y otras variables sociodemográficas (6, 25, 27, 31).

Pese a la gran variabilidad de cifras, repasando la bibliografía reciente se pueden llegar a una serie de conclusiones:

- La prevalencia mundial de la ansiedad en adultos sigue siendo significativa, aunque variable según la muestra (va del 5 al 60%) (25, 31). Algunos estudios aseguran que alrededor del 15% de la población adulta sufre una ansiedad dental significativa o importante (22).
- Un dato a tener en cuenta es la alta prevalencia de desórdenes de ansiedad y depresión en la población general, por lo tanto entre los pacientes que acuden a una clínica dental, y que puede influir en la manifestación de conductas de miedo y ansiedad durante el tratamiento derivadas de ese cuadro o rasgo general de ansiedad. En otros casos, los pacientes presentan una ansiedad específica al entorno dental, incluso fobia, y que se ha estimado entre el 10 y el 30% de la población, dependiendo de la muestra (6).
- La prevalencia del miedo y la ansiedad es más alta en edades tempranas, es decir, es mayor en niños más pequeños que en niños con más edad. Por tanto, existe una correlación significativa a la inversa entre edad y nivel de ansiedad (2, 32, 33). Así, el miedo dental disminuye con el incremento de la edad y la experiencia (27, 34). Los niños y los niños mayores son menos miedosos que las niñas y los niños más pequeños (8, 35). En niños mayores, el sexo no es un factor importante en el desarrollo de la ansiedad (19).
- La ansiedad dental parece ser más común en niños y adolescentes que en pacientes adultos (2). En la mayoría de los estudios longitudinales, el miedo dental aumentó

entre los adultos jóvenes y disminuyó entre los adultos mayores. El miedo aumenta más entre los 30 y 34 años y disminuye en los grupos de edad más avanzada (31, 33). Por tanto, la ansiedad dental decrece con la edad no sólo en la infancia, también entre los adultos (27).

- En cuanto al miedo extremo o fobia, las cifras de prevalencia son muy bajas, del 1 al 5% de la población, según el estudio consultado (22, 26).
- La prevalencia estimada de ansiedad dental en la juventud es más variable, yendo desde el 5 al 20% (22).
- La evidencia sugiere que muchos adultos con ansiedad dental desarrollan su miedo en la infancia y la adolescencia (22). El 50% de los individuos con miedo extremadamente alto al dentista reportan miedo dental originado en la infancia (34).
- Los padres de niños que presentan ansiedad dental también presentan una alta incidencia de ansiedad dental (14).
- Existen encuestas y estudios que revelan que las mujeres tienden a expresar más ansiedad dental que los hombres (23, 27, 31), pero no existe consenso al respecto (11). Estas diferencias podrían deberse, no a que ellas tengan más ansiedad dental que el sexo masculino, si no que aún está mejor visto que la mujer exprese sus emociones, al contrario que en el caso de los hombres, sobre todo en algunas culturas.
- Las estadísticas muestran que la gente de grupos de estatus socioeconómicos bajos refieren mayor nivel de miedo dental que los que vienen de grupos socioeconómicos altos (36).
- El miedo dental disminuye más a menudo que aumenta. En un estudio de seguimiento de pacientes entre 2000 y 2011, para la mayoría de los participantes el miedo dental se mantuvo estable. Los cambios en el temor de acudir al dentista fueron similares entre hombres y mujeres. Las mujeres tuvieron más miedo que los hombres, pero los cambios en dicho miedo en el tiempo fueron similares (31).

## Causas

El miedo hacia el entorno y el tratamiento dental tiene un origen multifactorial y muchos de los elementos causales implicados han sido identificados (5, 7, 10, 18, 21, 37, 38) y son muchos los estudios que han abordado esta temática (14). Normalmente dicho temor responde a un conjunto de causas y no a una sola de forma aislada.

En ocasiones, las personas no son conscientes de esos factores relacionados con su miedo, por lo que se dice que hay veces en que las razones del miedo no se identifican o son desconocidas, lo que lleva a que aumente ostensiblemente la angustia de la persona que lo está manifestando (14), por la sensación de impotencia y de baja capacidad de lidiar con sus emociones.

En primer lugar, el miedo o ansiedad dental provienen de una creencia o pensamiento subjetivo de la existencia de

un peligro o amenaza para la vida, seguridad o integridad física del individuo (14). Estos pensamientos existen en la mente de la persona de forma inconsciente desde la niñez, ya sea por herencia de las creencias o experiencias vividas en la familia o por creencias enquistadas en la sociedad en la que vive. Estos asuntos se tratarán con más profundidad en un apartado posterior.

Como ya se ha señalado, el miedo genera un estrés en el individuo creado en respuesta al ambiente o tratamiento dental donde el estímulo precipitante podría ir de una causa específica y que la persona identifica concretamente (por ejemplo, la aguja) hasta algo difuso, inespecífico e inexplicable por parte de la persona, causa que aún permanece en su inconsciente esperando a ser revelada (27).

El miedo a estas situaciones está tan extendido en la sociedad que en cierto modo se considera, sobre todo en jóvenes, como una parte normal del desarrollo. Sin embargo, cuando este temor da lugar a un sufrimiento intenso en el contexto de un tratamiento, o incluso a algo tan inocuo como una revisión de rutina, ese temor "normal" se torna en una ansiedad dental significativa y, en casos extremos, en una fobia dental, lo cual, como se describió previamente, puede generar un impacto muy negativo en el bienestar y la vida de la persona (22).

La investigación existente sugiere un complejo conjunto de factores que conducen al origen y desarrollo de la ansiedad dental y, también, factores que contribuyen al mantenimiento de esta emoción (22). Se acepta que este miedo suele gestarse ya en edades tempranas, incluso antes de haber tenido una experiencia directa en una consulta dental. Las razones pueden relacionarse con la personalidad (ser una persona miedosa en general, por ejemplo), con las experiencias previas en el entorno médico o dental, el miedo dental de los familiares y del entorno del niño o niña, incluso se consideran factores a tener en cuenta, aunque con más controversia al respecto, la edad actual y el género (34).

El conocer a fondo las causas posibles y los factores relacionados, no sólo nos ayudará a comprender y tratar al paciente que se presenta en la consulta con un miedo ya instaurado, si no también a prevenirlo, en la medida de lo posible. Asimismo, la detección temprana de la causa del miedo es la clave para solventar este problema tan frecuente en las consultas (34). Como la causa incluye varias dimensiones que, al unirse y relacionarse entre ellas, dan lugar a estas manifestaciones de miedo y ansiedad, aunque en algunas los profesionales de la salud oral no tenemos los medios para incidir y evitarlas (no está en nuestras manos, por ejemplo, evitar que personas del entorno del paciente le cuenten sus experiencias negativas, es algo imposible de controlar), hay otras, sin embargo, en que sí tenemos la responsabilidad de actuar, como puede ser en evitar descuidos de la práctica diaria (39) traducidos en comentarios que no vienen a cuento, poco tacto a la hora de tratar a un paciente ansioso que a simple vista no hemos detectado, o juicios y regañinas que pueden generar vergüenza y otros sentimientos desagradables en los pacientes. Los profesionales dentales estamos tan acostumbrados a la práctica bucodental que olvidamos que abrir la boca y exponer una parte tan íntima y sensible ante un casi o completo desconocido puede resultar violento e incómodo, por lo que nunca de-

beríamos olvidarnos de ponernos en el lugar de la persona que estamos atendiendo; aunque el acto de sentarse en el sillón sea para nosotros algo tan cotidiano, para la gran mayoría de los pacientes es algo excepcional y como mínimo, genera algo de inquietud. Dedicar tiempo a establecer una relación de confianza con los pacientes, de forma individualizada, evaluando los factores involucrados en su ansiedad dental en concreto (40), antes de proceder al tratamiento dental, es algo que tanto a corto como a largo plazo agradeceremos nosotros como profesionales y ellos como beneficiarios de nuestro servicio (39).

### **Factores relacionados con el origen del miedo**

Las vías de adquisición del miedo dental pueden ser de carácter endógeno o exógeno, es decir, las influencias que pueden llevar a su desarrollo pueden ser internas, externas o una mezcla de ambas (21). De igual manera, Weiner y Sheehan sugirieron que la ansiedad se puede clasificar en dos grupos (exógenos y endógenos), dependiendo de su origen. En el grupo de los factores exógenos, la ansiedad, en general, se origina por una experiencia dental traumática o desde un aprendizaje indirecto, mientras que si es de origen endógeno, se asume que el paciente es vulnerable de forma inherente a ciertos desórdenes, como puede ser la ansiedad generalizada, los miedos múltiples y la labilidad emocional. Esta clasificación viene a decir que todos los individuos con tendencia a manifestar ansiedad en general se muestran miedosos como resultado de condiciones intrínsecas (2).

#### *Factores Internos*

- *Fisiología humana y ansiedad innata.* La ansiedad y el miedo se consideran "un matrimonio indisoluble" y dos emociones primitivas que nos acompañan y nos han sido muy útiles desde el origen de la especie (tanto a nosotros como a los demás animales). De acuerdo a la teoría de la lucha o la huida, nuestra primera reacción al peligro involucra una activación simpática que se puede considerar como una etapa temprana de un síndrome general de adaptación en muchos animales, incluyendo al Homo Sapiens. Esta respuesta al estrés, descrita hace ya muchos años por Bernard y Cannon, involucra varios órganos y sistemas, incluyendo los sistemas nerviosos central y periférico, el sistema cardiovascular, el sistema endocrino y sistema inmune, así como el aparato locomotor o musculoesquelético, y produce cambios específicos fisiológicos y psicosomáticos a través de la liberación de varios mediadores químicos y neurotransmisores (las hormonas del estrés: adrenalina, noradrenalina y cortisol), que ayudan al organismo a prepararse para la acción. Todo ello desencadena la bien conocida centralización de la circulación (vasoconstricción y un incremento de la presión sanguínea, aumento del ritmo cardiaco y respiratorio) para asegurar el aporte suficiente de sangre al corazón, cerebro, pulmones, músculos esqueléticos y así facilitar las acciones necesarias para luchar o huir. Esto refleja la situación experimentada por los pacientes en el sillón dental cuando se sienten atemorizados por el profesional o el entorno odontológico, parecido en su inconsciente a un enemigo o

depredador, e incluso un “sacamuelas terrorífico” de los tiempos antiguos.

Un apunte interesante al respecto es el siguiente: los comportamientos sociales y defensivos en mamíferos, en primates especialmente, son controlados por estructuras cerebrales particulares y circuitos que han involucrado durante mucho tiempo tres etapas diferenciadas: la inmovilización, la movilización y el compromiso o combate social. Con la evolución, la respuesta del estrés se ha desarrollado en una amplia gama de comportamientos: luchar puede ser ahora una forma de expresar rabia y violencia, mientras que huir puede tomar la forma de un síncope vasovagal, la emergencia médica más común en la consulta dental. Esto se ha convertido en lo más común actualmente porque las respuestas de estrés son normalmente rápidas en lugares como la clínica dental, donde luchar o expresar ira se considera inapropiado para los adultos bien educados, no está bien visto expresar esas emociones. Vale la pena reseñar que los niños son menos propensos a experimentar síncope vasovagal porque tienden más a expresar la lucha contra el dentista si es necesario, e incluso contra los padres, cerrando el bucle de la reacción fisiológica ancestral.

En comparación con el resto de especies, el ser humano es capaz de sentir miedo o ansiedad, desencadenar todo el proceso fisiológico ya comentado, sólo con imaginarse el estímulo aterrador, algo que ni siquiera existe. El gran cambio en la conciencia humana y en las emociones y ansiedades de los humanos, probablemente empezó unos 100.000 años atrás, con un evento que algunos arqueólogos han llamado “Sapient Paradox”. El tema ha sido investigado por arqueólogos cognitivos, que combinan arqueología con neurociencias para estudiar la evolución de la conciencia en el género Homo y particularmente en el Homo Sapiens. Las formas humanas de ansiedad, incluyendo la ansiedad dental, pueden verse como una odisea que empezó en la prehistoria, cuando nuestros ancestros se enfrentaban muchas veces al día con el peligro, el dolor, el estrés y las respuestas relacionadas con la huida o lucha, además de con enfermedades, dolor de dientes y otro tipo emergencias dentales. Los animales claramente conocen el miedo, pero los seres humanos son a menudo reticentes a admitir que provienen del reino animal (y que tienen miedo, lo que ya en sí constituye una barrera o resistencia, no aceptarlo). Por otra parte, la ansiedad humana también implica un gran uso de memoria e imaginación con respecto a otros animales, siendo capaces de movernos hacia delante o hacia atrás en el tiempo, experimentar situaciones en nuestra mente y somatizarlas en el cuerpo, situaciones que realmente no están ocurriendo en el momento presente (40).

La ansiedad innata proyectada en el caso de la ansiedad dental tiene que ver con la supervivencia:

- Miedo a la pérdida de control y a la lesión de la cara y el cuello.
- Miedo a las “situaciones nuevas” que son interpretadas como peligrosas porque no sabe si será capaz de manejarlas o porque cree que puede correr peligro su vida o su integridad física. Es una emoción heredada de nuestros

antepasados como respuesta adaptativa y necesaria ante situaciones realmente peligrosas que tenían que afrontar. Ante estas situaciones, el ser humano desarrollaba una activación fisiológica que permitía preparar el organismo para la huida o la lucha: acelerando el ritmo cardiaco y bombeando sangre a las extremidades inferiores para así poder correr más rápido. Pero hoy en día, en el caso de la ansiedad en el entorno dental, este mecanismo de huida no es la solución, aunque sea la respuesta inconsciente y primitiva que el cerebro nos dicta. En cambio, sabemos que es una situación que debemos afrontar por el bien de nuestra salud (5), por tanto en este caso el ser humano se encuentra en una situación paradójica, su cerebro ancestral le incita una cosa, pero su mente racional le aconseja a hacer la contraria. Por ello en muchas ocasiones la persona entra en un bucle en el que no puede evitar su reacción de miedo, y se siente mal y culpable a la vez porque sabe que no debería sentirse así, lo cual puede empeorar la situación, con sentimiento de vergüenza y baja autoestima que no ayudan a superar esa ansiedad.

- *Herencia genética.* El papel de la herencia genética no parece muy clara, aunque hay estudios que indican que los factores de vulnerabilidad genética pueden interactuar con otros elementos etiológicos que causen fobia (36).
- *Edad.* La influencia de la edad podría ser explicada por la inmadurez del desarrollo psicológico en la etapa infantil. Según la teoría cognitiva del desarrollo de Piaget, los niños más pequeños, generalmente entre las edades de 2 a 6 años, no tienen la capacidad de hacer frente a los procedimientos dentales, por lo tanto podrían ser más propensos a la adquisición de miedos y problemas de manejo de conducta durante la visita al dentista (19). Aún así, la influencia de la edad sigue siendo un tema de debate (37).
- *Sexo.* El sexo tiene un efecto significativo sobre la severidad del miedo, algunos estudios muestran diferencias significativas, mientras que otros no, hay controversia (37).
- *Personalidad.* El “temperamento” en algunos estudios se considera un rasgo congénito estable y que afecta sustancialmente a la actitud hacia las situaciones novedosas o poco frecuentes (38). Personas que se consideran “nerviosas”, “miedosas” en general, rasgos que se consideran de personalidad que no dejan de ser otro tipo de creencias o etiquetas y que condicionan al individuo.
- *Percepción de la imagen personal.* Desórdenes psicológicos que cursan con baja autoestima, timidez generalizada, poca confianza en uno mismo, baja percepción de autoeficacia para afrontar problemas y nuevas situaciones, inseguridad acentuada (40). La propia percepción de uno mismo en relación al estímulo dental parece jugar también un importante papel, funcionando como moderador de la probabilidad de que alguien vaya a experimentar los eventos tempranos de aprendizaje que conduzcan a un desarrollo inicial de ansiedad dental (22). Se ha sugerido que el miedo a situaciones desagradables depende de factores de personalidad como

la apreciación personal o interpretación o consideraciones sobre la falta de control, lo impredecible, de lo que es desagradable o de lo que es peligroso (31).

- *Vulnerabilidad.*

- Pacientes con desórdenes emocionales, como la alexitimia, un complejo fenómeno en el que las personas tienen dificultades para identificar y expresar las emociones propias, y que tienen tendencia a sufrir ansiedad dental, debido a su vulnerabilidad general a sufrir desórdenes de ansiedad (14). También se consideran factores de riesgo de desarrollar una ansiedad dental alta el tener una sensibilidad muy marcada a la náusea, y una susceptibilidad a la ansiedad general en la juventud, aunque en el caso de la fobia dental el papel de estos factores es poco claro debido a la falta de investigación al respecto. Estos factores funcionarían como predisponentes de la misma manera que lo hace la alta sensibilidad al dolor, haciendo que la persona focalice su atención en estímulos muy concretos y amplificando sus propiedades negativas o aversivas. De hecho, se ha reconocido que la sensibilidad aumentada al dolor y la susceptibilidad a la ansiedad podrían estar relacionadas de forma intensa y, por tanto, cabría esperar que esta susceptibilidad marcada a la ansiedad jugara un papel importante en el desarrollo de una fobia dental. Esta susceptibilidad a la ansiedad está relacionada con percepciones específicas relacionadas con encuentros dentales tempranos que incluyeron trauma dental. Según esto, el papel que juega la sensibilidad a la ansiedad en el desarrollo de la fobia dental, se podría dar sólo en casos en los que se produjo un evento temprano concreto que constituyó un aprendizaje (22).

- Ansiedad generalizada. La ansiedad general se ha mencionado como un factor interno causando o predisponiendo a ansiedad dental (38).

- *Miedos generalizados.* La susceptibilidad y miedo en exceso a lo desconocido, la presencia de otro tipo de fobias simples, agorafobia...son más frecuentes en pacientes con alta ansiedad dental (lo cual no indica que sea la causa, aunque sí que pueden predisponer) (40). Se ha sugerido que los pacientes que tienen ansiedad dental sienten más temor hacia el dolor, particularmente dolor leve o menor, que los que tienen ansiedad dental baja, y se ven a ellos mismos teniendo menor umbral de tolerancia al dolor. Estas creencias pueden hacer que el individuo atienda de forma excesiva a las sensaciones físicas durante el tratamiento dental. El dolor es un fenómeno complejo y es más que una respuesta puramente basada en la fisiología. Estas personas que ven el miedo como algo particularmente negativo y que tienen una baja eficacia para manejarlo pueden ser más propensas a experimentar dolor dental como resultado de sus creencias, o por sugestión (22).

#### *Factores externos – Aprendizaje*

Los factores exógenos incluyen aquellos que dan lugar a un miedo condicionado (producido por experiencias previas desagradables o información sesgada negativa que condiciona al individuo, entre otras) (40).

El papel del aprendizaje en la etiología del miedo ya fue descrito por Rachman, que propuso un modelo de tres vías de adquisición del mismo (2,7):

1. Directa, a través del condicionamiento directo o clásico
- Indirecta a través de
2. Modelamiento o aprendizaje observacional
3. Información negativa o transmisión de información

Esta teoría ayuda a explicar por qué no todos los miedos son consecuencia de la exposición personal a experiencias traumáticas (2).

Es por ello que los profesionales de la odontología deben considerar este carácter multifactorial de la adquisición del miedo y la ansiedad para obtener una mejor comprensión de lo que le está ocurriendo al paciente (7).

Las experiencias negativas pasadas parecen ser la principal razón para el desarrollo de la ansiedad dental, ya sean situaciones en las que el paciente se ha encontrado en el pasado en primera persona, o las que ha observado en otros o que le han contado, todas ellas terroríficas desde el punto de vista del paciente, y que pueden resultar posteriormente en una reacción y un patrón de comportamiento cuando un estímulo determinado se desencadena (21).

#### *A) 1 - Condicionamiento directo o clásico → Experiencias previas negativas*

La teoría clásica condicionante explica el miedo adquirido como el resultado de experiencias previas negativas o traumáticas. En consecuencia, las experiencias negativas durante el tratamiento dental son posibles factores que promuevan la ansiedad (36,40).

Hay evidencia creciente que sugiere que esta vía de aprendizaje juega el papel principal en el desarrollo de la ansiedad dental (2, 22). Se ha sugerido que el miedo a situaciones desagradables depende de las experiencias previas de la persona (31). Ya en un estudio de 1983 se encontró que el 93% de los adultos con ansiedad dental actual o historia de ansiedad dental previa, referían al menos una experiencia dental dolorosa en el pasado. También había evidencia que sugería que los individuos con alta ansiedad dental eran más propensos a haber sufrido una experiencia dental previa muy dolorosa (22). Los factores relacionados con la historia dental, como la experiencia de caries, visitas dentales previas, patrones de visita, tipo de tratamientos previos realizados, juegan un papel significativo en la severidad del miedo dental (37). No es lo mismo haber realizado sólo revisiones, que tratamientos invasivos tipo extracciones dentales complejas; obviamente también depende de cómo se realizasen dichos tratamiento y de la actitud del equipo dental hacia el paciente.

Aunque es cierto que las personas que desarrollan ansiedad dental son más propensas a haber tenido una historia de trauma dental y experiencias con dolor que los que no tienen ansiedad dental, un número considerable de estos últimos también tuvieron experiencias similares de dolor

o eventos traumáticos en la consulta dental y no llegaron a desarrollar esa ansiedad o miedo (22), por lo que se intuye que se deben dar a la vez otro tipo de factores causales. La gente que no tienen miedo dental puede haber tenido experiencias dentales negativas, y viceversa; algunas personas con ansiedad dental y fobia pueden no ser capaces de recordar ningún incidente concreto traumático (no es necesario que se dé para que se desarrollen dichas emociones); en estos últimos casos formarían parte de la etiología del miedo los factores de condicionamiento indirecto (40).

Se encontró una correlación positiva entre la ansiedad incrementada y el número de visitas previas a otra clínica dental en las que se ha proporcionado algún tipo de tratamiento dental que no pudiera ser completado debido al miedo o a la inexperiencia del dentista en manejar a los pacientes, especialmente el caso de población infantil. Esta observación no resulta sorprendente ya que cualquier paciente con experiencias negativas pasadas sufre mayor ansiedad como resultado de la idea de tener que cambiar de clínica dental y verse otra vez en la tesitura de tener que encarar nuevamente la misma situación desagradable. Las experiencias dentales negativas son predictivas del miedo dental, en mayor medida que el haber sufrido una patología dental objetiva (2).

Algunos autores llegaron también a la conclusión de que las experiencias dentales objetivas parecen jugar un papel menor en la adquisición del miedo dental en niños, y se sugiere que las experiencias dentales subjetivas pueden ser más decisivas en el desarrollo de la ansiedad (2). Aclarando estos términos, se pueden entender las experiencias objetivas como procedimientos o experiencias realmente traumáticas o que se desarrollaron con dolor, por actuaciones en urgencias o procesos agudos, por ejemplo; las experiencias subjetivas serían eventos no traumáticos como las sensaciones normales de tacto, la sensación subjetiva de ahogo con el agua del equipo, o el simple hecho de acudir a la clínica, todo ello por condicionamientos indirectos previos o creencias de base. Sería por ejemplo la típica escena en que un paciente infantil que nunca ha acudido a una consulta dental, entra ya manifestando miedo con llanto y sensaciones desagradables, y se queda con ese recuerdo aunque objetivamente no hubiera ocurrido nada negativo.

En cuanto al momento en que suelen darse estas experiencias decisivas, múltiples investigaciones han concluido que los eventos que condicionan la presencia de ansiedad dental han ocurrido típicamente en la infancia o adolescencia temprana, lo cual sugiere que este periodo es crítico para el desarrollo de la misma (22, 23).

La regularidad de las visitas dentales también se ha postulado como un determinante en el desarrollo del miedo dental, ya que se encontró más alta en visitantes irregulares comparado con los sujetos que acudían regularmente a las revisiones (28), lo cual también se podría interpretar como una consecuencia del miedo.

Las experiencias previas negativas no siempre tienen por qué ser en el ámbito dental. Los pacientes con enfermedades sistémicas severas pueden tener un nivel más alto de ansiedad dental, relacionada con experiencias previas con sus enfermedades e intervenciones (40). Así, muchos

pacientes con fobia dental refieren malas experiencias en entornos médicos además de odontológicos (6). El miedo dental puede estar, por tanto, relacionado con el miedo hacia el cuidado médico en general. La exposición hospitalaria alta puede dar lugar al desarrollo de miedos médicos, y en consecuencia, miedo dental. Los niños con enfermedades crónicas que han sido sometidos a procedimientos invasivos pueden manifestar un miedo dental más pronunciado (38).

Lo que define una experiencia previa negativa, no sólo tiene que ver con el dolor o la incomodidad física (sensación de ahogo, mareos, desmayos... éstos producto de la expresión somática de la ansiedad (17)). Los pacientes también consideran relevante en este sentido el comportamiento inapropiado de los profesionales que brindan el cuidado dental, llegando a considerarse como un potente nocebo, capaz de generar sufrimiento psicológico para toda la vida (6). Los pacientes pueden sentir vergüenza por sentir que el profesional emite juicios hacia su persona, desconfianza por experiencias previas negativas (trato poco cuidadoso, promesas no cumplidas, información deficiente) (40), sensación de impotencia o indefensión, despersonalización en el trato, o puede haber malentendidos que se traducen en problemas personales con el dentista, lo cual puede generar ansiedad en visitas futuras (17). A veces, solamente con recibir un trato descortés por parte del equipo odontológico es suficiente para condicionar una experiencia desagradable, quizás no tanto como para adquirir una fobia dental, pero si contribuye a mantenerla (5). De acuerdo a lo anterior, se afirma que es un factor predictivo más relevante de ansiedad dental futura la naturaleza de la experiencia previa vivida que la edad a la que se experimentó (14).

También, los pacientes que han sufrido mucho dolor por grandes infecciones recuerdan estas experiencias y piensan que, si les ha dolido tanto, el tratamiento les producirá más dolor que no podrán soportar (5).

Un dato interesante y a tener en cuenta es que, en general, se ha encontrado que lo que parece diferenciar a los que desarrollan ansiedad dental significativa, de los que no, es que los que no la desarrollan tienen más experiencias no dolorosas o no traumáticas que a la inversa, anteriores a las experiencias dentales negativas. Es decir, sus primeras experiencias fueron positivas. En cambio, los que sufren ansiedad dental significativa, parece ser que tuvieron menos oportunidades de aprendizaje sin miedo antes de la experiencia dental negativa. En efecto, esto significa que las experiencias de aprendizaje tempranas juegan un papel particularmente importante en determinar la ansiedad dental. Si un individuo tiene varias experiencias positivas con el tratamiento dental antes de experimentar un tratamiento traumático o doloroso, las posibilidades de desarrollar ansiedad dental significativa disminuyen comparado con alguien que es inexperto o relativamente inexperto en el ámbito dental cuando lo primero que experimenta es la experiencia negativa. Dado que muchos individuos visitan por primera vez al dentista durante la infancia o la adolescencia, estas experiencias de aprendizaje es más probable que ocurran durante esa etapa de juventud, lo que explica por qué gran parte de la ansiedad

dental significativa se asocie con un comienzo en la niñez o adolescencia. Esto además significa que la atención temprana o precoz y regular debería servir para inhibir el desarrollo de la ansiedad dental, a menos que haya un daño dental muy temprano o enfermedad severa, o creencias previas ya instauradas de forma indirecta (22).

Un aspecto a tener en cuenta, ya con el objetivo puesto en la prevención, es que con experiencia continua, la respuesta del paciente mejora (esto va más orientado al paciente infantil), indicando desensibilización al estrés dental. Tanto es así, que la experiencia dental incipiente parece que desensibiliza al paciente pediátrico al entorno dental, permitiéndole distinguir con exactitud entre los procedimientos estresantes y no estresantes. Se ha mostrado así que el comportamiento de los niños y niñas mejora en las visitas dentales posteriores, y esto sugiere que la experiencia ganada por el niño durante las visitas previas le sirve de ayuda para reconocer los aspectos no amenazadores de las visitas y manejar los procedimientos dentales más estresantes (7).

Se ha llegado a la conclusión, por tanto, de que cuantas más citas dentales no invasivas tengan los niños antes del tratamiento dental, menos ansiedad tendrán. Cuantas más citas de tratamiento invasivo tuvieron en el pasado, peor comportamiento exhibieron en posteriores visitas. Los niños que son sometidos a extracciones dentales desarrollan mayor miedo dental que los que se han realizado sólo tratamientos conservadores (obturaciones, tartrectomías) o ningún tratamiento previo (38).

En definitiva, una mala experiencia durante el tratamiento dental pasada puede ser suficiente para que el paciente evite asistir al dentista nuevamente, debido a la ansiedad que le genera (11), aunque viendo que hay personas que pese a esas experiencias no presentan miedo al tratamiento odontológico, deben darse otros factores concomitantemente para que esa experiencia negativa desencadene dicho miedo.

### B) Condicionamiento indirecto

Un número menor de personas, pero también significativo, refieren experiencias de condicionamiento indirecto. La familia y los factores culturales pueden servir para ayudar a determinar el patrón de aprendizaje. (22)

### 2 - Modelamiento o aprendizaje observacional

Por imitación del comportamiento de otra persona que muestra ansiedad (2).

En muchas ocasiones, al observar al paciente durante un procedimiento dental, las señales externas reflejan dolor y malestar (fruncir el ceño, hacer muecas, tensión muscular), incluso puede llegar a gritar, gemir, temblar o moverse, inmediatamente el profesional le pregunta '¿Estás bien?, ¿cómo va todo?, ¿te molesta algo?', y para su sorpresa el paciente contesta que muy bien, que no le está molestando nada. Esta situación es muy frecuente. Los mismos pacientes aseguran que es más el miedo que tienen que lo que realmente es. Por eso es preferible que los pacientes entren solos en la consulta, ya que el acompañante puede ver en el paciente más muestras de dolor de lo que realmente está

experimentando (esto sólo lo sabe la propia persona que recibe el tratamiento), y de esta manera puede producirse un mal recuerdo, llegar a la conclusión que la atención dental es dolorosa y desagradable, y finalmente adquirir miedo a la situación dental, incluso sin haberla vivido en primera persona. Esto es más relevante, si cabe, cuando el acompañante es un menor (5). Se ha mostrado, además, que los niños que identifican ansiedad dental en sus padres o cuidadores son más propensos a desarrollar una actitud similar y enfrentarse a experiencias estresantes durante sus visitas dentales en la juventud (34).

### 3 - Transmisión de información

El miedo dental podría describirse como un estado de ansiedad debido a los desafíos obvios envueltos en los procedimientos dentales y el conocimiento compartido o rumores y mitos de historias dentales traumáticas (28). Este apartado se refiere, por tanto, a recibir una explicación amenazante, violenta o desagradable sobre el tratamiento dental (2), ya sea mediante información verbal por parte de allegados (sobre todo en este sentido influyen los progenitores o cuidadores directos), como visual en medios de comunicación, o las creencias que forman parte de la cultura y se van adquiriendo subliminalmente desde la infancia.

- *Imágenes distorsionadas* y/o aterradoras de la profesión dental mostrada en películas, fotos, cuadros, imágenes en la televisión, comentarios negativos en medios de comunicación, publicidad... Todo ello puede llegar a gestionar a las personas que desarrollen esa ansiedad.
- *Creencias y factores culturales*

Por su manera de funcionar y la labor que desarrolla, la odontoestomatología ha sido desde la antigüedad más remota etiquetada como "atormentadora, sádica, torturadora, provocadora de sufrimiento y muy dolorosa". Estos conceptos han estado basados en antecedentes históricos que así lo propiciaron, llegando a formar parte de las creencias y conductas de las personas. La ansiedad dental es el resultado histórico de las creencias y actitudes que éstas desencadenan, que llevan a rechazar, evitar o temer a la odontología como especialidad médica (3). La práctica de esta especialidad ha cambiado drásticamente en comparación con esos antecedentes históricos, y realmente tampoco hace tanto de esos eventos, por lo que en cierto modo parece "normal" que sigan remanentes esos recuerdos y creencias en el inconsciente colectivo. Afortunadamente, al menos en nuestro entorno, nada queda ya de esas prácticas cruentas y dolorosas.

Es por ello que pese al desarrollo científico-tecnológico que se ha venido alcanzado en todo lo referente a la especialidad odontológica, el mito del "sacamuelas aterrador" ha permanecido enraizado en la mente de muchas personas, transmitiéndose de generación en generación, hasta la actualidad. Esto ha dado lugar a la perpetuación de los fenómenos psicológicos como la ansiedad dental y el miedo al tratamiento estomatológico (3).

Lo que el individuo lleva consigo de acuerdo a sus creencias y pensamientos sobre el cuidado dental y el dentista

puede afectar significativamente a su actitud frente a la situación odontológica, independientemente de que un encuentro particular previo haya servido o no de evento de condicionamiento, es decir, que haya tenido o no experiencias dentales negativas con anterioridad que justifiquen esa actitud (22).

El origen del miedo dental y la ansiedad incluye factores psicológicos y sociales como parte de una identidad cultural de las personas, al igual que las tradiciones, los mitos y las creencias (1). Se ha sugerido que dichas creencias culturales tan ampliamente arraigadas y conocidas sobre la salud oral y el tratamiento dental pueden influir de manera similar a como lo hacen los factores familiares y afectar a la experiencia dental temprana y a la consiguiente ansiedad dental ya desde la infancia. Aunque la literatura de investigación existente no ha evaluado aún de qué manera influye la cultura en el desarrollo de la fobia dental en los jóvenes, los estudios que hay disponibles sí han mostrado que existe una relación entre la cultura (etnia, conjunto social) y la ansiedad dental. No queda claro a qué se deben las diferencias encontradas en algunos estudios entre distintas culturas dentro del mismo país, pero se insinúa que están relacionadas con creencias culturales y la relación entre la raza, etnia y factores económicos, que pueden afectar al aprendizaje temprano sobre la odontología y los conocimientos sobre salud bucodental (22).

Los factores culturales también pueden jugar un papel importante en determinar las percepciones y creencias que tiene la persona acerca del dolor, influenciando así en la probabilidad de que un evento dental pueda servir de condicionante directo. La cultura enfocada en el dolor y otros factores intrínsecos que aumenten la hipervigilancia durante el tratamiento dental pueden propiciar un aprendizaje negativo como respuesta a una experiencia dental incluso relativamente inocua. Así, también se incrementa la posibilidad de desarrollar ansiedad dental (22).

En cuanto al sexo, relacionado en este caso de acuerdo a factores sociales y culturales, se considera que juega un papel parcial. En algunas culturas es socialmente aceptable que las niñas exhiban su miedo y sus emociones, mientras que no está bien visto en los niños (37). Por esa razón puede ser que se considere en algunos estudios que el hecho de ser del género femenino predisponga a desarrollar ansiedad dental. Es un tema bastante discutido y poco claro.

#### • *Explicaciones e informaciones negativas*

La actitud negativa de la familia y el entorno de la persona, ya desde que se es un niño, influye de forma significativa en el desarrollo de la ansiedad dental, aún sin haber acudido nunca a una consulta odontológica (28, 5, 7, 14, 19, 28, 35, 38, 41). Varios estudios que investigaron este fenómeno en padres e hijos observaron una relación nada desdeñable entre las actitudes negativas de unos y la ansiedad dental manifiesta de los otros, lo cual no quiere decir que sea producido por un modelado directo, si no que se trata de una afectación más compleja e indirecta (22). Un estudio muestra que la ansiedad dental en el niño no está asociada con la ansiedad dental de los padres directamente ni con el estilo de crianza, si no con la estructura familiar y la presencia de hermanos, que sí que juegan un papel significativo en

el desarrollo de miedo o ansiedad dental. Por tanto, para prevenirlo, puede ser útil reorientar la atención de la influencia de los padres a la posible influencia negativa de los hermanos o hermanas (39).

El aprendizaje verbal transmitido por los progenitores puede causar una percepción de autoeficacia menor frente al dolor y afectar además a las percepciones de los estímulos dentales, incrementándose por tanto la hipervigilancia de los menores en encuentros dentales tempranos, lo que, en consecuencia, puede propiciar el desencadenamiento de un condicionamiento directo con más probabilidad que si no estuviera influenciado de esa manera (22).

Padres y madres, transmiten sus sentimientos de miedo y ansiedad a su descendencia, incluso sutilmente. La percepción de los padres de que las citas dentales son desagradables, y hasta dolorosas, puede ser fácilmente transmitida a los menores. Hay veces que hasta se emplea la alusión a acudir al odontólogo o realizar ciertos tratamientos, inconscientemente, como amenaza o castigo si no se cepillan los dientes o persisten los hábitos nocivos.

La ansiedad paterna y/o materna, además, puede influir en el aprendizaje de su descendencia si dicho temor se expresa con la evitación o demora de la asistencia a la consulta dental de forma reiterada, adquiriendo ese hábito por imitación, o interpretando de forma indirecta que dicho entorno debe tener algo muy negativo para no acudir con normalidad como a otros cuidados pediátricos de rutina (22).

En relación a estos aspectos, también se considera un factor predictivo fiable de dolor pediátrico y/o ansiedad el hecho de que los progenitores expresen su preocupación constante por la experimentación de dolor de sus hijos, previo a la realización del procedimiento (2).

Son también de suma importancia las explicaciones previas dadas por los acompañantes antes de una cita dental, sobre todo si es la primera (38).

Por otro lado, se considera que juega un papel crucial la habilidad de los acompañantes para manejar la posible ansiedad o temor de los menores. Cabe destacar la importancia del contagio emocional o la transmisión indirecta de la ansiedad de, sobre todo, progenitores a hijos, en el momento de la consulta dental (38).

Aparte de la ansiedad transmitida por padres y otras personas del entorno, hay tres aspectos que influyen en esta transmisión de información:

- El *compartir las experiencias propias*, y en caso de menores, prometer premios por buen comportamiento.
- *Informar de forma negativa* sobre la labor de los profesionales dentales ('El doctor o doctora te va a reñir', 'El dentista hace daño', etc.).
- *Actitud general* de la persona acompañante (en el caso de menores es más importante, ya que es la única persona de confianza disponible, su referente y refugio).

Las explicaciones inapropiadas pueden provocar ansiedad, y en caso de niños o personas que nunca hayan teni-

do una experiencia directa, hacer que se sientan confusos y perdidos en la situación. La percepción, sobre todo de los padres, sobre la visita dental como algo desagradable puede ser trasladado al receptor de la información y generar una conducta negativa hacia el cuidado dental (38).

En algunos estudios se presta más relevancia a la influencia que tiene la actitud de la madre en concreto en sus descendientes en cuanto a este tema, debido a que, según comentan, la relación madre-hijo es uno de los parentescos más importantes e influyentes que el individuo experimenta en toda su vida, por lo que se remarca el rol fundamental de la madre durante el tratamiento odontológico, ya que son las madres las que, en la mayoría de los casos, acompañan a los hijos a la consulta. Las madres con ansiedad pueden transmitir emociones poco constructivas a sus hijos, interfiriendo negativamente en la experiencia dental propia (19).

En conclusión, aunque los padres deben tener una participación activa y valorada en la salud dental de sus hijos, su presencia en la consulta puede constituir un desafío para el profesional, en especial si consideran que deben tener comunicación verbal, e incluso física, con su hijo durante el tratamiento. No hay pruebas claras de que su presencia o ausencia en el consultorio influya en el comportamiento del niño. Este tema sigue estando sujeto a bastante controversia. En la actualidad, los dentistas pediátricos en general aceptan las siguientes circunstancias para la presencia de los padres en el gabinete dental:

- Pacientes en edad preescolar.
- Pacientes con discapacidad física, emocional o intelectual.
- Pacientes que se sometan a exámenes específicos (para fines de consentimiento, en especial al realizar radiografías)
- Cuando el progenitor, el paciente o ambos lo desean de manera expresa.

Sin embargo, la presencia o no de los padres en la consulta es en gran medida una decisión individual basada en la preferencia de dentista, paciente y ellos (35).

### FACTORES QUE CONTRIBUYEN A DESENCADENAR O ACENTUAR EL MIEDO O AVERSIÓN

Se trata de factores causales o estímulos desencadenantes asociados al entorno dental (5) sobre los que los profesionales dentales tienen la capacidad de minimizar su efecto (30). La sola presencia de alguno de estos estímulos que le recuerde a la persona una experiencia dental dolorosa o molesta, lo llevará a experimentar ansiedad dental (14).

- *Ruidos estridentes, desagradables y/o desconocidos* (15):
  - Material rotatorio: turbina de alta velocidad, contraángulo (5, 10, 11, 34). Diversos estudios han demostrado que los pacientes con altos niveles de ansiedad presentan una mayor frecuencia cardíaca al escuchar la turbina (5).
  - Ultrasonidos.

- Compresor, cuando no existe un correcto aislamiento.
- Gritos u otras expresiones de dolor en otros pacientes en gabinete contiguo (10).
- *Olores* (5): eugenol, “diente quemado” (10).
- *Sabores extraños* (5).
- *Sillón dental* (5): aparataje desconocido, incomodidad inherente a la postura, el hecho de estar tumbado muy hacia atrás (posición que puede exacerbar la sensación de vulnerabilidad y/o de ahogo) (5, 10).
- *Uniformes* (30): “Síndrome de la bata blanca” (5).
- *Inyección* (5, 34).
- *Ver la aguja o jeringa de anestesia* (5, 8, 10).
- *Sensación de estar anestesiado* (5).
- *No poder tragar*, sensación de ahogo (5, 34, 37).
- *Sensaciones intensas* relacionadas con algunos procedimientos como presión, fuerza (extracciones dentales), o vibración (10, 26).
- *Materiales* con aspecto punzante o con aspecto “amenazador”.
- *Luces brillantes y molestas* (15).
- *Actitud del profesional* (5) y de los acompañantes, en especial hacia la expresión de sentimientos y emociones por parte de los niños: desacreditar o invalidar sus sensaciones, con frases del tipo “no te quejes que eso no puede doler” o comentarios por el estilo. Esto puede ser tomado como un rechazo a su experiencia de dolor o incomodidad, como restándole importancia a lo que esa persona está sintiendo, no tomándolo en cuenta. En estos casos la persona puede llegar a sentirse avergonzada o culpable (42). Es fundamental el papel de la empatía y el desarrollo de inteligencia emocional en este sentido. También en este apartado entraría el miedo a ser ridiculizado o juzgado por su higiene o estado dental, al trato distante y frío por parte del profesional (10). Por otra parte, los comentarios del equipo dental mientras se está realizando el tratamiento también influyen, como mantener una conversación sobre algo que no tiene que ver con el procedimiento, expresar nerviosismo o cansancio, entre otros (21).
- *Negligencias, errores y descuidos* (26).
- *Factores económicos*.
- *Envenenamiento o intoxicación* con los materiales, como el mercurio (10), ya bastante en desuso.
- *Radiación* (10).
- *Náuseas y vómitos* (1).
- *Dolor*: El dolor es el otro factor esencial relacionado con la ansiedad y las emergencias en la clínica dental, y como se puede entender fácilmente, la intervención más temida es la endodoncia y los tratamientos restau-

radores sin anestesia local, tanto como la cirugía oral. El dolor es un fenómeno universal, el síntoma por excelencia, y un gran problema de salud, afectando severamente la calidad de vida de la gente. El dolor es una forma de experiencia, un estado psicológico subjetivo que no necesariamente tiene una causa orgánica detectable. Es un fenómeno funcional complejo que depende de una gran cantidad de factores. El dolor percibido en un procedimiento dental es una importante causa de ansiedad, estrés, reacciones de lucha o huida y síncope vasovagal. La ansiedad y el dolor son así dos compañeros que siempre han existido en la vida real, y también en el cuidado médico y dental, y que siempre han tenido el potencial de convertirse en un círculo vicioso (40).

Los aspectos más temidos por los niños son la turbina y torno (11, 37), el ahogo o asfixia y la inyección, todos con altos valores en diferentes culturas (37).

**FACTORES RELACIONADOS CON EL MANTIMIENTO Y REFUERZO DEL MIEDO**

Se ha propuesto un círculo vicioso del miedo dental para explicar el mecanismo por el cual se perpetúa en el tiempo: el miedo lleva a la evitación de las visitas dentales hasta que los problemas ya no se pueden ignorar más, entonces se necesitan normalmente procedimientos más invasivos, lo que puede reforzar los sentimientos de ansiedad (16). Se trata del modelo de Berggren, el modelo de círculo vicioso más comentado y fundamentado en la literatura para describir los componentes que dan lugar a los efectos y mantenimiento de la ansiedad dental.

Teniendo en cuenta su dinámica, la ansiedad dental, precipitada por diferentes causas, puede llevar a la persona a evitar las consultas dentales, realizándolas sólo en casos de urgencia, e incluso a evitar las visitas de manera absoluta. Este comportamiento de no adherencia da lugar a un deterioro progresivo de la salud oral, lo cual lleva a quien lo padece a sufrir enfermedades orales de diversa gravedad, normalmente con dolor e infecciones, necesitando por tanto procedimientos más invasivos y desagradables. A su vez, este deterioro de la salud oral, puede llevar a experimentar sentimientos de vergüenza e inferioridad, sobre todo en relación a su estética facial, además de otros problemas socia-

les que afecten al contacto con la familia y amistades. Con el tiempo, este patrón da lugar a un aumento en el nivel de ansiedad, es decir, refuerza el miedo al tratamiento, retomándose el proceso nuevamente y convirtiéndose en un bucle (3, 43).

Mientras que la historia de aprendizaje temprano parece jugar un papel en el desarrollo inicial de ansiedad dental, muchos otros factores incluidos el aprendizaje aversivo repetido, la evitación y valores familiares y culturales contribuyen al mantenimiento de la ansiedad dental. Parece que la exposición a múltiples experiencias dolorosas puede culminar en una ansiedad dental estable de varias maneras. Los individuos que han vivido varias experiencias dentales dolorosas son más propensos a evitar el tratamiento. Sin embargo, la familia y, a mayor escala las creencias culturales sobre la salud oral, parecen ser también importantes en determinar el curso de la ansiedad dental (22).

Así, los pacientes ansiosos se pueden ver atrapados en un círculo vicioso que es difícil de romper (21).

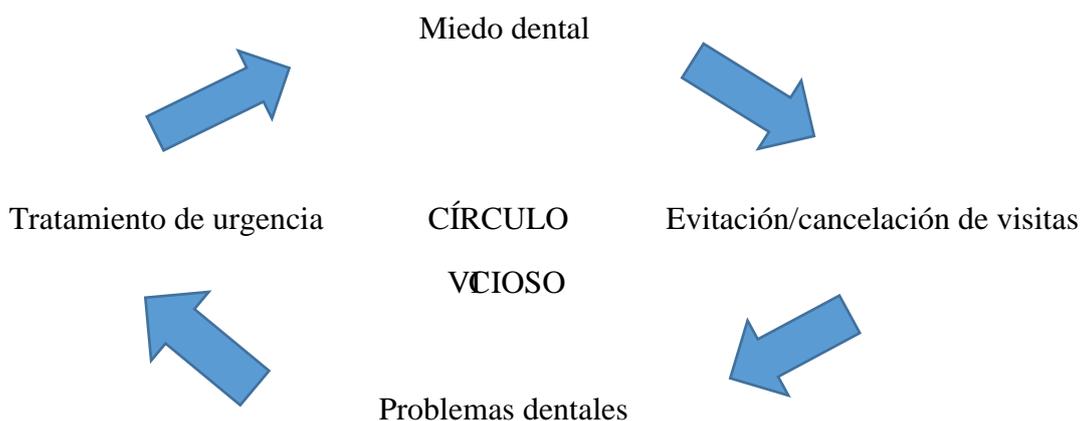
**Evaluación**

La evaluación de la intensidad de la ansiedad o miedo dental de un paciente es un aspecto esencial en la evaluación general del mismo en la consulta odontológica (40) y debería realizarse sistemáticamente en la primera visita tanto en adultos, como en niños y adolescentes (7, 13).

El conocer la percepción del miedo dental que padece el paciente previamente a que éste entre en el gabinete, usando siempre una escala válida y fiable, puede ayudar al profesional a conocer mejor a su paciente y elegir una guía de manejo apropiada a su situación (37).

Una vez que se establece la relación paciente-profesional, esta interacción inicial puede revelar la presencia de ansiedad y miedo y, en tales situaciones, las evaluaciones subjetivas y objetivas pueden mejorar enormemente el diagnóstico del paciente (10), así como facilitar un ambiente más agradable, tranquilo y de confianza, mediante las herramientas adecuadas.

También se recomienda, en el caso de pacientes menores de edad, conocer y evaluar la existencia o no de ansiedad



Fuente: Elaboración propia.

dental en sus padres o acompañantes, y el nivel del mismo que puedan presentar, para así idear unas estrategias de manejo tanto del paciente pediátrico como aconsejar a sus padres en su caso y la forma de evitar que esos miedos lleguen al niño. Es obvio que cualquier esfuerzo que se haga con el objetivo de minimizar o solventar la ansiedad dental en los padres o parientes, beneficiará en consecuencia al paciente infantil. Se ha observado que proporcionar la suficiente información a los padres sobre el tratamiento que va a recibir su hijo es una manera efectiva para reducir la ansiedad preoperatoria que sufren (no tanto por ellos si no en relación al niño) (7, 19).

La ansiedad se puede examinar o valorar usando tanto entrevistas semiestructuradas y evaluación subjetiva, como escalas psicométricas (mediante cuestionarios) (10, 15) y, con menos frecuencia, mediciones fisiológicas (15).

### **Entrevistas semiestructuradas y evaluación subjetiva**

No consiste más que en dedicar tiempo, por parte del profesional, para tener una conversación tranquila, cercana y sin interrupciones con el paciente, y de esa manera tratar de identificar qué grado de ansiedad dental tiene, y qué situaciones concretas pueden desencadenar o estar más relacionadas con su miedo. Lo ideal es usar unas pocas preguntas abiertas que ayuden a guiar la conversación en la dirección que el profesional pretenda. Es primordial además, identificar el motivo principal de la consulta, cómo fueron sus experiencias dentales previas si es que las hubo, qué expectativas, temores y preocupaciones tiene respecto al futuro tratamiento. Hay ocasiones en que una entrevista como ésta puede revelar que su ansiedad forme parte de un desorden psicológico más extenso, por lo que es importante que en estos casos el paciente sea adecuadamente referido a profesionales expertos en el campo correspondiente. Puede que hasta sea necesario un enfoque multidisciplinar del caso, con el manejo conjunto del caso entre profesionales de la psicología y la odontología (10).

- ¿Cuál es el motivo por el que viene a visitarnos?
- ¿Qué es lo que más le preocupa?
- ¿Cómo han sido sus experiencias dentales previas?
- ¿Qué espera? ¿Qué teme? ¿Qué le gustaría mejorar?

### **Escalas de autoevaluación**

Las escalas de ansiedad son válidas y fiables para medir la respuesta de los pacientes al estrés que les puede generar una consulta bucodental (15).

Aun así, es cierto que a veces los resultados difieren según la escala que se utilice. Esto tiene más relevancia en el campo de la investigación, sobre todo para estimar la prevalencia de la ansiedad dental en una muestra (40verdad), por lo que se debe tener cuenta y tratar de utilizar siempre la misma o escalas con estructura y criterios similares.

Hay disponibles actualmente diferentes tipos de cuestionarios autorrellenables. Ninguno de estos instrumentos se ha considerado como infalible y mejor que los demás, ya que todos tienen sus limitaciones. Lo que sí está claro es que los

más usados y mejor valorados en pacientes adultos son la Escala de Ansiedad de Corah (CDAS), la Escala de Ansiedad Modificada (MDAS) y el DFS, ya que han demostrado ser fiables y válidos en múltiples idiomas (10).

### *Escala de ansiedad dental de Corah (CDAS) (Anexo 1)*

Se trata de un instrumento ampliamente usado, breve y con buenas propiedades psicométricas. La escala consiste en cuatro preguntas sobre diferentes situaciones dentales. Cada pregunta se puntúa desde 1 (no ansiosos) a 5 (extremadamente ansiosos), así que el rango de posibles puntuaciones es de 4 a 20. Una puntuación de más de 15 indica alto nivel de ansiedad y posible paciente fóbico. La mayor limitación de esta escala es que no incluye ninguna pregunta sobre la ansiedad relacionada con la inyección de la anestesia local y no hay uniformidad en las elecciones de las preguntas en la escala, haciendo difícil comparar las respuestas (10). Una de las cualidades de este instrumento es que sus puntuaciones son altamente fidedignas dado que, como la ansiedad dental es socialmente aceptada, el tener miedo al dentista hace que poca gente tenga la necesidad de ser condescendiente cuando se le consulta al respecto (14).

### *Escala de ansiedad dental modificada (MDAS) (Anexo 2)*

Es un cuestionario breve y válido, muy parecido al de Corah, con la diferencia de que añade una pregunta referente a la inyección de anestesia (14). Se compone de cinco preguntas con cinco opciones de respuesta. Las puntuaciones van desde no ansioso a extremadamente ansioso. Las respuestas se puntúan de 1 a 5. La puntuación va de un mínimo de 5 a un máximo de 25. La más alta, correspondiente al miedo dental más alto, sería la puntuación de 19. Se ha reportado que la administración de este cuestionario no incrementa la ansiedad (10) y ha mostrado una buena validez tanto en Reino Unido como en otros países Europeos (14).

### *Escala de Miedo dental/ Kleinknecht (DFS)*

El DFS consiste en 20 cuestiones relacionadas con el comportamiento de evitación, reacciones fisiológicas de miedo y diferentes estímulos que pueden generar miedo que se pueden encontrar las citas y en los procedimientos dentales. Este cuestionario tiene cuatro opciones de respuesta, pudiendo obtenerse puntuaciones que van desde un mínimo de 20 a un máximo de 100. El límite para el alto miedo dental se ha sugerido en mayor o igual a 60. Algo positivo de esta escala es que evalúa tres dimensiones relevantes: la evitación del tratamiento dental, los síntomas somáticos de ansiedad y la propia ansiedad causada por estímulo dental (10).

Basándose en estos cuestionarios, el paciente puede categorizarse en:

- Ansiedad dental leve
- Ansiedad dental moderada
- Ansiedad dental extrema o fobia dental

En el caso concreto del paciente infantil, los tres instrumentos más ampliamente utilizados son:

#### *Children's fear survey Schedule-dental subscale (CFSS-DS)*

Creado por Cuthbert, es un cuestionario que trata de identificar el nivel de ansiedad dental relacionada con diversos aspectos del tratamiento, tanto procedimientos invasivos como situaciones clínicas generales. La escala está diseñada para niños de entre 4 y 12 años de edad. Se compone de quince preguntas con respuestas que van del 1 al 5, donde 1 representa la ausencia de miedo, y 5 representaría mucho miedo. Las puntuaciones obtenidas van de un rango de 15 a 75 puntos, donde una puntuación de igual o más de 45, se considera un alto nivel de ansiedad dental. Varios estudios confirman las adecuadas propiedades psicométricas de este instrumento. Pese a ser de los más utilizados, para niños menores de 6 años podría entrañar cierta dificultad debido al menor desarrollo de las habilidades en lectura y escritura. Por esta razón se presentan a continuación cuestionarios de respuestas más simples, como el de Venham (14).

#### *Venham picture test (VPT) (Anexo 3)*

Más sencillo para niños de corta edad, a los que se les presentan ocho pares de figuras, que reflejan diferentes emociones, y deben escoger la que represente más acertadamente su estado emocional o de ansiedad en el momento. La escala puntúa de 0 (sin ansiedad) a 8 puntos (mucha ansiedad). Su principal ventaja es la facilidad de aplicación (14).

#### *Facial image Scale (FIS) (Anexo 3)*

Creada por Buchanan y Niven, se puede aplicar en niños de entre 3 y 18 años. Se compone de una hilera de cinco rostros con distintas expresiones que van desde una gran felicidad hasta un gran descontento. Entonces se le pide al paciente que elija con qué cara se identifica más en ese momento. Su clara ventaja frente a otros instrumentos es su sencilla aplicación (14).

La evidencia en la literatura del uso de estos cuestionarios en la rutina clínica es muy escasa, ya que muy pocos profesionales usan este tipo de herramientas en su rutina clínica. Aún así, se recomienda el uso de los cuestionarios debido a todos los beneficios que puede aportar tanto a profesional como a paciente, y a la relación entre ambos. El profesional no debería fiarse solamente de su juicio clínico o por las apariencias a la hora de valorar la ansiedad dental de sus pacientes. Además, parece que el mero hecho de entregarlos y rellenarlos, no sólo no aumenta los niveles de ansiedad, si no que podría disminuirlos, facilitando un mejor manejo posterior (10).

### **Mediciones fisiológicas - objetivas**

Medición o monitorización de aquellas variables sistémicas que se suelen modificar como respuesta a un estado de miedo y ansiedad:

- Presión sanguínea
- Ritmo cardíaco
- Pulsioximetría

- Temperatura digital
- Respuesta galvánica de la piel: este es el método más novedoso que se ha utilizado en varios estudios para medir la ansiedad. Se basa en la medición de los cambios eléctricos inducidos por la cantidad de fluido (de sudor) en las glándulas de la epidermis, lo cual se relaciona secundariamente con la ansiedad (10).

La medición de la actividad del sistema nervioso autónomo ha resultado útil para evaluar el estado de estrés interno en el paciente infantil. (15)

### **Prevención**

A pesar de que en muchas ocasiones los pacientes ya llegan a la consulta con unas creencias y pensamientos negativos preestablecidos sobre la odontología y la labor del equipo dental, incluso si la ansiedad es muy leve o no está completamente instaurada, si los pacientes simplemente tienen un miedo convencional a lo desconocido, o llegan sin ningún tipo de ansiedad o temor, está en manos de los profesionales de la consulta hacer todos los esfuerzos posibles para que esa ansiedad o temor no se desarrolle o avance. Siendo realistas, por muy bien que se hagan las cosas y siendo lo más cuidadosos de lo que seamos capaces, no es posible que todas las intervenciones sean totalmente indoloras o por completo confortables para el paciente. Sin embargo, a través de una serie de herramientas básicas como la buena comunicación, la empatía y el conocimiento sólido de las estrategias de manejo de conducta, es posible preparar a los pacientes para aceptar y afrontar intervenciones incómodas sin que ello afecte a su concepto del tratamiento dental, es decir, que se convierta en algo negativo, y a través de ello también aprovechar para que se sensibilicen sobre de la importancia de tener una buena salud oral, que tomen consciencia y se responsabilicen de ella (44).

A continuación se presentan algunas recomendaciones para prevenir en lo posible el desarrollo del miedo y la ansiedad dental en los pacientes que acuden a la consulta:

#### *Ideas preconcebidas*

Se aconseja, sobre todo en el caso de los pacientes más pequeños, que los acompañantes y personas cercanas de su entorno, sean más sensibles a la hora de prepararles para un primer encuentro con el ambiente dental. Muchas veces, sin esa intención, se les proyectan miedos, incluso sólo con una frase a modo de broma, que puede quedar en inconsciente propiciando una ansiedad dental para toda la vida. Es importante no inculcar pensamientos negativos sobre la odontología y los profesionales que les van a atender, ni, por supuesto, amenazarles sutilmente con "ir al dentista" o "hacer tal tratamiento" si no realiza el cepillado, por ejemplo (aunque se haga con buena intención inicial), como si acudir a una clínica dental fuera un suplicio o un castigo (38, 39).

#### *Establecer una buena comunicación*

Mostrar disposición, atención y realizar una escucha activa, además de propiciar una buena relación entre pacien-

te y profesional, ayuda a este último a conocer a la persona que tiene delante, a intuir los posibles miedos o estímulos que le puedan generar más ansiedad, para así actuar con más cautela, y, en definitiva, conocer sus preocupaciones (45) y motivos por los que acude a la consulta. Para poder prevenir la ansiedad dental, es fundamental identificar a los pacientes con predisposición a desarrollarla (18, 34), y la única manera de saberlo es escuchándoles, no sólo a nivel verbal, también mediante su comunicación no verbal. En el caso de que el paciente ya presente esa ansiedad, también es fundamental ser consciente del nivel y de la fuente de origen, para así tomar las medidas oportunas para prevenir desencadenantes o agravamiento de esa emoción durante el tratamiento (19).

El buen uso de la comunicación realizado por parte del equipo dental en el ámbito clínico, por tanto, beneficia de igual forma al profesional como a sus pacientes. La comunicación es vital en todos los sentidos y puede agilizar el plan de tratamiento que se vaya a llevar a cabo, además de facilitar que paciente y odontólogo se sientan totalmente cómodos en la consulta.

No sólo influye en el interlocutor lo que se dice, si no cómo se dice y la comunicación no verbal que se emplee. La comunicación no verbal consiste en el envío y recepción de mensajes en el que entran en juego tanto gestos, como lenguaje corporal en general, la postura, la expresión facial, el contacto facial, el feedback con el interlocutor con movimientos de cabeza...etc. Este tipo de comunicación es una gran fuente de información, a veces más si cabe que la verbal, por lo que su relevancia no debe pasar desapercibida (45). El tono de voz también es muy importante, sobre todo a la hora de introducir información acerca de los procedimientos, y más aún si cabe en el caso de niños pequeños, y debe hacerse de manera suave y no amenazante. Un cambio sutil en la manera en que se ofrece la información puede hacer cambiar por completo el modo en que se interpreta la misma (44).

Mediante las habilidades de comunicación por parte del profesional, hay una serie de recomendaciones específicas que se deberían de tener en cuenta (45):

- El paciente debe sentirse en todo momento el centro de atención, por lo que no se considera adecuado hablar de otros temas con el personal de la clínica mientras se trabaja con un paciente.
- En general, se debe evitar hablar de temas íntimos o personales con el paciente, a no ser que de forma intencionada se saque el tema para tratar de relajar su preocupación o tensión de forma puntual y que piense en otra cosa, o que el mismo paciente comience a hablar de ello.
- Es recomendable mostrar los estímulos o herramientas dentales de forma secuencial, poco a poco, y dar la información también paso a paso. Se sabe que a mayor número de estímulos menor es la atención enfocada y menor es el aprendizaje.
- Es fundamental informar de forma completa, sencilla y clara, evitando tecnicismos, adaptando el lenguaje al tipo de paciente de manera que lo que explicamos sea comprensible con facilidad (44, 45).

- En todo momento hay que mostrarse respetuoso y tolerante con el paciente y con sus opiniones y emociones, sin realizar regañinas como por ejemplo, si no se cepilla los dientes o no lo hace adecuadamente. Se puede hacer una promoción de la salud efectiva sin entrar en juicios y desvalorizaciones. Si se mantiene una actitud profesional y un tono cordial, será más sencillo hacerle entender la necesidad y los beneficios de realizar un adecuado cuidado bucodental diario.
- Mostrar interés genuino por el bienestar del paciente, hace que éste se sienta más seguro y comprendido (44).
- Es fundamental conocer bien al paciente que se está tratando, así como sus expectativas y sus inquietudes.
- Valorar y tener siempre en cuenta el papel del equipo dental al completo, en especial el de auxiliares e higienistas, ya que son las personas que guían, informan y ayudan al paciente a lo largo del tratamiento. Suelen ser la primera toma de contacto en la consulta dental, y también deben de disponer de las habilidades de comunicación adecuadas, no sólo en persona, si no también por teléfono.

Todos estos aspectos en cuanto a la comunicación deben de tenerse en cuenta de manera continuada en todas las visitas, incluso en las revisiones dentales periódicas. Para todo ello, es aconsejable y necesario invertir algo más de tiempo en la atención personalizada de cada paciente (45), lo cual a la larga será de agradecer, ya que contribuye al establecimiento de una relación de confianza entre ambas partes, incluso a que el paciente se sienta más valorado, optimista y motivado.

#### *Información adecuada*

Cuando una persona acude a la consulta dental, es porque quiere solucionar un problema, del tipo que sea, y en general muestra interés en conocer con exactitud las causas de su patología y en qué consistirían los procedimientos que podrían solucionarla. Muchos pacientes opinan que sería útil disponer de un recordatorio de lo que el profesional les ha explicado. En una sola consulta, sobre todo en la primera, cuando se da un plan de tratamiento, se traslada tanta información de una sola vez que es habitual que no se comprendan por completo las explicaciones dadas o que algún detalle se quede por el camino. Así, el poder tener esa misma información por escrito y poderla leer en casa tranquilamente ayuda, además de la expresión verbal de que cualquier duda que pudiera surgir podrá ser aclarada en la próxima visita, ya que es normal que las dudas vayan surgiendo a posteriori. También podría ser útil que el profesional les recomendase páginas web útiles o blogs, mejor aún si fueran de la propia clínica, para que los pacientes, que hoy en día tienden a buscar información por internet y no siempre es fiable, tengan esa opción al menos en un lugar de referencia.

Algunos pacientes, cuando se les explica un tratamiento o el desarrollo de una enfermedad concreta, prefieren que la explicación se realice mediante ilustraciones o radiografías, antes que con imágenes de dientes o procedimientos reales, o incluso con un espejo mostrándoles sus

propios dientes. Sugieren que la información con demasiado realismo podría generarles inquietud o ansiedad.

La técnica fundamental para presentar al paciente el procedimiento que se va a realizar, que sigue siendo la más recomendada y usada hoy en día, es la de "Decir-Mostrar-Hacer". Aunque se explicará con más detalle en el apartado de Tratamiento, en resumen, consiste en contar primero verbalmente en qué consiste el procedimiento, seguido de enseñar los instrumentos uno a uno que se van a utilizar y, por último, hacer una simulación en un fantoma o modelo del procedimiento en sí.

Los pacientes adultos, por lo general, prefieren que se les de la información sin minimizar o endulzar los términos en cuanto a gravedad, que el pronóstico, aunque sea malo, sea expuesto de forma clara y honesta. Lo que sí se deben evitar en todos los casos son los tecnicismos, muy útiles cuando los profesionales se comunican entre sí, pero muchas veces se emplean con los pacientes de forma inconsciente y esto genera en los pacientes confusión y frustración. La información debe ser completa, precisa y clara, tanto del diagnóstico de su dolencia, como de las opciones de tratamiento, así como de los riesgos, beneficios y pronóstico aproximado de cada una, y explicación detallada de las posibles sensaciones que puede notar, así como de los consejos a seguir tras un procedimiento (25).

#### *La importancia de la primera impresión*

Siempre se ha dicho que la primera visita es la más importante pues, dependiendo de cómo se desarrolle, dará lugar a la posibilidad de recibir al paciente en más ocasiones, incluso que recomiende la atención recibida a personas de su entorno. La primera impresión no sólo incluiría ese primer momento al entrar en la consulta, también influye la atención recibida a la hora de darle la cita, ya sea en persona o por teléfono. De todas maneras, no importa que sea la primera o una cita sucesiva; si la última visita el paciente ha recibido la misma atención, escucha, tiempo y profesionalidad, es casi seguro que volverá y el vínculo entre profesional y paciente seguirá reforzándose. Lo que quiere decir esto, es que no sólo hay que esforzarse en dar una buena primera impresión, si no que esa actitud hay que mantenerla en todas las ocasiones de encuentro. Además, el objetivo no sólo es fidelizar al paciente y lograr una adhesión al tratamiento, que también; en el tema del miedo y la ansiedad dental, esta primera visita es fundamental, ya que dependiendo de cómo se gestione el paciente puede cambiar sus creencias negativas previas para mejor, o marcharse con más ansiedad de la que traía al principio. Hoy en día, la "odontología con prisas", contagiada por el ritmo de vida actual, puede llevar a los profesionales a descuidar el trato personalizado y mostrar la empatía necesaria con los pacientes. La manera calmada de proceder, llevará más tiempo de trabajo pero disminuirá la ansiedad tanto en los pacientes como en los profesionales (46).

Se ha probado que los siguientes procedimientos puede ayudar a iniciar una buena relación entre el equipo dental y el paciente que llega por primera vez a la consulta (aún más si cabe en el caso de menores), dar una buena impresión sobre el ambiente dental, así como para prevenir y disminuir su ansiedad (35):

- Primero, hacer u ofrecer un pequeño recorrido, también con la familia o acompañantes en caso de menores o pacientes con alguna minusvalía, por la clínica antes de comenzar el tratamiento. Presentar a todo el personal si es posible. Esto familiarizará al paciente con el entorno y disminuirá su miedo ante lo desconocido. Permitir a los pacientes que traigan su objeto favorito (peluche, muñeco, pañuelo..) y lo mantengan consigo durante la visita, en caso de que les dé mayor seguridad.
- Repetirse mucho, hablar despacio y usar términos simples. Asegurarse de que las explicaciones son comprendidas, animando al paciente a que pregunte sobre cualquier cuestión.
- Dar instrucciones una a una y recompensar con halagos tras completar con éxito cada procedimiento.
- Escuchar activamente al paciente, prestarle atención, evitar la multitarea (por ejemplo, contestar al teléfono mientras el paciente está comunicándose) y atenderle de forma calmada y sin prisas. Dejar que hable, que exprese los motivos de la consulta. No cortarle con preguntas atropelladamente sobre su patología, ni guiar ni completar sus comentarios para acelerar el proceso (35, 45).
- Si se toman notas, debe hacerse de forma que no interfiera con el diálogo o la escucha (45).
- En la recogida de información, deben usarse preguntas abiertas y cerradas de forma equilibrada. Al final, ayuda el que el profesional resuma la información recibida, para confirmar que se ha entendido, y además esto indica que el profesional estuvo atendiendo en todo momento a lo que le decía el paciente (45).
- En todo momento el profesional debe aceptar la legitimidad del punto de vista y los sentimientos del paciente sin juzgarlos, aunque no esté de acuerdo.
- Antes de que finalice esta primera visita, el paciente debe irse con la sensación de haber recibido una información clara y completa, y que el motivo principal de consulta, aunque a veces no coincida con su problema de salud oral más importante, ha sido tenido en cuenta y clarificado. También debe sentir que forma parte del proceso de plan de tratamiento y que se han tenido en cuenta sus opiniones y preocupaciones (45, 46).

#### *Desarrollo de la consulta y planificación de citas*

Se ha comprobado que la experiencia y la posible ansiedad inicial mejora a medida que se suceden las visitas. Es decir, la conducta y el miedo mejoran con la experiencia (7).

También se ha sugerido que las visitas dentales desde muy temprana edad pueden ayudar a disminuir el miedo dental al tener la oportunidad de eliminar los pensamientos negativos sobre la odontología de forma precoz. Sin embargo, el tipo de tratamiento que el paciente recibe en sus primeras visitas puede representar un papel significativo en el desarrollo del miedo dental. No es lo mismo acudir por primera vez a una revisión rutinaria que a un

tratamiento de urgencia por un traumatismo. Es fundamental, por eso, el control efectivo del dolor siempre, pero más si cabe en las primeras visitas (37).

Es interesante, sobre todo en el caso de pacientes menores, realizar primero citas de corta duración y procedimientos sencillos e ir avanzando de forma gradual hacia procedimientos más complicados a medida que el paciente se acostumbre al ambiente dental (35).

#### *Relación paciente-profesional*

El ambiente en el que se desarrolla la consulta cambia por completo cuando entre el paciente y el equipo dental se crea una relación distendida y cómoda, ayudando a mejorar la confianza en los profesionales y en el tratamiento.

En general, los pacientes prefieren sentirse parte del proceso, no meros destinatarios del tratamiento. Es importante por ello hacerles partícipes de la toma de decisiones, es una forma además de generar un compromiso consigo mismos y su salud bucodental, no actuar sólo como sujetos pasivos que reciben un tratamiento a cambio de dinero y no se responsabilizan de su salud. Además, esto les da cierta sensación de control y confianza.

El hecho de acordar una señal para detener el proceso cuando sea posible o para indicar que algo está siendo molesto, ofrece al paciente una sensación de control extra, seguridad y confianza en el profesional, siempre y cuando esa señal se respete.

Los pacientes necesitan sentirse apoyados y comprendidos por el equipo profesional, y no sentir vergüenza al expresar sus emociones de miedo o desconfianza. El mero hecho de que la persona pueda expresar con sinceridad sus emociones al profesional, y que éste trate el tema con naturalidad y comprensión, sin desacreditar su vivencia ni ridiculizarla, hace que esas emociones pierdan intensidad, y la relación gana en confianza. La paciencia, atención, presencia, comprensión y compasión son aspectos fundamentales a la hora de relacionarlos con las personas en general, y más con los pacientes, que al fin y al cabo son los que se encuentran en una situación incómoda y vulnerable (25)

Un buen ambiente en la consulta contribuirá a la satisfacción de ambas partes. Cabe destacar que será siempre el odontólogo quien deba intentar adaptarse a la forma de ser y a las características y circunstancias personales del paciente, para así poder establecer una relación mucho más sólida y duradera entre ambos (45).

#### *Ambiente en la consulta*

El ambiente en la clínica dental puede jugar un papel muy importante en el desencadenamiento del miedo dental y la ansiedad.

La atmósfera de la clínica puede fomentar la calma mediante música suave y evitando luces brillantes. Las paredes pueden adornarse con imágenes y cuadros agradables y la sala de espera debería disponer de libros y revistas, al fin y al cabo medios de entretenimiento para hacer de la espera algo agradable.

Los sonidos producidos por los instrumentos en los gabinetes cercanos deberían tratar de ocultarse en la medida de lo posible cerrando las puertas y con buenos aislamientos (10).

El color rojo suele considerarse como desencadenante de ansiedad o miedo por su asociación con la sangre, aunque no es así en todas las personas (25).

En cuanto al atuendo del equipo dental, sigue existiendo en muchas personas el llamado "síndrome de la bata blanca", un temor e inquietud que asocia ese tipo de prendas con procedimientos médicos. Así, los niños más pequeños suelen preferir que sus odontopediatras lleven atuendos coloridos y con dibujos, mientras que los mayores no ven ese aspecto tan importante (32,44).

Las herramientas de trabajo, aunque cada vez se hacen con diseños más agradables, pueden, sólo con verlas, generar intranquilidad. Un claro caso es la jeringa de anestesia. Para ello existen "camuflajes", con forma de animales por ejemplo, con el objetivo de colocar la anestesia en pacientes pediátricos de una forma más amable, dentro de lo que cabe (32).

#### *Presencia de acompañantes en la consulta*

En concreto, la presencia o ausencia de los padres de los pacientes más jóvenes puede influir en su comportamiento durante el procedimiento dental, ya sea para bien o para mal. Este tema sigue siendo muy controvertido actualmente, ya que muchos profesionales prefieren que los menores entren solos, otros que lo hagan acompañados, y no existen guías claras para ello. De hecho, depende de varios aspectos el que su presencia sea favorable o no, como la edad del niño, el tipo de tratamiento que se va a realizar. En ocasiones su presencia condiciona de forma negativa cuando los acompañantes presentan y expresan ansiedad, y ésta es transmitida al paciente. Otras veces es al contrario, la conducta del paciente puede afectar a las creencias e impresiones del acompañante y condicionarlo para que desarrolle miedos por modelado (5,47). Dependiendo del caso, la connotación de la influencia de la presencia del acompañante también puede ser positiva, tanto en una dirección como en otra. La presencia de los padres puede ser beneficiosa para el comportamiento del paciente, al sentir mayor apoyo y seguridad que si estuviera ausente. Es por tanto fundamental adaptar la elección de este aspecto a cada caso concreto, y siempre explicar previamente a los acompañantes por qué es más recomendable cierta decisión. Pese a la falta de evidencia clara, existe la tendencia actual del deseo de los progenitores de estar presentes durante el tratamiento; esto se puede deber a que ahora los pacientes cada vez se atienden a edades más tempranas o a la mayor implicación de los padres en la salud de sus hijos (47).

Una manera de prevenir la ansiedad y miedo dental en los pacientes menores de edad, es identificar estos temores en sus padres o cuidadores, actuando y tratando estos, de manera que así se pueda prevenir esa transmisión de miedos a los niños (7).

Se aconseja que si el paciente va a llevar un acompañante, éste no tenga ansiedad hacia el ambiente dental (38).

### *Formación de los profesionales*

Las anteriores recomendaciones, sobre todo las referentes a las habilidades para una buena comunicación con el paciente, en algunas personas surgen de manera natural, mientras que otras necesitan aprenderlas y practicarlas (44).

Se considera que el éxito de cualquier entrevista clínica en la consulta, y del desarrollo del tratamiento en general, depende de la calidad de la comunicación entre profesional y paciente. Las habilidades de inteligencia emocional y comunicación son una parte importantísima del quehacer de un buen profesional dental (48) y, por ello, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación sanitaria (45). La profesión de odontología tiene lugar en un contexto de constante interacción con personas. Conocer qué decir en cada momento facilita las relaciones, evitando malentendidos y mejorando en consecuencia la calidad del trabajo diario y el bienestar profesional y personal (48).

Es, por ello, fundamental la formación tanto en relación a la ansiedad y el miedo dental, como en las herramientas para su prevención y tratamiento (11).

### **Tratamiento y manejo**

Cuando un paciente presenta ansiedad o miedo dental de forma manifiesta, los profesionales dentales deben de estar preparados para ayudar al paciente a minimizar sus síntomas y superar sus temores mediante una serie de técnicas, no sólo para hacer del momento de la consulta una situación lo más agradable posible para todos (15, 24), si no para poder solventar esa barrera que le impide al paciente seguir un control de su salud bucodental y que las futuras visitas sean positivas y libres de inquietud en la medida de lo posible. Es por ello que construir una confianza con el paciente y manejar su conducta se vuelven críticos (15). Debido al carácter multifactorial en la etiología de la ansiedad dental y sus distintos grados, está en manos del profesional elegir qué método de reducción de ansiedad seguir (10), teniendo en cuenta que algunos requieren entrenamiento especializado y formación complementaria (4, 16, 27), incluso en ocasiones será de gran utilidad el trabajo multidisciplinar con profesionales de la rama de la psicología.

La ansiedad dental puede ser manejada con intervenciones no farmacológicas, que son las de primera elección y que incluirían las intervenciones de psicoterapia, manejo de conducta y comunicación; con intervenciones de tipo farmacológico (por medio de ansiolíticos o sedantes), terapias alternativas (4) o también con la combinación de varias técnicas (10, 18). La elección de un tipo de técnica u otra depende de la experiencia y conocimientos del profesional, el grado de ansiedad del paciente y sus características, la situación clínica concreta (10, 24), los riesgos y beneficios del método y sus ventajas y desventajas. No existe ninguna técnica perfecta y aplicable en todos los casos, por eso a veces puede ser necesaria la combinación de varias de ellas para lograr mejores resultados (4).

Existen intervenciones sencillas que el equipo dental podría llevar a cabo en la consulta sin especial entrenamiento. Para ello, es necesario que previamente se detecte el perfil de paciente que presenta un grado alto de ansiedad y consi-

derar el procedimiento más adecuado para él (26). El proporcionar de forma previa cuestionarios específicos sobre la ansiedad dental, puede hacer que el paciente esté más convencido de que el dentista le tratará con más cuidado sabiendo que le ha confesado sus dificultades, y el traslado de esta información de forma previa puede alertar al dentista sobre el nivel real de ansiedad de su paciente y motivarle para comunicarle sus preocupaciones; así, se puede dirigir la consulta desde una perspectiva más centrada en el paciente, personalizada, lo cual siempre es de agradecer (49). Además, viene bien informar a los pacientes que acuden y nos informan de su ansiedad general, de su tendencia a ser más propensos a la ansiedad dental, a evitar las visitas de revisión rutinarias, o a otras conductas típicas de esta condición, ya que puede que aún no sean conscientes de que lo padecen. Sería útil entregar materiales de educación en este sentido (28).

A pesar de que en una época no muy lejana la tendencia habitual era premedicar a los pacientes para reducir su ansiedad, actualmente se precisa de una aproximación más compleja, donde las técnicas de manejo de conducta cumplen un papel primordial. Aún así, sigue siendo útil en algunos casos una sedación farmacológica como herramienta secundaria, de acuerdo a las necesidades de cada caso (40).

### **Técnicas no farmacológicas**

#### *Técnicas de modificación de conducta*

La relevancia de la psicología y las ciencias de la conducta en la educación dental y la práctica clínica ha aumentado progresivamente en las dos últimas décadas (40).

Son las de primera elección (14), y su implementación en general requiere interés, experiencia, en ocasiones formación complementaria, y también tiempo y paciencia. El objetivo no es solamente conseguir una consulta tranquila y productiva de forma puntual, si no modificar la actitud del paciente hacia la odontología y mejorar las emociones de ansiedad y miedo a largo plazo.

Varias de estas estrategias de tratamiento se basan en el reforzamiento positivo (por ejemplo, la modelación y el Decir-Mostrar-Hacer). Todas ellas se llevan a cabo mediante una comunicación efectiva y modulación de la voz. El dominio para la modulación de la voz se consigue mediante la experiencia, y su objetivo es modificar el comportamiento o conducta con cambios sutiles en el volumen, tono o ritmo de la instrucción verbal, sin indicios de ira o irritación (44).

Las técnicas de conducta no deberían considerarse por separado, como herramientas independientes, si no como un continuo en las habilidades de comunicación del dentista, donde comparten la relación empática y la capacidad de cuidado del paciente, en lugar de sólo dientes (40).

#### *→ Decir-mostrar-hacer*

Esta es la base de la mayoría de las estrategias de orientación de la conducta en la clínica dental, de hecho se considera la técnica más extensamente usada en odontope-



*Fantoma para demostración. Fuente: Elaboración propia.*

diatría, debido a su eficacia, comodidad y sencillez de uso (15, 16). Se basa en la teoría del aprendizaje y consiste en introducir un procedimiento novedoso o temido de forma secuencial (15):

- *Decir*: se explica verbalmente en qué consiste el proceso, en términos comprensibles.
- *Mostrar*: se enseñan las herramientas que se van a utilizar y cómo se usan. Puede servir de ayuda un modelo o fantoma.
- *Hacer*: una vez entendido, se realiza paso a paso el procedimiento. Se puede prestar un espejo al paciente para que observe la técnica.

Esta técnica prepara al paciente progresivamente y mejora la aceptación del tratamiento (44), lo que justifica que sea el método de elección para guiar la conducta y el aprendizaje de los pacientes (15).

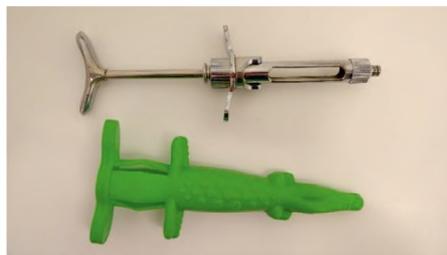
#### → *Distracción*

Se define como un método para la alterar la atención del paciente de los estímulos que puedan resultar desagradables durante un procedimiento dental (15). Pueden usarse diversos tipos de actividades para distraer la atención del paciente. Es útil poner películas, juegos, imágenes relajantes, música, entre otros (26, 44). Sin embargo, conversar con el paciente durante todo el tratamiento es un método eficaz y simple para lograr este objetivo (16, 44), incluso cantarles canciones o contarles cuentos a los pacientes más pequeños (14). Se considera útil sobre todo para ayudar a las personas a superar un estrés de forma puntual (15) o cuando se dispone de poco tiempo de preparación para implementar otras técnicas de conducta más elaboradas (14). La mayoría de los profesionales ya están familiarizados con estas técnicas y se sienten cómodos usándolas. Además, no resultan invasivas para el paciente ni requieren de tiempo y costes

adicionales importantes, aparte de poder usarse en pacientes de todas las edades (4, 16).

Es frecuente el uso de musicoterapia y distracción audiovisual como métodos de distracción, y se han informado casos en estudios de buena aceptación y efectos positivos en gran parte de los pacientes que se beneficiaron de estas técnicas (24).

- *Musicoterapia*: uso de la música como terapia coadyuvante en el tratamiento de la ansiedad dental y otras alteraciones del comportamiento. El hecho de escuchar música, y más si es del gusto del paciente, puede ayudar a enmascarar los sonidos desagradables asociados con el tratamiento dental, como puede ser del material rotatorio o la aspiración. Esta técnica se ha considerado efectiva (14), sobre todo en pacientes con ansiedad moderada. Se ha mostrado que influye en los parámetros fisiológicos del individuo que experimenta ansiedad dental durante el tratamiento, disminuyendo la presión arterial y la frecuencia cardíaca y respiratoria (4). Sin embargo, también hay estudios que mostraron que este tipo de distracción no tiene efecto sobre la experiencia de ansiedad entre los pacientes infantiles en una muestra concreta (20, 21), por lo que se deduce que su utilidad depende del paciente y del caso concreto. Es una técnica fácil de usar; incluso el paciente puede seleccionar su música preferida (4).
- *Distracción audiovisual*: mediante diferentes recursos audiovisuales como películas, dibujos, documentales, gafas 3D o de realidad virtual. Con ellas, los pacientes tienden a concentrarse en la pantalla evitando focalizar la mirada en los procedimientos dentales y herramientas, así como en los sonidos que tratan de enmascarar sonidos desagradables propios del tratamiento. Existen estudios que muestran una gran eficacia en disminuir la ansiedad de forma puntual en los pacientes. Este recurso ayuda a crear recuerdos agradables y actitudes positivas respecto a la experiencia dental. En definitiva, aísla la atención del proceso dental que puede resultar estresante de otra manera, de una forma entretenida y divertida (15). Más concretamente, la realidad virtual, ha mostrado efectos positivos tanto en adultos como en niños (4).
- *Aromaterapia*: introducir olores agradables en el ambiente puede ayudar a reducir la ansiedad enmascarando los aromas provenientes de materiales odontológicos que puedan resultar desagradables o desencadenantes de inquietud en los pacientes. Además, algunos de ellos, como el de naranja o manzana, pueden tener efecto ansiolítico, sobre todo durante la



*Fuente: Elaboración propia.*

espera (10, 27). Se sabe que un olor puede desencadenar emociones, y en según qué casos pueden condicionar negativamente al paciente hacia el tratamiento dental. De este modo, la aromaterapia constituye una aproximación alternativa al tratamiento de la ansiedad dental. Incluso se ha llegado a comprobar que la inhalación de esencias de lavanda por parte de individuos sanos está relacionada con cambios fisiológicos como la reducción de los niveles de cortisol salival y la presión sanguínea (10).

- En niños, *enmascarar la jeringa* para anestesiarse, haciéndola ver con la apariencia de un juguete, aportó buenos resultados según una investigación realizada en niños (10).

#### → *Modelado*

Consiste en que el paciente con miedo dental observe a otros pacientes recibiendo tratamientos dentales, los cuales muestran una actitud tranquila frente al procedimiento. Se pueden usar, previo consentimiento, pacientes que estén siendo tratados en ese mismo momento, o mostrar las escenas mediante videos en dispositivos digitales. Esta técnica es especialmente útil en pacientes infantiles (44, 36).

#### → *Psicoterapia*

Estas técnicas psicológicas no suelen formar parte de la formación de un profesional dental, además precisan más tiempo de implementación que otras técnicas, ya que necesitan de varias sesiones antes de la cita de tratamiento dental. Los profesionales, para poder llevarlas a cabo, tienen que seguir un entrenamiento adicional o ayudarse de la colaboración de un profesional de la psicología familiarizado con estos métodos. Estos factores explican por qué, pese a su tasa de éxito en el tratamiento de la ansiedad y las fobias, no se usen tan ampliamente como otras técnicas (16).

- *Terapia cognitiva de la conducta o CBT*: es una forma de psicoterapia que trata de modificar las emociones, comportamientos, pensamientos y/o creencias negativas del paciente (16, 18). No se enfoca en investigar la raíz del origen del conflicto, más bien se centra en las soluciones (16). Es muy efectivo en el control de pacientes extremadamente ansiosos o con fobia dental (18, 10). Se trata de un tratamiento estructurado y breve basado en la combinación de educación psicológica, exposición y ejercicios para realizar en el domicilio (6).

#### → *Desensibilización sistemática*

La ansiedad leve o moderada normalmente se trata con estrategias de orientación de conducta tradicionales como el Decir-Mostrar-Hacer, el reforzamiento o la distracción, pero el tratamiento de la ansiedad intensa, y en particular de la fobia, requiere de técnicas especializadas, como ésta. Se trata de un tratamiento conductual que parte de la base de que la relajación y la ansiedad no pueden existir al mismo tiempo en un individuo. En la práctica, se construye una jerarquía de estímulos productores del temor y el paciente se expone a ellos de manera ordenada, comenzando por el estímulo que representa la menor amenaza para él. Es primordial, antes de hacer esto, enseñar al paciente a relajarse, ya que sólo en ese caso se presentarán los estímulos cau-

santes del miedo, y se irá pasando gradualmente de uno a otro sólo cuando el paciente se sienta preparado para hacerlo. En ocasiones se recurre al uso de sedación farmacológica de forma inhalada para ayudar a inducir un estado de relajación.

Un ejemplo del protocolo a seguir sería (en el caso concreto del miedo a las agujas o inyecciones):

1. Dar instrucciones para alcanzar el estado de relajación mediante la respiración, o en caso de ser necesario para recibir la sedación con fármacos.
2. Explicar los componentes del equipo de analgesia local de manera tranquila y secuencial.
3. Permitir al paciente ver la jeringa dental a distancia.
4. Mostrar y explicar el uso de la anestesia tópica.
5. Explicar de forma práctica el modo en que se administra la anestesia local.
6. Alentar al paciente a tomar en sus manos la jeringa.
7. Animar al paciente a sostener la jeringa contra su mejilla.
8. Sostener la jeringa con la tapa de la aguja colocada contra la mucosa, ya en la cavidad oral.
9. Ejercer un poco de presión con la jeringa contra la mucosa.
10. Aplicar la anestesia tópica.
11. Rerirar la tapa de la aguja y sostener la jeringa con suavidad contra la mucosa.
12. Penetrar la mucosa suavemente con la aguja de anestesia sin administrar solución anestésica hasta que el paciente esté relajado del todo.
13. Administrar una cantidad mínima de solución con mucha suavidad y comprobar la relajación del paciente.
14. Continuar administrando el anestésico lentamente mediante refuerzo positivo, motivando y felicitando al paciente por sus logros.

El elemento clave de esta técnica es inducir un estado de relajación, el cual puede tardar varias visitas en conseguirse.

En casos en que la ansiedad es moderada pero sin llegar a constituir una fobia, se puede realizar una desensibilización rápida, con la misma secuencia pero en la misma visita y de forma más ágil, es decir, induciendo primero un estado de relajación y presentando a continuación al paciente los estímulos que le causan ansiedad, uno tras otro, con el fin de poder realizar el tratamiento en esa ocasión (44). Es una técnica que requiere más o menos tiempo dependiendo del grado de ansiedad del paciente, por tanto hay que adaptarse a cada caso y al ritmo de cada persona.

En casos también más leves, se entiende que una exposición gradual al material rotatorio, por ejemplo, puede ayudar al paciente a familiarizarse con los ruidos o sensa-

ciones de vibración, disipándose así el miedo poco a poco (13).

#### → *Inundación*

Esta estrategia se define como un tipo de desensibilización para el tratamiento de fobias sin posibilidad de escape, hasta que la falta de refuerzo de la respuesta de ansiedad causa su extinción. En esencia, la inundación es un tratamiento de exposición en el cual el paciente se expone a su mayor temor, siempre en un entorno seguro y bajo vigilancia. Un ejemplo simple sería ayudar al paciente infantil a afrontar sus miedos al sentarlo en el sillón dental, lo cual le permitirá advertir que, finalmente, ahí no encontrará nada amenazador ni sufre ningún daño por estar allí sentado (44).

Permanecer en la situación temida sin tratar de escapar de ella, cuando el temor es leve, es el tratamiento deseado para superar el miedo ya que se sabe que si se permanece el tiempo suficiente en contacto con el estímulo, la ansiedad fisiológica se reduce por la propia adaptación del organismo. El paciente, una vez afronta y se expone a la situación, se da la oportunidad de comprobar que realmente no era tan peligrosa ni desagradable como pensaba. Así, en la próxima ocasión, su experiencia de ansiedad será mucho menor. A medida que afronte de forma repetida la misma situación, es previsible que el miedo se vaya reduciendo incluso hasta que desaparezca. Claro está que es importantísimo tratar de hacer de esas experiencias lo más agradable posible ya que, si no es así, el paciente podría confirmar sus temores y la ansiedad continuaría (5).

#### → *Reforzamiento*

- *Positivo/Moldeo del comportamiento*: el procedimiento dental se presenta en pasos breves y secuenciales, primero el que menos ansiedad provoca, y con la aceptación se proporciona al paciente un reforzamiento positivo. Un simple comentario positivo como 'bien hecho' o algo similar, suele funcionar. A través de estas aproximaciones, cada una seguida de un reforzamiento positivo, se logra la conducta deseada. Una pequeña recompensa o regalo, en el caso de los pacientes pediátricos, como una pegatina, un juguete pequeño, o un cepillo de dientes al final de la visita, también es un reforzamiento eficaz. Es fundamental no dar una recompensa si no se cumplió el objetivo ni se avanzó lo más mínimo en el manejo de la conducta, en especial si el niño se comportó mal, ya que ello solo reforzaría la conducta negativa (44).
- *Negativo/Condicionamiento aversivo*: El condicionamiento aversivo es una forma de terapia conductual en la que un estímulo aversivo, constituido por un objeto o suceso que causa intensos sentimientos de desagrado o disgusto, se relaciona con una conducta indeseable a fin de reducir o eliminar esta última. El objetivo es disminuir o eliminar la conducta indeseable, modificando un comportamiento específico a fin de provocar cambios más generalizados. En tales situaciones, tanto el tipo de conducta como el tipo de estímulo aversivo usado influirán en el tratamiento que se emprenda. En esta técnica se realiza reforzamiento negativo, que consiste en presentar un estímulo hasta que se produzca una respuesta que

elimine o reduzca los efectos de este estímulo, en este caso de la ansiedad. No debe confundirse con el castigo, ya que la eliminación del reforzamiento negativo fortalece la conducta deseada (44). Un ejemplo concreto sería el manejo de la ausencia-presencia de los padres del paciente infantil en el gabinete:

- *Exclusion selectiva de los padres*: se puede usar con los pacientes menores, como una técnica en el caso de un paciente pediátrico que no colabora (41, 47). Estando en consulta acompañados por sus padres desde el inicio, y en caso de que el paciente presente una actitud de tipo rabieta o berrinche y se pierda la comunicación entre el profesional y el paciente, se solicita a los padres que abandonen la consulta. Antes de realizar esta técnica, será necesario dar una explicación detallada del procedimiento a los padres, y estos deberán estar de acuerdo. Además, antes de que salgan, debe informarse al niño cuáles son las condiciones para que vuelvan y, una vez que éste exhiba la conducta deseada, se debe llamar a los padres. Se supone que mediante este refuerzo negativo se fortalecerá la conducta deseada (41, 44). También se considera que el retorno de los padres al gabinete puede ser percibido como un refuerzo positivo por el niño por su mejora en la conducta (47). Se ha observado que la presencia de los padres en la consulta conlleva una menor frecuencia cardíaca en el paciente pediátrico, lo que sugiere que su presencia le calma, como forma de consuelo (41).

De todas formas, en muchos casos, comunicarse de una manera empática suele ser suficiente para producir una mejora en el comportamiento, sin tener que recurrir a que finalmente los acompañantes abandonen la consulta (47).

#### → *Técnicas de relajación*

La respuesta de relajación es la opuesta al estrés, y cuando se practica de forma regular no sólo disminuye la ansiedad si no que también permite al individuo manejar sus síntomas. Esto se puede conseguir mediante la respiración profunda y la relajación muscular. Cuando una persona está físicamente relajada, se considera que es imposible que esté mentalmente tensa a la vez. Estas técnicas se basan en el hecho de que los estímulos que provocan ansiedad originan un aumento de la tensión física muscular, lo cual tienden a incrementar la percepción de ansiedad.

Es interesante, incluso necesario, que los profesionales que vayan a implantar estas técnicas estén familiarizados con ellas de forma personal previamente, llevando a cabo un entrenamiento especial.

Una vez que se haya identificado a un paciente ansioso, estas técnicas podrían aplicarse incluso antes de que se siente en el sillón dental, para que cuando lo haga esté ya más relajado (10).

- *Relajación muscular progresiva de Jacobsen*: es la técnica que más comúnmente se enseña a los pacientes. Busca la relajación mediante la disminución de la tensión muscular, tensando y relajando los músculos por gru-

pos específicos (10, 26) durante 5 a 7 segundos de tensión, seguidos de 20 segundos de relajación, durante 15 a 20 minutos en total. Este método debería practicarse también en casa a diario (10).

Los grupos de músculos que generalmente se utilizan en esta técnica son (10):

- Pies, pantorrillas, muslos y nalgas.
  - Manos, antebrazo y bíceps.
  - Pecho, abdomen y parte baja de la espalda.
  - Cabeza, cara, cuello y hombros.
- *Terapia breve de relajación/Relajación funcional:* utilizada en gran variedad de desórdenes psicósomáticos a través de la estimulación positiva del sistema nervioso autónomo. En ella los pacientes realizan movimientos mínimos de pequeñas articulaciones durante la exhalación relajada mientras se concentran en percibir los cambios en las sensaciones del cuerpo que desencadenan los movimientos (10).
  - *Relajación autogénica:* se utiliza para reducir la tensión muscular y controlar su respiración. Es una técnica de autocontrol psicofisiológica que da lugar a una relajación tanto física como mental. Implica el uso de la autosugestión mediante la cual los pacientes aprenden a alterar sus funciones psicofisiológicas. Estos ejercicios deben practicarse en una estancia tranquila con luz tenue, sin interrupciones, y retirando las prendas que puedan apretar el cuerpo o limitar los movimientos. El procedimiento consiste en relajar el cuerpo, cerrar los ojos y repetir mentalmente una serie de frases breves que se centran en sentimientos de: paz, pesadez en las extremidades, calor periférico, respiración calmada y regular, regularidad cardíaca, calor abdominal y frescor en la frente. También requiere un entrenamiento diario durante varias semanas (10).
  - *Técnica de la relajación aplicada de Ost:* consiste en registrar de forma detallada las sensaciones de ansiedad, especialmente a nivel físico, de manera que el paciente que lo hace cada vez se vuelve más consciente de ello, y esto ayuda a disminuirla (10).
  - *Respiración diafragmática/Relajación profunda:* la forma fundamental para ayudar a los pacientes a relajarse físicamente es instruirles en las técnicas de respiración adecuadas, como ésta, que se considera una manera relajada de respirar, ya que reduce la tensión en el pecho y proporciona más oxigenación. La técnica sería la siguiente:
    1. Postura sentada con la espalda recta y con la cabeza hacia arriba sin inclinarla hacia adelante ni hacia atrás.
    2. Se coloca una mano sobre el pecho y otra sobre el abdomen.
    3. Se suelta todo el aire de los pulmones hasta que se sienta vacío.
    4. Acto seguido, se comienza a inhalar de forma uniforme, contando lentamente hasta que se sientan los pul-

mones llenos, empezando a llenarse de aire desde el abdomen (10, 26).

5. Después se exhala uniformemente, también contando de forma lenta, sin soltar el aire de forma repentina. La exhalación debería ser más larga que la inhalación (10).
- *Meditación:* es una técnica eficaz que permite un gran control sobre el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico. Existen cuatro elementos necesarios para desencadenar la respuesta de relajación: musculatura relajada, ambiente tranquilo, dejar pasar los pensamientos sin prestarles atención y enfocarla en su lugar en estímulos mentales repetitivos (una palabra, un sonido, una frase o mantra e incluso la atención a la propia respiración). La estimulación regular de estos aspectos parece disminuir los efectos del estrés y es beneficiosa en el tratamiento de muchos otros problemas de salud (10).
  - *Visualizaciones guiadas:* se trata de ensoñaciones o fantasías que se realizan de forma deliberada, echando mano de todos los sentidos para crear un estado enfocado en la relajación y una sensación de bienestar físico y emocional. Es un ejercicio que también implica a la mente y el cuerpo. A los pacientes se les instruye a que desarrollen una imagen mental de experiencias o lugares agradables y tranquilos, de forma que su atención se centre en la relajación que producen y así disminuir su ansiedad. Existen tres etapas dentro de la visualización guiada: la relajación, la visualización en sí y la sugestión positiva. La imagen mental puede ser un lugar agradable y seguro para la persona, a su elección (por ejemplo: una playa, la montaña, un lago...). El profesional o en su caso, el audio grabado que se utilice para esta técnica, guía al paciente a crear un escenario lleno de detalles incluidos los sonidos, olores y colores. Esto también produce una relajación muy agradable y reconfortante a nivel físico. Hay estudios que han mostrado la efectividad de esta técnica en el tratamiento del estrés y la ansiedad, así como en otras patologías. Es fácil de aprender, enseñar y poner en práctica, y también se puede usar a diario (10).

### *Comunicación e inteligencia emocional*

Un profesional compasivo y empático con un adecuado entrenamiento puede ayudar a superar el miedo dental de sus pacientes mediante sencillas técnicas aplicables en su día a día en la consulta, y ofreciendo además herramientas y habilidades al paciente para que pueda formar parte del proceso, e incluso trabajarlo en su domicilio como es en el caso de las técnicas de relajación.

La comunicación entre profesionales y pacientes, como ya se ha explicado, juega un papel crucial. El soporte verbal y el hecho de proporcionar tranquilidad a las personas que acuden a la consulta son estrategias usadas con frecuencia y que deberían llevarse a cabo por parte de todo el equipo dental, más aún si cabe en el caso de paciente con necesidades específicas como los que padecen ansiedad dental. Para ello, sus citas y su manejo requerirá normal-

mente más tiempo para poder ayudarles a superar sus dificultades (26). Si, por el contrario, el profesional conduce la visita de manera rutinaria, como con cualquier paciente, sin prestar atención a sus emociones ni darles la suficiente importancia y sólo centrándose en aspectos prácticos de su patología y tratamiento bucodental, de mano el problema de miedo seguirá ahí o incluso puede empeorar, ya que el paciente puede interpretar esta actitud de indiferencia e insensibilidad de forma negativa (49).

A continuación se exponen una serie de detalles y consejos paso a paso que se pueden aplicar a la hora de tratar con un paciente extremadamente ansioso o con un miedo dental muy fuerte:

- Antes de entrar al gabinete, sentarse con el paciente en la sala de espera si están solos, o otra estancia agradable sin estímulos de tipo dental. En ese momento, presentarse, hablar de forma cercana y tranquila, interesarse por el paciente, por sus intereses y su vida en general, sin resultar indiscreto. Todo ello con el objetivo de crear un ambiente distendido y cómodo, sin entrar directamente a hablar de temas dentales. Esto ayuda a que el paciente se vaya calmando. Después, el profesional puede hablar su trabajo y su forma de proceder. Le comenta, con comprensión, que se da cuenta de su miedo y que es consciente de que está pasándolo mal, lo cual se tendrá en cuenta e irán muy poco a poco.
- A continuación se puede cambiar de sala, a la propia consulta, e ir explicando las partes de la estancia. Ya entrando en materia, se le pregunta sobre sus experiencias previas en la odontología y la forma que tenía de manejarlas. Se le explica que, si se encuentra tenso, eso hace que se tense el área orofacial, lo cual puede dificultar el tratamiento y empeorar la incomodidad que siente, se explican por tanto los beneficios de estar relajado en comparación con estar tenso, nunca recriminando, si no de forma siempre comprensiva y amable. Mostrar siempre confianza en el paciente y en su capacidad de mejora.
- Se recomienda a continuación realizar una actividad de relajación antes de realizar la exploración oral. Por ejemplo, se le sugiere que imagine que está en un lugar placentero, de su gusto, y se le va guiando para que relaje los músculos de forma progresiva, usando la técnica de Jacobsen. Si llevaba un objeto en la mano que estuviese apretando, o simplemente estaba apretando sus manos, se le anima a que lo suelte y se relaje. El profesional siempre debe ir muy poco a poco, y agradecer la colaboración del paciente. Se puede recomendar al paciente que realice en su casa ejercicios similares de relajación, lo cual le puede beneficiar, ya que cuanto más se entrene más fácil le va a ir resultando en el futuro relajarse. Cuando el alcance u origen de la fobia es más profundo, causada o reforzada por problemas psicológicos más complejos, se le puede sugerir con mucho tacto que trate el caso con un profesional de la psicología. Hasta aquí, podrían ser las actividades a realizar en una primera visita, aunque todo depende del paciente y su disposición, queda a elección del profesional el continuar en la misma con la exploración o algún tipo de aproximación más, o dejarlo para la cita siguiente.

- En la siguiente consulta, o en la misma, a medida que el paciente se vaya relajando y entrando con más confianza, se puede ir sugiriendo ir un paso más allá, como por ejemplo echarle hacia atrás en la camilla o realizar una exploración de su cavidad oral. Se puede empezar, como en la cita anterior, con un pequeño ejercicio de relajación. Es conveniente acordar una señal para detener el proceso por parte del paciente, como puede ser levantar la mano izquierda, lo cual le da una cierta sensación de control sobre la situación y confianza. Explicar que, como el profesional estará centrado en lo que está realizando en su boca, puede ser que no se dé cuenta inmediatamente de la señal, pero que el personal auxiliar estará pendiente de ello. Siempre se debe respetar este acuerdo, en el momento que no sea así, se perderá la confianza del paciente (44). Se procede entonces a realizar la exploración, explicando previamente las herramientas necesarias para ello. A cada pequeño avance, se realiza un refuerzo positivo, con comentarios de ánimo, reconocimiento y agradecimiento. Se le sugiere también, que sería buena idea que también se premiara de alguna manera a sí mismo por los avances conseguidos y por ir adquiriendo nuevas habilidades para manejar sus miedos, lo cual fortalecerá su autoestima y se sentirá orgulloso de sí mismo, en lugar de juzgarse y culparse como seguramente venía haciendo hasta ahora.
- En visitas sucesivas, se le anima al paciente entrar directamente a la consulta, seguir explicando y recordando que si su cuerpo está tenso, su boca también, lo cual puede dificultar el tratamiento y generarle sensaciones de incomodidad. Se comienza con el pequeño ejercicio de relajación, para que no olvide la gran diferencia entre estar en tensión y estar relajado, lo cual es agradable. Para realizar el tratamiento, previamente acordado y explicado, siempre se debe ir despacio y felicitando al paciente con cada avance en el mismo. Al final de las citas, es conveniente dedicar unos minutos a hablar y a hacer acuerdos para la siguiente cita, así como siempre dar la enhorabuena ante la más mínima mejora en su manejo del miedo (50).
- Un detalle también a tener en cuenta, es hacer esperar lo mínimo posible a este tipo de pacientes (10).

#### Otros tratamientos

- *Hipnosis*: La hipnosis tiene un fuerte potencial como herramienta alternativa. Puede ser efectiva cuando se emplea para disminuir o trascender la ansiedad dental en la fase preoperatoria, además de inducir una relajación profunda e incrementar el umbral del dolor durante el tratamiento. Se ha probado que la hipnosis produce cambios específicos en varias áreas y circuitos cerebrales, relacionados por ejemplo con la activación y conectividad de la matriz neuronal del dolor (4, 40). Puede considerarse como una intervención capaz de afectar al nivel de ansiedad y de miedo a través de la activación mental de la matriz neuronal y el sistema límbico (40). Aún así, no existen estudios concluyentes sobre su efectividad (14).

- **Acupuntura:** Es un método terapéutico de mínima intervención simple y barato, pero que requiere formación especializada, y su eficacia por sí sola no está del todo clara (10).
- **Restricción física:** La restricción física es una técnica nombrada como alternativa en algunos estudios, y se caracteriza por restringir forzosamente el movimiento del paciente. Este acercamiento debería estar limitado a situaciones críticas y raras, donde no hay otras posibilidades de intervención (40). Por ello se coloca la última por mencionarla, ya que su uso es improbable hoy en día, se debería tratar de evitar por todos los medios, y en sí no soluciona la ansiedad dental, incluso podría incrementarla a posteriori.

### Técnicas farmacológicas

La administración de fármacos relajantes cuenta con una amplia experiencia en el manejo de la ansiedad en la odontología (4), sobre todo para su prevención y control ante la realización de tratamientos cuando las técnicas de manejo de conducta no son suficientes o eficaces por sí mismas (15, 40). El uso de benzodiazepinas y su combinación con la técnica de sedación con óxido nitroso y oxígeno, muestran resultados efectivos y una alternativa mucho más segura, sencilla y económica que la anestesia general. Los fármacos a utilizar deben actuar de forma rápida, así como presentar un período corto de actuación, para que el paciente pueda regresar a su estado normal en un lapso corto de tiempo (26). Además, la sedación no sólo tiene como objetivo reducir el miedo y la ansiedad, si no también reducir la percepción de dolor durante el tratamiento, lo que también ayuda a prevenir el desarrollo de fobia dental o aumentar su ansiedad (53).

Existen varios niveles de sedación, desde la sedación mínima hasta la anestesia general:

- **Ansiolisis/sedación mínima:** Es el estado farmacológicamente inducido durante el cual los pacientes pueden responder de forma normal a las órdenes verbales. Las funciones cognitivas y de coordinación pueden estar afectadas levemente. Las funciones cardiovascular y respiratoria están conservadas (53).
- **Sedación consciente:** Se trata de un estado inducido farmacológicamente, que incluye depresión de la conciencia y durante el cual el paciente puede responder a las órdenes verbales. No precisa de intervenciones adicionales para mantener permeable la vía aérea del paciente, ya que la ventilación es espontánea y adecuada, y la función cardiovascular está conservada (53).

Los fármacos más utilizados son:

- Las **benzodiazepinas:** son fármacos que tienen efecto ansiolítico (reduce el estrés con aporte de sensación de bienestar), sedante, hipnótico, relajante muscular, anti-convulsivante, depresor respiratorio, amnésico anterógrado; carecen de efecto analgésico por sí mismos pero sí que potencian el efecto de analgésicos y antiinflamatorios, son bastante seguras y carecen de efectos colaterales de importancia (4, 53). Por todo ello, proporcio-

nan una mayor cooperación del paciente al facilitar su manejo por parte del profesional (4). Se administran mayoritariamente por vía oral aunque pueden administrarse también por vía nasal. La vía rectal no es muy recomendable, por la variabilidad en su absorción. La vía endovenosa se utiliza veces para la administración de estos fármacos por su efecto más rápido y por la necesidad de disponer de una vía para administrar otros fármacos, como sería el caso de la sedación profunda (53). Durante muchos años se ha utilizado el diazepam que se ha ido sustituido progresivamente por el midazolam. En la actualidad, dependiendo del profesional, se usan indistintamente aunque, hoy en día, el midazolam es la benzodiazepina estándar de elección para efectuar sedación consciente por vía oral. Tiene un efecto añadido de producir amnesia anterógrada (el paciente puede no recordar la sesión de sedación, lo que –relativamente– es un efecto favorable para la actividad odontológica). El pico plasmático se consigue 20 minutos tras la ingesta y el efecto sedante desaparece a los 45 minutos, siendo su vida media de 2 horas. La dosis de midazolam en paciente con menos de 25 kg de peso es de 0.3-0.5 mg/kg, con una dosis máxima de 12 mg. En pacientes mayores de 25 kg de peso la dosis a administrar es de 7.5-12 mg. Las pastillas se dan una hora antes, y viene en presentación de solución, de 20 a 30 minutos antes del tratamiento. El diazepam, en cambio, tiene un efecto clínico que se produce a la hora de su administración oral, y su vida media es mucho mayor, de uno hasta dos días. Es muy efectivo para reducir la ansiedad antes del tratamiento y para tratar alteraciones del sueño los días previos al procedimiento (53).

- El **óxido nitroso** en combinación con oxígeno: se administra por vía inhalatoria de forma segura al 50% (53). Sus efectos clínicos aparecen en pocos minutos, y permite ir graduando la dosis de forma creciente ya que el profesional puede ir ajustando e ir observando sus efectos clínicos, de manera que resulta un método seguro. Uno de los posibles inconvenientes es la posible dificultad con la no aceptación de la máscara nasal por los pacientes (4), además de la necesidad de un adecuada formación, entrenamiento y la adquisición de un equipamiento específico (16).
- **Analgesia/sedación profunda:** Es un estado farmacológicamente inducido que cursa con depresión de la conciencia, en el que no se puede despertar al paciente fácilmente, pero puede responder a estímulos dolorosos repetidos. Puede existir compromiso en mantener la vía aérea y la ventilación puede ser inadecuada, por lo que requiere asistencia especializada para vigilar y mantener la función respiratoria. No suele haber compromiso cardiovascular (53).
- **Analgesia/anestesia general:** Estado inducido farmacológicamente que cursa con pérdida de conciencia, durante el cual el paciente no puede despertar incluso con estímulos dolorosos. Tanto vías aéreas como ventilación están comprometidas y podrían producirse alteraciones de la función cardiovascular (53). Se ha propuesto como alternativa farmacológica aunque está desaconsejada por los raros pero posibles efectos adversos graves y el

alto coste que requiere incluir especialistas en anestesiología y enfermería específica (18).

La evaluación previa del paciente debe incluir una historia médica y dental completa. Únicamente se consideran beneficiarios para la sedación consciente como pacientes ambulatorios los pacientes mayores de 5 años de edad que estén incluidos en las clases I y II de los criterios ASA (pacientes sanos o con patología sistémica leve controlada y no incapacitante) (53).

En cuanto a las contraindicaciones de la sedación en medio ambulatorio, serían las siguientes (53):

- Menores de 1 año de edad (se debe ser muy cauto en menores de 5 años).
- Vía aérea afectada: amígdalas hipertróficas, historia de apnea del sueño...
- Disfunción respiratoria o cardiaca.
- Depresión del nivel de conciencia.
- Enfermedad neuromuscular
- Infección activa del tracto respiratorio
- Alergia conocida o reacción adversa previa a los fármacos utilizados
- Pacientes muy angustiados a pesar de una correcta preparación, problemas de conducta o rechazo por parte del responsable legal del paciente.

El uso de sedación profunda y anestesia general debe realizarse en clínicas o centros hospitalarios autorizados, con un equipo especial y con la ayuda del especialista en anestesia y reanimación.

Es fundamental la entrega y firma de un consentimiento informado para la práctica de la sedación, previamente al mismo, habiendo explicado con anterioridad las características del procedimiento, sus posibles efectos adversos y las recomendaciones a seguir tanto previa como posteriormente al procedimiento (53).

Debe evitarse la combinación de varios fármacos sedantes en pacientes pediátricos, ya que esta práctica se asocia a una mayor profundidad en los niveles de sedación y a mayor probabilidad de reacciones adversas. Las dosis de los fármacos deben individualizarse para cada paciente en función de su edad, peso, tipo de procedimiento y medicación adicional que esté tomando en ese momento o se vaya a administrar. La vía de administración a elegir debe ser la más confortable para el paciente.

El profesional que realice estas técnicas debe estar preparado para manejar y recuperar al paciente en el caso de que llegue a un nivel de sedación más profundo del deseado en un principio.

Se debe tener en cuenta que si, tras la administración del sedante, se observan efectos en el paciente del tipo excitación, inquietud, rebeldía o falta de cooperación, se debe abandonar el procedimiento y considerar la programación del mismo con anestesia general (53).

Este tipo de procedimientos sólo se deberían emplear en casos muy concretos. Hay autores que encontraron que los miedos de los pacientes sometidos a anestesia general aumentaron (2), lo cual confirma que estas estrategias son útiles y ayudan pero no solucionan el problema de base.

La ansiedad dental tal vez pueda ser disminuida con terapias psicológicas sin necesidad de recurrir a los tratamientos farmacológicos ya que, en ocasiones, se abusa de la sedación solo por que el paciente presente algún nivel de ansiedad o simplemente no coopere en el tratamiento de forma inicial, y esto a veces es por desconocimiento y falta de práctica en otros tipo de alternativas de manejo no invasivas (8).

- *Otros fármacos:* Existen referencias sobre el uso de clonidina como alternativa en el tratamiento de la ansiedad dental. Sus beneficios son que estabiliza y favorece la manifestación de los signos somáticos de ansiedad con mínimos efectos secundarios. También hay algún estudio que asegura que la pasiflora ayuda a reducir la ansiedad de los pacientes (4).

#### *Combinación de técnicas y preferencias*

No es habitual que se emplee sólo una técnica de las mencionadas de forma individual, ya que, de mano, las hay que las unas implican a las otras, sobre todo en materia de manejo de conducta. Existe evidencia de efectos positivos adicionales cuando se combinan dos o más técnicas, especialmente distracción con Decir-Mostrar-Hacer (4, 15). Otros estudios sugieren que las técnicas de manejo de conducta y las de sedación pueden combinarse, potenciando sus distintos mecanismos de forma sinérgica (40, 53), pero en lo que coinciden todos es en que se debe siempre tratar de manejar estas situaciones sólo con técnicas no farmacológicas, y dejar éstas últimas sólo para casos muy concretos.

En cuanto a las preferencias de los pacientes en general, la mayoría de los padres de pacientes pediátricos prefieren las de manejo de conducta tipo Decir-Mostrar-Hacer y refuerzo positivo, coincidiendo con la opinión también de los profesionales, ya que son las técnicas más usadas, sencillas y con las que se suelen encontrar más cómodos. La menos deseada también, en ambos casos, es la anestesia general (51), siempre considerada como última elección.

#### *Ansiedad en el equipo dental*

Aunque el tema central de esta revisión es la ansiedad dental en los pacientes, no está de más hacer una mención a la ansiedad que se puede presentar dentro del equipo de trabajadores de la consulta ya que también influye significativamente en el trato con el paciente. A su vez, tratar con pacientes con altos niveles de ansiedad, si el profesional no está preparado para gestionar la tensión que se pueda generar en la consulta y sus propios pensamientos y emociones, puede dar lugar también a estrés y ansiedad (16, 40).

Algunos síntomas de ansiedad y estrés relacionados con el trabajo que pueden manifestar los profesionales son:

cansancio constante, desilusión general, decepción, apatía, tristeza, trastornos del sueño, nerviosismo, irritabilidad... Y todo ello influye sobremanera, no sólo en el bienestar de quien lo sufre, si no también en el ambiente de la consulta y en sus pacientes en particular. En cambio, cuando la persona está motivada, eso también se extrapola a la relación con sus pacientes. Es fundamental para ello saber identificar las emociones que aparecen, como la ira cuando algo no sale como se espera, o cuando alguien no actúa como sería deseable; saber dominar la frustración; desarrollar la paciencia; saber descansar y desconectar. Competencias como la empatía, la confianza y la calma tienen la capacidad de contagiarse emocionalmente en las personas con las que tratamos. Hay personas que manifiestan estas virtudes de manera natural y sin esfuerzo, otras sin embargo tienen que adquirirlas. La buena noticia es que hay formas de conseguirlo (48).

Una de ellas es la práctica de la atención plena o *mindfulness*, que consiste en, ni más ni menos que prestar atención al momento presente, observando con calma todo lo que acontece (incluidos los pensamientos, emociones y sensaciones) sin juzgarlo ni intentar cambiarlo. Se basa en una técnica de meditación dirigida a concentrar la mente en el presente, acogiendo de forma amorosa y compasiva lo que surja en la experiencia, tanto externa como internamente. Para los profesionales de la odontología es una herramienta útil ya que el profesional suele tener la mente muy dispersa, enfocada en problemas relacionados en gran medida con su trabajo, y todo ello puede acabar produciendo estrés y otros problemas añadidos. Está claro que los problemas no van a desaparecer por practicar esta técnica, lo que cambia es la forma de verlos, más como oportunidades que como obstáculos.

La atención plena trabaja tres aspectos fundamentales: la atención, la aceptación y el discernimiento. En resumen, se podría expresar con la siguiente frase: "La única realidad es el presente, ese momento pleno en que mente, cuerpo y espíritu están sincronizados, es el momento perfecto porque es real". El regresar una y otra vez, de nuestro enjambre mental al momento presente, de manera amable y consciente, es la invitación que nos hace la práctica del *mindfulness* (52).

## CONCLUSIONES

La ansiedad y el miedo al tratamiento odontológico siguen estando muy presentes en la sociedad actual a nivel mundial y afectando a todas las edades a pesar de los imparable avances en el desarrollo de la especialidad (26). Las causas son variadas y complejas (23), y conocerlas y entender los mecanismos que dan lugar a estas entidades tan frecuentes y preocupantes ayudan a ofrecer un adecuado tratamiento por parte de los profesionales, tanto del campo de la odontología como de la psicología, el cual se ve obviamente implicado. Preocupan sobre todo los casos en que el miedo es tan alto que constituye una barrera, no sólo para recibir una adecuada atención sanitaria, si no para muchos aspectos de la vida de quien lo padece. Las consecuencias no son nada desdeñables, y no sólo implican deterioro progresivo de la salud oral, también otras más graves como afectación de la salud general y dificultades a nivel emocional y social (23, 34).

Está en manos de los profesionales que atienden a estas personas ofrecerles las habilidades y herramientas que les puedan ayudar a superar estas barreras (19), además de con el objetivo de ser capaces de recibir un tratamiento necesario para su salud de la manera más agradable posible de forma puntual, también para que en un futuro sus miedos no les impidan cuidar de su salud bucodental y reforzar su autoestima y autoeficacia.

No existe una estrategia de manejo única y milagrosa, pero lo que queda claro es que las habilidades de comunicación y la inteligencia emocional juegan un papel fundamental en el establecimiento de una adecuada relación profesional-paciente, lo cual es la base de las principales técnicas de tratamiento para ayudar a disminuir y superar la ansiedad dental de los pacientes (25, 49). Éstos, como cualquier puede entender al ponerse en su lugar, necesitan sentirse valorados, valiosos, escuchados, comprendidos y apoyados, no meros destinatarios de un tratamiento dental (10, 19, 46). Para todo ello se requiere tiempo, cosa que en ocasiones resulta difícil con el ritmo de vida actual tan acelerado que llevamos.

Se destaca la utilidad de la evaluación previa, junto a todos los aspectos de salud del paciente a la hora de elaborar su historia clínica, de su nivel de ansiedad dental y preocupaciones sobre la odontología (19, 26). No es algo que requiera un esfuerzo grande por parte de ambas partes y mejoraría en gran medida la comunicación y el consiguiente tratamiento (49).

Las técnicas de manejo de conducta siempre son las de elección y existen varias a la disposición del profesional que, además, se pueden combinar entre sí potenciando su eficacia. Algunas no requieren un entrenamiento previo específico muy costoso, sí motivación e interés; en cambio otras, más cercanas a la psicoterapia, sí que precisarían de una formación concreta, incluso del apoyo de un profesional de la psicología.

Para finalizar, no hay que subestimar el efecto que pueden tener la ansiedad dental y el miedo de los pacientes, entre otros aspectos de la vida laboral, en la salud emocional y física de los propios profesionales. Esto no quiere decir que los pacientes sean la causa, lo que se viene a sugerir es que, si el profesional no está preparado y tampoco dispone de las herramientas y habilidades personales de gestionar sus propias emociones, podría ser susceptible de desarrollar ansiedad y estrés como consecuencia de las diversas situaciones de tensión que pueden dar en su consulta, influenciando negativamente sobre la relación profesional-paciente (25).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Strieder A.P., Marchini T., Rios D., Pereira A.F., Cruvinel T. Is there a relationship of negative oral health beliefs with dental fear and anxiety regarding diverse dental patient groups? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral investigations* 2019. 5: 1-9.
2. Mendoza A., Biedma M., Yañez R., Iglesias A. Dental fear in children: the role of previous negative dental experiences. *Clin Oral Invest.* 2015; 19(3): 745-751.

3. Rodríguez H.E., Cázares de León F. Efectos negativos de la ansiedad al tratamiento estomatológico. *Rev Cubana Estomatol.* 2018; 55 (4).
4. Rodríguez H. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la ansiedad al tratamiento estomatológico. *Rev Cubana Estomatol.* 2016; 53(4).
5. Utrilla M., Mediavilla H. Trato del paciente con ansiedad. *Dentistas.* 2019. 38: 46-49.
6. Shahnava S., Hedman E., Grindefjord M., Reuterskiöld L. et al. Cognitive behavioral therapy for children with dental anxiety. *JDR Clin Trans Res.* 2016; 1 (3), 234-243.
7. Shinde S., Hedge R. Evaluation of the influence of parental anxiety on children's behaviour and understanding children's dental anxiety after sequential dental visits. *Indian J Dent Res.* 2017, vol 28: 22-26.
8. Cázares F., Montoya B., Quiroga M. Ansiedad dental en adultos en el tratamiento odontológico. *Rev Mexicana Estomatol.* 2015; 2(2).
9. Lin C.S., Wu S., Yi C.A. Association between anxiety and pain in dental treatment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of dental research vol.* 2017. 96 (2): 153-162.
10. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2016; 8: 35-50.
11. Ferreira M., Díaz C., Pérez N., Cueto N. et al. Nivel de ansiedad de los pacientes antes de ingresar a la consulta odontológica. *Rev Cienc Salud.* 2018; 16(3): 463-472.
12. Rodrigues E., Leao M., Fernando F., Sousa M. Clinical and individual variables in children's dental fear: a school-based investigation. *Braz Dent J.* 2017; 28(3).
13. Ahmad A., Shoaib M., Ahmad I. Evaluation of dental anxiety among children visiting Paediatric Dental Department at Children Hospital. *J.PMA.* 2017; 67(10).
14. Ríos M., Herrera A., Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontostomatol.* 2014; 30(1): 39-46.
15. Khandelwal D., Kalra N., Tyagi R., Khatri A., Gupta K. Control of anxiety in pediatric patients using "tell show do" method and audiovisual distraction. *The Journal of contemporary dental practice.* 2018. 19: 1058-1064.
16. Williams K., Lambaria S., askounes S. Assessing the attitudes and clinical practices of Ohio dentists treating patients with dental anxiety. *Dent J (Basel).* 2016; 4(4): 33.
17. Brahm C., Lundgren J., Carlsson S., Nilsson P. Evaluation of the Jönköping dental fear coping model: a patient perspective. *Acta Odontologica Scandinavica.* 2019; 77(3).
18. Cianetti S., Paglia L., Gatto R., Montedori A. et al. Evidence of pharmacological and non-pharmacological interventions for the management of dental fear in paediatric dentistry: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 2017; 7 (8).
19. Munayco E., Mattos M., Torres G., Blanco D. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de los niños al tratamiento odontológico. *Int J Dental Sc.* 2018; 20(3): 81-91.
20. Rojas-Alcayaga G., Alfaro K., Ríos-Erao M., Herrera A., Baharona P. Efectividad de la distracción musical sobre la ansiedad dental y adherencia al tratamiento en niños de 6 años: ensayo clínico aleatorizado. *Int J odontostomat* 2018 12(1): 35-42.
21. Osman O., Mohmoud H., Abubakr N. et al. Patient-dentist relationship and dental anxiety among Young Sudanese adult patients. *Int Dent J.* 69(1): 35-43.
22. Seligman L., Hovey J., Chacon K., Ollendick T. Dental anxiety: an understudied problema in youth. *Clinical psychology review.* 2017. 55: 25-40.
23. Heidar E., Buchanan H. Fear of the dentist. *British dental journal* 2017. 222(9): 670-671.
24. Alarco L., Casas L., Reyes M., Ramirez M. Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana.* 2017: 17(1).
25. Wang M., Vinall-Collier K., Csikar J., Douglas G. A qualitative study of patients' views of techniques to reduce dental anxiety. *Journal of Dentistry.* 2017 66: 45-51.
26. Díaz-Almenara E.M., San Martín L., Marchena L., Abalos C.M., Ruiz-Veguilla M. Estudio sobre los factores asociados a la fobia dental. *RCOE* 2015. 20(4): 235-243.
27. Jeddy N., Nithya S., Radhika R. Dental anxiety and influencing factors: a cross-sectional questionnaire-based survey. *Indian J of Dent Res* 2018; 29: 10-15.
28. Doganer Y., Aydogan U., Yesil H., Rohrer J. et al. Does the trait anxiety affect the dental fear? *Braz Oral Res.* 2017; 31.
29. Heaton L. Self-reported dental anxiety associated with both state anxiety and dental procedure-related pain. *The journal of evidence-based dental practice.* 2017. 17(1): 45-47.
30. Bartolomé B., Torres L., Méndez M., Almenara M. Factores que influyen en la ansiedad dental del paciente infantil. *Rev científica de formación continuada.* 2019; 16(1): 59-66.
31. Liinavouri A., Tolvanen M., Pohjola V., Lahti S. Changes in dental fear among Finnish adults: a national survey. *Community dent oral espidemiol* 2016; 44: 128-134.
32. Babaji P., Chauhan P., Churasia V., Kaur T., Singh S., Augustine M. A cross-sectional evaluation of children preference for dentist attire and siringe type in reduction of dental anxiety. *Dent res J.* 2018, 15(6): 391-396.
33. Popescu S., Dascalu I., Scriciu M. et al. Dental anxiety and its association with behavioural factors in children. *Curr Health Sci J.* 40(4): 261-264.

34. Kakkar M., Wahid A., Thakkar R., Vohra I. et al. Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications. *J Dent Anesth Pain Med.* 2016; 16(3): 199-202.
35. Dean J. *Odontología Pediátrica y del Adolescente.* Ed Elsevier 2018.
36. Pop-Jordanova N., Sarakinova O., Pop-Stefanova M. et al. Anxiety, stress and coping patterns in children in dental setting. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018; 6(4): 692-697.
37. Alshraim M., El-Housseiny A., Farsi N., Felemban O. et al. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2018; 18:33.
38. Kronina L., Rascevska M., Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. *Stomatologija, Baltic Dent Maxillofacial J.* 2017; 19: 84-90.
39. Wu L., Gao X. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC Oral Health.* 2018; 18:100.
40. Facco E., Zanette G. The odyssey of dental anxiety: from prehistory to the present. A narrative review. *Front Psychol.* 2017; 8:1155.
41. Pani S., Alanazi G., Albaragash A., Almosaihel A. Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016; 6 (2): S148-S152.
42. Chapman H., Kirby-Turner N. Psychological intrusion – an overlooked aspect of dental fear. *Front Psychol* 2018; 9:501.
43. Caltabiano M., Croker F., Page L., Sklavos A. et al. Dental anxiety in patients attending a student dental clinic. *BMC Oral Health.* 2018; 18: 48.
44. Duggal M., Cameron A., Toumba J. *Odontología Pediátrica.* Ed. El Manual Moderno, 2014.
45. Valdés J.M. La comunicación con el paciente: El reto del entendimiento mutuo. *Dentistas.* 2018. 30: 50-53.
46. Roig P. El valor de la primera última visita. *Dentistas* 2018; 32: 46-47.
47. Boka V., Arapostathis K., Charitoudis G., Veerkamp J., van Loveren C., Kotsanos N. A study of parental presence/absence technique for child dental behaviour management. *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2017 18(6): 405-409.
48. Mediavilla H. Emotional Dentistry. *EC Dental Science* 2018; 17(1): 23-24.
49. Hally J., Freeman R., Yuan S., Humphris G. The importance of acknowledgement of emotions in routine patient psychological assessment: the example of the dental setting. *British dental journal* 2017. 223(2): 87
50. Chapman H.R. A ghost from the past. *JDR Clinical and Translational Research.* 2016. 1(3): 300-301.
51. Venkataraghavan K., Shah J., Kaur M., Trivedi K. et al. Pro-activeness of parents in accepting behaviour management techniques: a cross-sectional evaluative study. *J Clin Diagn Res.* 2016, 10(7): ZC46-ZC49.
52. Mediavilla H., Utrilla M. Mindfulness, atención plena en odontología. *Gaceta Dental* 2014.
53. *Guía de Sedación en Odontopediatría.* Sociedad Española de Odontopediatría. 2019.

## ANEXO 1 – ESCALA DE ANSIEDAD DE CORAH

Emplee unos minutos en realizar este sencillo test.

Marque con un círculo una sola respuesta a las siguientes preguntas:

- A. Si usted tuviera que ir al dentista mañana, ¿cómo se sentiría?:
1. Pensaría en ello como una experiencia razonablemente agradable.
  2. No estaría preocupado.
  3. Estaría un poco intranquilo.
  4. Tendría miedo que fuera desagradable y doloroso.
  5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.
- B. Cuando usted está esperando su turno en la consulta del dentista: ¿cómo se siente?
1. Relajado.
  2. Un poco intranquilo.
  3. Tenso.
  4. Ansioso.
  5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.
- C. Cuando usted está en el sillón del dentista esperando mientras sostiene las herramientas (el "taladro") listo para empezar el trabajo en sus dientes, ¿cómo se siente?:
1. Relajado.
  2. Un poco intranquilo
  3. Tenso.
  4. Ansioso.
  5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.
- D. Usted está en el sillón del dentista preparado para una limpieza dental. Mientras usted está esperan-

do, el dentista está sacando los instrumentos que usará para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?

1. Relajado.
2. Un poco intranquilo.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

Fuente: *Sedatium*.

## ANEXO 2 – ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL MODIFICADA

1. Si tuviera que ir al dentista mañana para una revisión, ¿cómo se sentiría al respecto?
  - a. Relajado, nada ansioso.
  - b. Ligeramente ansioso.
  - c. Bastante ansioso.
  - d. Muy ansioso e intranquilo.
  - e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad).
2. Cuando está esperando su turno en el consultorio del dentista en la silla, ¿cómo se siente?
  - a. Relajado, nada ansioso.
  - b. Ligeramente ansioso.
  - c. Bastante ansioso.
  - d. Muy ansioso e intranquilo.
  - e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad).
3. Cuando usted está en la silla del dentista esperando mientras el dentista prepara las herramientas ("el tala-dro") para comenzar el trabajo en los dientes, ¿cómo se siente?
  - a. Relajado, nada ansioso.
  - b. Ligeramente ansioso.
  - c. Bastante ansioso.
  - d. Muy ansioso e intranquilo.

e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad).

4. Imagínese que está en la silla del dentista para una limpieza dental. Mientras espera, el dentista o higienista saca los instrumentos que serán utilizados para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?

a. Relajado, nada ansioso.

b. Ligeramente ansioso.

c. Bastante ansioso.

d. Muy ansioso e intranquilo.

e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad).

5. Si le van a inyectar con una aguja anestésico local para su tratamiento dental, ¿cómo se siente?

a. Relajado, nada ansioso.

b. Ligeramente ansioso.

c. Bastante ansioso.

d. Muy ansioso e intranquilo.

e. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad).

### Una vez finalizado el cuestionario, cuantifique la puntuación obtenida:

Respuesta a: 1 punto

Respuesta b: 2 puntos

Respuesta c: 3 puntos

Respuesta d: 4 puntos

Respuesta e: 5 puntos

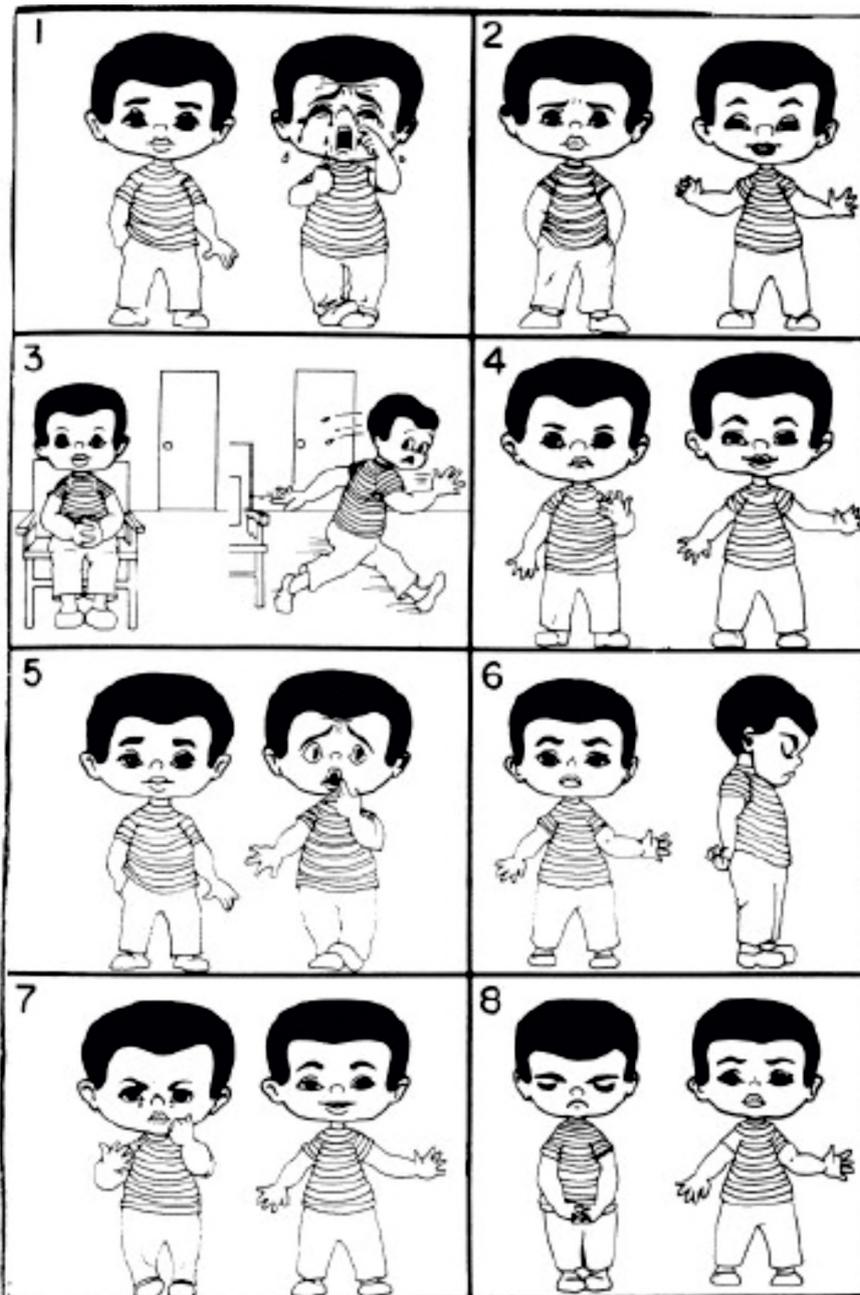
### Valoración del grado de ansiedad:

- Menos de 9 puntos: Su ansiedad es **leve o nula** en su visita al dentista.
- Entre 9-12 puntos: **Ansiedad moderada** en su visita al dentista.
- Entre 13-14 puntos: **Ansiedad elevada** en su visita al dentista.
- A partir de 15 puntos: Ansiedad **severa o fobia** a su visita al dentista.

Fuente: *Sedatium*.

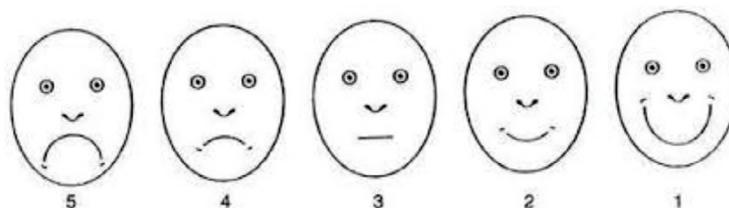
**ANEXO 3 – ESCALAS DE ANSIEDAD VISUALES**

TEST DE VENHAM



Sías S, Ayala C, Pichardo V. El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo. Rev Odontopediatría Latinoamericana. 2018; 8(2).

ESCALA DE IMAGEN FACIAL (FIS)



Mautz C, Fernández C, Saldívia C, Rodríguez C et al. Prevalencia de ansiedad dental en niños atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile. Odontostomatología. 2017; 19 (30).