

## La coacción odontólogo - paciente y su reacción psicológica ante la atención odontológica.-

Asignatura Cirugía A. Facultad de Odontología - UNLP  
Calle 50 e/ Av. 1 y 115 La Plata (1900). Bs. As. Argentina.  
alfredovicentricciardi@hotmail.com

## The coacción dentist - patient and his psychological reaction before the dental attention.-

Sin conflicto de interés

- Ricciardi, Alfredo Vicente; Ricciardi, Nicolás; Capraro, María Cecilia; Capraro, María Eugenia; Sparacino, Sandra Elisabeth; Mattano, Claudia Aurora; Capraro, Carlos Gabriel; Bogo, Hernán Pablo; Schuler, Mónica Patricia .-

### RESUMEN

La cavidad bucal es una parte integrante del cuerpo, debemos tener presente que tiene importancia corporal a nivel psíquico; "posee significado psíquico único en relación con otras partes del cuerpo". Cuando el Odontólogo se relaciona con su paciente deberá considerar estos conceptos para conseguir un buen rapport. La relación se verá fortalecida en la medida que se considere al paciente como un Ser independiente que tiene conocimientos respecto a su salud bucal y capacidad de decisión. Si esto se complementa con la aplicación de técnicas que disminuyan la ansiedad cuando concurre a la consulta odontológica, se logrará que desarrolle conductas adecuadas para mejorar y mantener su salud. Se evaluaron 250 pacientes de 21-60 años, ambos géneros, se aplicó la Escala de Maslach. Como resultado se vio una significativa relación entre la ansiedad y situaciones estresantes; poco bienestar psicológico con despersonalización; falta de minimización de la amenaza. En conclusión, el análisis estadístico determinó que la débil fuerza cognitiva, las situaciones estresantes y la valoración negativa, deberían tener un buen apoyo social y bienestar psicológico para estas dolencias. Las evaluaciones de personalidad en la etapa de atención de los pacientes, con intervenciones oportunas, pueden evitar un desalineamiento para enfrentar el estrés.

**Palabras clave:** Ansiedad - Pacientes - Cavidad Bucal - Odontólogo -

### SUMMARY

The oral cavity is an integral part of the body, we must have in mind that it has corporal importance at the psychic level; "It has unique psychic meaning in relation to other parts of the body." When the dentist is related with the patient they should consider these concepts to get a good rapport. The relationship will be strengthened to the extent that the patient is considered as an independent being who has knowledge regarding their oral health and ability to make decisions. If this is complemented with the application of techniques that reduce anxiety when they attend the dental office, the patient will be able to develop appropriate behaviors to improve and maintain their health. We evaluated 250 patients aged between 21-60 years old, both genders, Maslach Scale was applied. As a result, a significant relationship was found between anxiety and stressful situations; little psychological well-being with depersonalization; lack of threat minimization. In conclusion, the statistical analysis determined that the weak cognitive force, stressful situations and negative evaluation, should have a good social support and psychological well-being for these diseases. The personality evaluations in the stage of attention of the patients, with opportune interventions, can avoid a misalignment to face the stress.

**Key words:** Anxiety - Patients - Oral Cavity - Dentist -

La situación odontológica es el conjunto de elementos materiales y humanos interrelacionados que están presentes en un espacio y tiempo determinado cuando un paciente se acerca a un odontólogo con la idea de prevenir o curar su boca. El profesional puede ser visto como depositario de ansiedades y se transforma en una figura amenazadora, capaz de hacer daño, lastimar, producir dolor. Las maniobras que el odontólogo realiza producen desagrado y esto aumenta en el paciente su ansiedad. El fracaso del profesional para identificar los pacientes con ansiedad o fobia dental lleva a cancelar citas o a la inasistencia, como así también a los abandonos de tratamiento. (3)(5) Por otro lado, la actitud del odontólogo hacia el paciente nos dice más que lo que el profesional logra establecer oralmente. (2) Donde existe una buena motivación, evitamos abandonos de tratamiento y conductas disruptivas en el paciente. La palabra es un instrumento indispensable para trabajar sobre la ansiedad. El odontólogo cumple una función de soporte a través de la palabra y hace que el paciente pueda tolerar la intervención sobre su cuerpo modificando su nivel de ansiedad.

Las maniobras operativas en la cavidad bucal producen en los pacientes diferentes grados de ansiedad que, en muchos casos, comparado con otras especialidades de la salud, la visita y atención odontológica es la que más temor le provoca. El Estrés psicológico implica un problema de anticipación al futuro, el individuo se estresa por lo que le va a suceder: "EL TEMOR A LO DESCONOCIDO", nuevas experiencias, nuevas vivencias. Lazarus (6) diseñó una experiencia en la cual los sujetos eran sometidos a distintos tipos de inyecciones anestésicas, desde unas que consistían en la inyección de anestésicos con vasoconstrictor hasta otras en que sólo se colocaba la jeringa con la aguja dentro de la boca del paciente, sin realizar punción alguna. Lo interesante es que independiente de la situación, las personas desarrollaron un semejante patrón de respuestas fisiológicas indicadoras de estrés (medido por reacción electrodérmica). Esto demuestra que la respuesta de estrés no es al daño mismo sino a la percepción subjetiva de amenaza. A esto contribuyen dos factores; uno relacionado al tiempo de anticipación y el otro a lo que se piensa o interpreta de la situación estresante. En general se ha observado que mientras más tiempo transcurre entre la noticia de exposición al estímulo y la exposición misma, mayor es el nivel de estrés. Es interesante señalar que el desarrollo de estrés depende en gran parte de las características del individuo, principalmente de las ideas que despliega en el enfrentamiento de la situación aversiva (7). Estas ideas (esquemas cognitivos) justamente provienen de experiencias anteriores que han modelado una forma de ver y ser en el mundo, lo interesante es buscar métodos que modifiquen esos esquemas de pensamiento cuando se refieren a procesos dentales vistos como amenazantes. El paciente llega al odontólogo con sentimientos contradictorios entre reales y fantasiosos. Percibe al odontólogo como un ser carismático, talentoso, privilegiado, que le permitirá aliviar sus dolencias. Sin embargo, es a la vez una figura amenazadora, desafiante, dado los procedimientos invasivos y eventualmente dolorosos aplicados en la cavidad bucal. El paciente sufre además otro conflicto, sabe que necesita de tratamiento odontológico, pero al mismo tiempo percibe la situación como provocadora para su bienestar emocio-

nal. Este complejo emocional lleva al paciente a un estado de ansiedad, a constantes interrupciones al accionar del dentista, postergaciones de las citas o la suspensión del tratamiento (2). El cuidado de la salud bucal es un esfuerzo de dos personas, no el trabajo de una persona sobre la otra. Para tal efecto el odontólogo debe ser flexible cuando deba hacer modificaciones en el plan de tratamiento cada vez que surja alguna necesidad particular en el paciente respecto al mismo. De esta manera sí se maximiza el estatus de igualdad odontólogo / paciente, al mismo tiempo se minimiza la posibilidad de interrupciones dentro de la interacción. En este sentido es vital comprender que dicha relación está conformada por dos adultos, la cual es única e igualitaria, así se posibilita una interacción realista y no fantasiosa, una relación de este tipo no es afectada por la ansiedad o la preocupación del paciente acerca del tratamiento dental (7).

Szaszy Hollender (8) propusieron tres modelos básicos en la relación paciente/odontólogo; 1) Actividad-pasividad, 2) Guía-cooperación y 3) Participación mutua. En la primera el odontólogo realiza una prestación de su elección al paciente, el que a su vez sólo cumple con el rol de recibir el tratamiento, en este modelo se reconstituye la dinámica padre-hijo. En el segundo caso el odontólogo le comenta al paciente lo que le va a hacer, señalando éste su acuerdo, nuevamente se establece una relación padre-hijo. En la tercera situación el odontólogo le sugiere y acuerda con el paciente el tratamiento a realizar, en una clara relación entre adultos de igual condición. En esta última modalidad el odontólogo reconoce el potencial del paciente y comprende que éste no es un ignorante respecto a lo que se le debe hacer como tratamiento, sino que siempre sabe algo. En esta interacción la alianza de tratamiento se fortalece, favoreciendo en definitiva una mayor responsabilidad del paciente sobre su propia salud oral.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL MIEDO DENTAL: Uno de los propósitos en la investigación de las ciencias del comportamiento en Odontología ha sido el desarrollo de metodologías que permitan medir la ansiedad frente a la visita al odontólogo. El principal instrumento desarrollado son los cuestionarios. Uno de los primeros descritos es la "Escala de Ansiedad Dental (EAD)" desarrollado por Norman Corah en el año 1969. Es un instrumento sencillo, consta de 4 preguntas de auto administración y sus respuestas son de alternativas, tipo Likert. Dispone de una alta validez y confiabilidad pese al reducido número de ítems. Los autores señalan que esta validez y confiabilidad se debe a que el cuestionario está libre de respuestas prejuiciadas, ya que tener miedo al dentista es socialmente aceptado, por lo cual el que responde la prueba no trata de buscar la respuesta adecuada, sino que responde honestamente (10). Otros investigadores como Weinstein, citado por Corah 1978 (11), confirmaron la validez de esta prueba. Utilizaron la misma prueba en una muestra de 751 pacientes, reportando que altos puntajes en la EAD se asocian con insatisfacción de los pacientes (medida a través de un cuestionario) y concluyen que pacientes altamente ansiosos al tratamiento odontológico tienen una actitud negativa hacia el mismo, transformándolos en pacientes dificultosos. Auerbach, citado por Corah (11), administró la EAD a 63 pacientes, días antes de ser sometidos a cirugía bucal, el puntaje en

la prueba fue capaz de predecir el estado de ansiedad mostrado por los pacientes durante el procedimiento quirúrgico. Por último, Weisenberg, también citado por Corah (11) aplicó la prueba a 72 pacientes de servicios de urgencia, y reportó una interrelación significativa entre la EAD y el Inventario de Rasgos de Estado de Ansiedad. Todos estos estudios proveen de sustrato para la validez predictiva de la prueba EAD. Corah (11) señala que los puntajes en la EAD son más altos en mujeres que en hombres, sin embargo, no pueden determinar con certeza si las diferencias observadas son el resultado de diferencias en ansiedad o representan sesgos al momento de reportar la ansiedad. En este mismo estudio y como otra evidencia de la validez de la EAD, se administró esta prueba a pacientes con fobia dental, antes y después de recibir tratamiento para sus fobias a partir de procedimientos de desensibilización sistemática. Los resultados muestran una evidente disminución en los puntajes de la prueba concordante con un cambio de conducta hacia el tratamiento dental, por parte de los pacientes. Corah y col. (12) señalan que la ansiedad del paciente es una variable que interfiere significativamente en la calidad de la atención dental y plantean la necesidad de aplicar estrategias para su control. Ellos separan las intervenciones posibles en tres categorías: relajación, distracción y percepción de control de estímulos. Para evaluar cada una de ellas diseñaron un experimento en el cual dispusieron de tres grupos, uno control, uno sometido a técnicas de relajación, y otro a un método de distracción; todos sometidos a un mismo tratamiento dental (restauraciones de amalgama). La evaluación de la ansiedad se realizó con la escala EAD como también con un dispositivo para registrar la respuesta electro dérmica durante la sesión. Concluyeron que la mayor reducción en la ansiedad se observa en el grupo sometido a relajación, con mayor respuesta de las mujeres que de los hombres. La distracción también funcionó en la reducción de la ansiedad principalmente en los hombres. El mismo autor en un estudio previo evaluó la percepción de control mediante el uso de un dispositivo que permitía al paciente señalar la interrupción del procedimiento dental, sin embargo, no encontró diferencias significativas en el disconfort que originaba la atención dental al paciente, entre grupos en que se aplicó la estrategia y grupos control. Por ello concluyó que la percepción de control no constituía un método adecuado para disminuir la ansiedad de los pacientes con miedo dental (13). En nuestro país Tobal y Undel han detectado en la población clínica cuatro rasgos de Ansiedad: 1) Ansiedad ante situaciones desconocidas, 2) Ansiedad interpersonal, 3) Ansiedad fóbica, 4) Ansiedad ante situaciones cotidianas. El paciente que manifiesta ansiedad en la consulta odontológica también la manifiesta en el ámbito laboral, social y familiar.

## Objetivos

*Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo de este trabajo es:*

- Estudiar si el contexto social incide en la ansiedad del paciente durante el acto quirúrgico.
- Identificar las causas del estrés psicológico.
- Motivar al paciente previamente a la atención odontológica.

## Material y Métodos

Este estudio se realizó a 250 pacientes entre 21 y 60 años de edad, de ambos géneros, que concurren a la asignatura de Cirugía "A" de la FOLP. Los mismos, fueron invitados a cooperar realizando un cuestionario individual y anónimo. Se utilizó el cuestionario de Maslach (Modificado), que determina el cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y realización personal (RP). El inventario está conformado por 22 ítems tipo likert con 7 intervalos de respuesta. Se diseñó una base de datos con Microsoft Excel 2010, en la que se registraron los datos de acuerdo a las indicaciones de los instrumentos. Se llevó a cabo el análisis descriptivo para todas las variables. Finalmente, se aplicó el análisis de regresión lineal múltiple para determinar qué variables del perfil de estrés son predictores de las dimensiones del MBI (Maslach Burnout Inventory) El diseño fue un estudio transversal y analítico. Y se analizaron las variables independientes, siete que conforman el perfil de estrés: situaciones estresantes, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta, fuerza cognitiva, estilo de afrontamiento y bienestar psicológico.



## Resultados

I- Características de los encuestados.

a- Edad, Sexo, se encuestó a 250 pacientes que se le realizan prácticas clínicas en la asignatura de Cirugía "A". El 66% fueron mujeres y el 34% hombres, con promedio en edad de 21 a 60 años, el centro de la distribución -mediana-, es de 40 años, la moda, que nos indica el valor que más veces se repite dentro de los datos, es de 37 años.

b- Experiencias odontológicas negativas previas: El 61% no ha tenido experiencias odontológicas negativas previas y el 39% restante sí las ha padecido. De esta manera encontramos que casi el 60% de las mujeres no han sufrido de experiencias negativas previas, mientras que el porcentaje de hombres es más elevado, alcanzando el 64% de casos de los que afirman no haber tenido experiencias odontológicas negativas previas. De esta manera, un 22,9% del 39% que manifiesta asistir regularmente al odontólogo, asegura haber tenido experiencias negativas previas, mientras que el 16,1% restante afirma que sí ha tenido experiencias negativas y no asiste regularmente al dentista.

II- Entre el 55% y el 93,8% de los encuestados consideran que como pacientes deben ser tratados comprensivamente (93,8%), que se les

explique lo que puede llegar a sentir (85,6%), que se les explique los procedimientos (84,1%), que se los trate suavemente (84%), que se tenga en cuenta sus experiencias previas (78,5%), que respete los tiempos para asimilar el tratamiento (72,9%), que tenga en cuenta su estado físico actual (70,4%), que tenga en cuenta su estado emocional actual (57,7%) y finalmente que lo trate lentamente (55%) (Tabla 1).

III-Los resultados obtenidos fueron: 18 no presentan ansiedad, 65 ligera ansiedad, 109 moderada ansiedad, 31 marcada ansiedad, 27 muy marcada ansiedad. (Fig.1)

Cómo consideran los pacientes que deben ser atendidos		%
1. Comprensivamente	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%
2. Que me expliquen qué puedo llegar a sentir	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%
3. Que me expliquen los procedimientos	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%
4. Que me traten suavemente	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%
5. Que tengan en cuenta mis experiencias previas negativas	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%
6. Que me den tiempo para asimilar el tratamiento	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%
7. Que tengan en cuenta mi estado físico actual	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%
8. Que tengan en cuenta mi estado emocional	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%
9. Lentamente	Siempre	93,8%
	Casi siempre	6,2%
	Nunca	0%

Tabla 1.

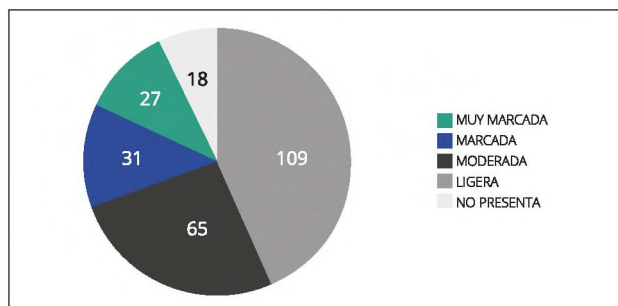


Figura 1.

## Discusión

En la presente investigación se encontró porcentajes similares en relación al género y edad en los pacientes de odontología. El promedio de edad (37 años) sugiere que esta población es la más afectada con la relación odontólogo-paciente. Cuando se establecieron comparaciones en relación al sexo de los integrantes de la muestra se puede detectar que el grupo de varones presento las puntuaciones más elevadas en despersonalización.

## Conclusión

Hoy el tema de la ansiedad nos preocupa y afecta a todos, no en vano se habla de "La Era del Estrés". Un alto porcentaje de sujetos que van a ser sometidos a cirugías odontológicas presentan ansiedad, o sea una

emoción de alarma que se experimenta como inquietud, temor indefinido, preocupación.

Por lo tanto, el odontólogo debe mediante la motivación ocuparse del paciente de manera integral. Considerar su cociente odontológico familiar, su personalidad y sus experiencias anteriores.

## Referencias Bibliográficas

1. Fadiman, J. y Frager, R. "Teorías de la Personalidad". Cap. 1. Oxford University Press México. México. 1976.[ Links ]
2. Ewen, S.J. "Psicología de las Enfermedades Orgánicas". Cap. 14. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1977. [ Links ]
3. Jeammet, P.; Reynaud, M. y Consoli, S.M. "Psicología Médica". Editorial Masson. 2° edición. Barcelona. 1999. [ Links ]
4. Scott, D. y Hirschman, R. "Psychological aspects of dental anxiety in adults". J. American Dent. Assoc. 104: 27-31.[ Links ]
5. Gale, E. "Fears of the dental situation". J. Dent. Res. Vol.51: 964-6. 1972. [ Links ]
6. Lazarus, R. y Folkman, S. "Estrés y Procesos Cognitivos". Capítulo 1. Editorial Martínez Roca, Barcelona, España. 1986. [ Links ]
7. Lazarus, R. "Some principles of Psychological Stress and their relation to dentistry". J. Dent. Res. vol.45: 1620-6. 1966. [ Links ]
8. Freeman, Ruth. "A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction". British Dental Journal. Vol. 186. N° 10, 1999.[ Links ]
9. Peñaranda, P. "Importancia de la psicología en la Odontología". Acta Odontológica Venezolana. Vol. 28: 3-11. 1990.[ Links ]
10. Corah, N. "Development of a dental anxiety scale". J. Dent. Res. Vol. 48: 596. 1969. [ Links ]
11. Corah, N. Gale, E. Y Illig, S. "Assessment of a dental anxiety scale". J. Am. Dent. Assoc. Vol. 97: 816-9. 1978. [ Links ]
12. Corah, N.; Gale, E. e Illig, S. "Psychological Stress Reduction During Dental procedures". J. Dent. Res. Vol.58: 1347-51. 1979.[ Links ]
13. Corah, N.; Bissell, D. E Illig, S. " Effect of Perceived Control on Stress Reduction in Adult Dental Patients". J. Dent. Res. Vol 57:74-6. 1978.[ Links ]