



ARTÍCULO
ORIGINAL



Jiménez-Ortiz, José Leonardo

Cirujano dentista, especialista en Endodoncia, maestro en Educación. Dirección de Investigación, Universidad de Navojoa, Navojoa, Sonora, México.

Herrera-Silva, Jorge Carlos

Doctor en Epistemología, maestro en Educación Especial, médico pediatra oncólogo. Escuela de Odontología, Universidad Durango Santander Campus Cd. Obregón, Cd. Obregón, Sonora, México.

Jiménez-Ortiz, Josué David

Cirujano dentista, especialista en Periodoncia. Escuela de Odontología, Universidad Durango Santander Campus Cd. Obregón, Cd. Obregón, Sonora, México.

Islas-Valle, Rosa María

Licenciada en Ciencias de la Educación en el área de Psicología Educativa. Egresada de la Universidad de Navojoa, Navojoa, Sonora, México.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECS
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

CDEE MEd
José Leonardo Jiménez-Ortiz,
Km. 13 Carretera Navojoa-
Huatabampo, Navojoa, Sonora
México CP 85226,
l.jimenez@unav.edu.mx
Tel. +52 (642) 423-3050

Fecha de recepción: 5 de julio de 2016.
Fecha de aceptación para su publicación: 3 de febrero de 2017.

MIEDO Y ANSIEDAD DENTAL DE PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS en una clínica universitaria de México

Jiménez-Ortiz, J. L.; Herrera-Silva, J. C.; Jiménez-Ortiz, J. D.; Islas-Valle, R. M.
Miedo y ansiedad dental de pacientes adultos atendidos en una clínica universitaria de México. Cient. Dent. 2017; 14; 1; 7-14.

RESUMEN

Introducción: Pacientes odontológicos señalan al miedo y ansiedad como motivo para no acudir de forma regular a consulta, dificultando la atención e impidiendo el tratamiento dental.

Objetivos: Determinar el nivel de miedo y ansiedad en pacientes adultos de una clínica dental universitaria, y la relación entre ambos fenómenos.

Material y métodos: Se realizó un estudio ex post facto, con pacientes atendidos en una clínica dental universitaria. Aplicamos el Cuestionario de Miedos Dentales (CMD-20) y la Escala de Ansiedad Dental (EAD), en una sola ocasión, previa firma de consentimiento informado. Se formaron grupos por variables sociodemográficas. El análisis de datos fue no paramétrico.

Resultados: Participaron 357 pacientes, con una edad promedio de 35 años, el 81,23% (290) presentó niveles medio a alto de miedo, y 46,77% (167) de ansiedad, existiendo diferencia ($p < 0,0001$) entre ambos fenómenos. Se encontró diferencia en el nivel de ansiedad por escolaridad ($p = 0,043$) determinada por los de menor nivel de estudios; para miedo de acuerdo a su procedencia ($p = 0,005$) por los de medio urbano y los que asisten a consulta de manera frecuente ($p = 0,041$); en el indicador de trato humano de la escala de miedo ($p = 0,043$) entre solteros y los que viven en unión libre. Existió relación significativa entre miedo y ansiedad ($p = 0,000$), y entre todos los indicadores de miedo ($p = 0,000$).

Conclusiones: El nivel de miedo y ansiedad es de medio a alto. Variables sociodemográficas, y la asistencia frecuente al odontólogo determinaron algunas diferencias. Se deben establecer estrategias de apoyo psicoafectivo para mitigar las consecuencias del problema.

Fear and dental anxiety among university clinic adult patients in Mexico

ABSTRACT

Introduction: Dental patients refers the dental fear and anxiety as an obstacle to seek appropriate dental care in a regular basis.

Aim: This study aimed to assess the dental fear and dental anxiety levels in adult patients attending university dental clinic and to investigate if both factors might be correlated.

Methods: Previous informed consent, all participants completed two reliable and validated questionnaires while in the waiting room: Dental Fear Questionnaire (DFQ-20) and Dental Anxiety Scale (DAS), which included subject's sex, place of origin, marital status and educational level. Nonparametric statistics was used for the data analysis.

Results: There were 357 patients and the mean age value was 35, 81,23% (290) reported moderate to high levels of fear, and 46,77% (167) of anxiety, with a difference ($p < 0,0001$) among them. Statistical difference ($p = 0,043$) existed in anxiety level by educational degree, determined by those with the lowest level of education; for fear according to their place of origin ($p = 0,005$) for those of urban environment and those attending a frequent dental consultation ($p = 0,041$); in the human treatment indicator of the fear scale ($p = 0,043$) between singles and those living in free union. There was a significant relationship between fear and anxiety ($p = 0,000$), and among all fear indicators ($p = 0,000$).

Conclusions: Moderate to high levels of dental fear and anxiety were found in this study. Basic sociodemographic history and

PALABRAS CLAVE

Miedo dental; Ansiedad dental; Atención odontológica; Pacientes.

regular basis dental visits differed significantly with dental fear and anxiety. Psychological strategies should be established as a support for dental treatment.

KEY WORDS

Dental fear; Dental anxiety; Dental treatment; Dental patients.

INTRODUCCIÓN

La práctica odontológica actual ha sido beneficiada por los avances tecnológicos de los últimos años en el uso de materiales, técnicas y procedimientos, así como de una mayor información difundida en la población, respecto a la salud oral. A pesar de estos logros significativos, existe una gran cantidad de pacientes que sufren de ansiedad y miedo relacionados con la atención dental, lo que significa un reto mayor para brindar atención odontológica de amplia cobertura.

Tradicionalmente se han utilizado por igual los términos de ansiedad y miedo, para describir el estado que guarda un paciente en lo relacionado a la atención dental, pero éstos se diferencian, debido a que la ansiedad es referida a un complejo patrón de conducta, el cual se asocia a una activación fisiológica ocurrida en respuesta a dos tipos de estímulos, los internos (cognitivos y somáticos) y los externos (ambientales), pudiendo estos aparecer antes y durante el procedimiento odontológico efectuado en los pacientes sin ser identificados, mientras que el miedo se define como una perturbación angustiosa en el ánimo frente a una situación de peligro, ya sea real o solamente imaginario.¹

Desde una perspectiva conductual, la ansiedad y los miedos dentales son considerados como patrones de comportamiento multidimensionales y aprendidos, ya que en el desarrollo de las actitudes en relación al tratamiento odontológico, intervienen diversos factores y causas, determinando a la ansiedad y el miedo dental como de origen multifactorial, entre los que se señalan como principales causa: una conducta de miedo aprendida en el modelo familiar o de entorno, sexo femenino, niños y jóvenes, experiencias desagradables previas (especialmente a una edad temprana), factores sociodemográficos y económicos, pacientes con deficiente salud oral, presencia excesiva de pacientes en la sala así como tiempo de espera prolongado antes de la consulta y sesiones de tratamiento extensos.²

Tanto la ansiedad como el miedo dental han sido asociados fuertemente con un pobre estado de salud oral, ya que pacientes que padecen, tienen una probabilidad mayor de concurrencia dental irregular, presentando además sentimientos de inferioridad y vergüenza, lo que generara una mayor evasión de atención odontológica, ocasionando el aumento del uso de servicios médicos generales para prescripción de antibióticos y analgésicos.³

Además de afectar el estado de salud oral en los pacientes, la ansiedad y el miedo dental, evocan impactos cognitivos que in-

cluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, perturbaciones del sueño y de hábitos alimenticios, así como una mayor automedicación, lo que puede repercutir en la interacción social, desempeño en el trabajo, autoestima y confianza en sí mismo.⁴

Esta situación ha llamado la atención de odontólogos y psicólogos para realizar estudios acerca de las consecuencias directas en la salud oral y bienestar de los pacientes. A pesar del interés evidenciado en otros países por esta problemática, en México no existen suficientes estudios acerca de la ansiedad y el miedo dental, lo que ha ocasionado un desconocimiento acerca de su incidencia en la población. La falta de este tipo de estudios resulta en la carencia de estrategias de intervención distintas a las derivadas de la experiencia particular de cada odontólogo, las cuales en su mayoría no se encuentran debidamente validadas.

Por ello el objetivo de este estudio fue el determinar el nivel de miedo y ansiedad en pacientes adultos atendidos en una clínica dental universitaria, y determinar la relación entre ambos fenómenos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo *ex post facto*, bajo un diseño observacional de corte transversal con un grupo de pacientes adultos que acudieron para su atención a una clínica dental universitaria ubicada en la región sur del estado de Sonora en México.

Fueron incluidos pacientes que acudieron a consulta odontológica en el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2015, de cualquier género, edad, que aceptaron participar voluntariamente, contestando de manera individual los instrumentos empleados, y previa firma del consentimiento informado. Excluimos a los pacientes menores de edad y eliminamos a los que no contestaron al menos 95% de los enunciados en cada una de las escalas utilizadas.

Fueron aplicadas en una sola ocasión, en la clínica universitaria, sitio donde acuden a recibir atención dental, bajo un muestreo no probabilístico por censo, dos escalas. La primera escala correspondió al Cuestionario de Miedos Dentales (CMD-20),⁵ el cual se compone de 20 reactivos que valoran actividades y experiencias relacionadas con la situación dental que pueden producir miedo u otros sentimientos desagradables, y admite puntuaciones en un rango de 0-100, explorando cuatro dimensiones: 1) Trato humano al paciente, definido como el temor a ser atendido por un

profesional de la salud mal educado, que sea brusco, o poco ético; 2) Mala práctica profesional, haciendo referencia al ejercicio errado o una práctica sin habilidad por parte del odontólogo, que pueda causar daño al paciente por descuido u omisión, por ejemplo causar una herida en la boca; 3) Aspectos inherentes al tratamiento, definidos como las condiciones o circunstancias asociadas al manejo propuesto y realizado por el profesional de la salud buscando curar, reconstruir o rehabilitar la estructura y función, por ejemplo inyectar en las encías; y 4) Aspectos no profesionales, para determinar el nivel de miedo, señalados como las condiciones o circunstancias inherentes al aspecto, apariencia o estado de salud del odontólogo, por ejemplo que tenga mal aliento. La segunda fue la Escala de Ansiedad Dental (EAD),⁶ compuesta por cuatro preguntas con cinco alternativas de respuesta, que al sumar cada una de ellas permite obtener una puntuación en un rango de 0 a 20 puntos, para establecer el nivel de ansiedad.

Para el análisis de los resultados se diseñó una base de datos, en primera instancia en el programa Excel 2010, para después proceder al manejo estadístico utilizando el programa SPSS V.20, mediante el uso de medidas de tendencia central y dispersión, prueba χ^2 y/o exacta de Fisher, pruebas U-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, y Coeficiente de correlación de Pearson.

El protocolo fue evaluado y avalado por el Comité de Ética en Investigación Institucional (Número de registro: R-LO-2015-002).

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada a través de un muestreo por conveniencia, de trescientos cincuenta y siete pacientes que acudieron a consulta odontológica. La tasa de respuesta a los instrumentos fue del 100%, obteniendo una consistencia interna por Alfa de Cronbach de 0,84 para la escala de miedo, y 0,89 para la de ansiedad.

Las características sociodemográficas se muestran en la Figura 1. Al llevar a cabo la comparación de las proporciones de sujetos mediante la prueba de χ^2 , se pudo observar la predominancia de habitantes de la zona urbana ($p=0,000$), solteros o casados ($p=0,000$), y con escolaridad mayor a la secundaria ($p=0,000$), sin predominio de género ($p=0,368$). Con una edad promedio de 34,89 años.

En la Tabla 1, se presentan las medidas de tendencia central y dispersión mostradas por los resultados de los participantes al responder las escalas de miedo y ansiedad, sus indicadores.

Para el nivel de miedo y ansiedad siguiendo el principio de parsimonia estadística, se realizó un ajuste de las puntuaciones partiendo de la Pc50 obtenida por el grupo para cada escala, de tal forma que permitiera realizar la comparación entre ambas entidades, lo que se manifiesta en la Tabla 2.

Al llevar a cabo la comparación del nivel por género, no se encontró diferencia ni para el de miedo ($\chi^2=0,73$; $p=0,745$), ni para el de ansiedad ($\chi^2=0,92$; $p=0,820$). La comparación del nivel por procedencia de los participantes, mostró diferencia para el nivel de miedo ($\chi^2=14,83$; $p=0,005$), pero no

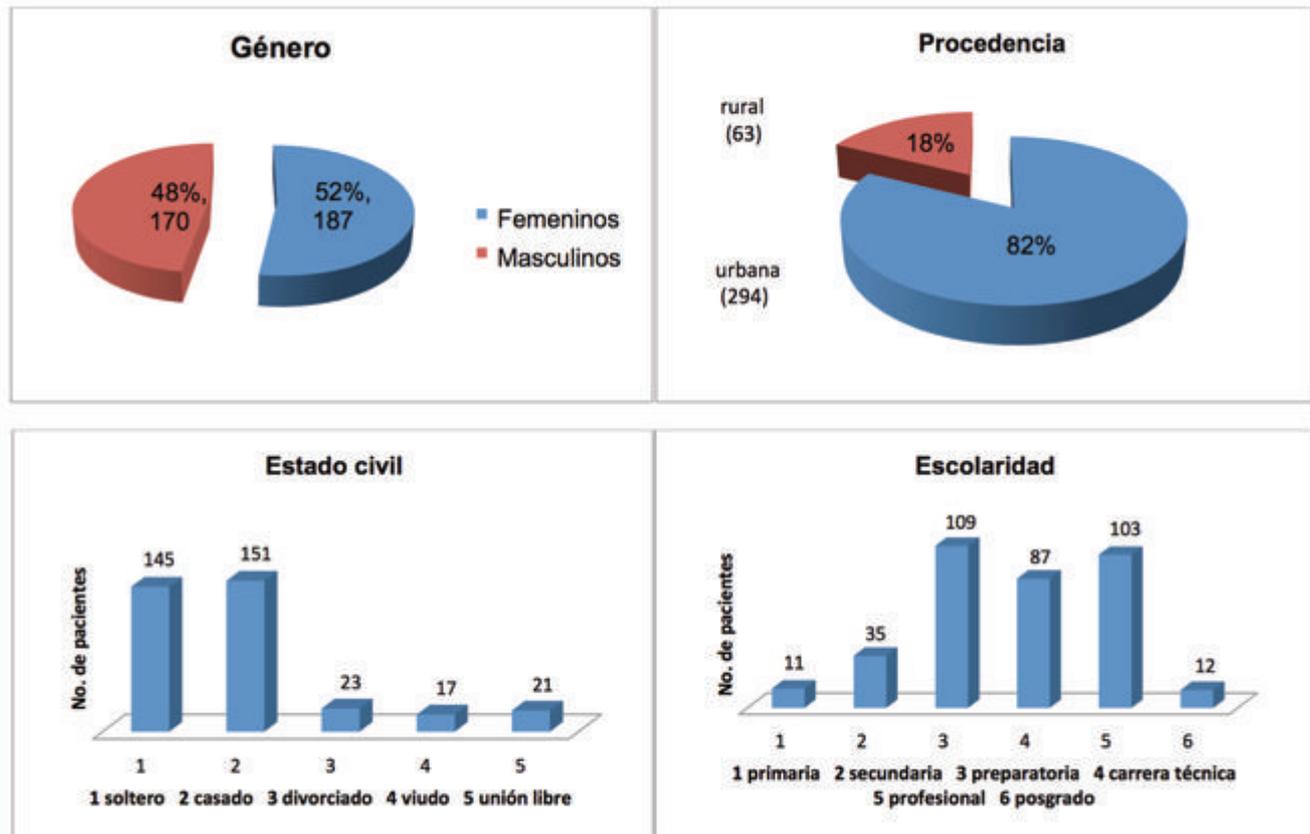


Figura 1. Características sociodemográficas de los participantes.

TABLA 1. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS POR LOS PACIENTES EN LAS ESCALAS DE MIEDO Y ANSIEDAD. N= 357

INDICE	MIEDO (CDM-20)					ANSIEDAD (EAD)
	Miedo Global	Trato humano*	Mala práctica profesional*	Aspectos del tratamiento*	Aspectos no profesionales*	Ansiedad Global
Media	49,19	15,87	15,71	7,50	10,13	9,60
Mediana	49,00	15,00	17,00	8,00	10,00	9,00
D.E.	20,464	8,690	6,496	3,463	6,310	3,850
Mínimo	0	0	0	0	0	4
Máximo	100	30	25	15	30	20
Pc5	13,00	1,90	4,00	1,00	0	4,00
Pc25	38,00	9,00	11,00	5,00	5,00	7,00
Pc50	49,00	15,00	17,00	8,00	10,00	9,00
Pc75	64,00	24,00	20,00	10,00	14,00	12,00
Pc95	80,00	30,00	25,00	13,00	21,00	17,00
*D.E.=desviación estándar		*indicador de la escala de miedo			Pc=percentil	

para el de ansiedad ($X^2=6,46$; $p=0,09$). Encontrando diferencia ($X^2=26,70$; $p=0,041$) en el nivel de miedo, determinado por los pacientes con asistencia a consulta odontológica en períodos menores al año.

La comparación del nivel de miedo y ansiedad de acuerdo al estado civil de los pacientes se presenta en la Tabla 3, reconociendo la existencia de características dependientes del estado marital.

En la Tabla 4, se muestra la comparación del nivel de miedo y ansiedad que mostraron los participantes, exaltando las diferencias determinadas a medida de que incrementa la escolaridad de los pacientes.

Al comparar posteriormente, en el grupo en general, a través de la prueba U-Mann-Whitney, las puntuaciones obtenidas al responder la escala de miedo, no se encontró diferencia por género ($Z=-1,131$; $p=0,258$), o procedencia ($Z=-1,135$; $p=0,256$). Y al utilizar la prueba de Kruskal-Wallis, tampoco se encontró diferencia, ni para estado civil ($X^2=1,335$; $p=0,885$), ni para escolaridad ($X^2=6,216$; $p=0,286$).

TABLA 2. NIVEL* DE MIEDO Y ANSIEDAD MOSTRADO POR LOS PACIENTES. N = 357

Nivel	Miedo (CDM-20)	Ansiedad (EAD)
Nulo	27 (7,56%)	21 (5,88%)
Bajo	40 (11,20%)	169 (47,33%)
Medio	213 (59,66%)	129 (36,13%)
Alto	77 (21,56%)	38 (10,64%)
*ajustado	*X ² Pc=percentil	$p<0,0001$

En cuanto a la escala de ansiedad, se encontró diferencia utilizando la prueba de Kruskal-Wallis, de acuerdo a escolaridad ($X^2=11,480$; $p=0,043$), pero no para estado civil ($X^2=0,606$; $p=0,962$). Y mediante la prueba U-Mann-Whitney, no se encontró diferencia ni para género ($Z=-1,176$; $p=0,239$), ni para procedencia ($Z=-1,872$; $p=0,061$).

El desglose de las comparaciones del puntaje obtenido por grupos de estado civil, sólo mostró diferencia entre los pacientes solteros y los que viven en unión libre ($Z=-2,204$; $p=0,043$) en el indicador de trato humano de la escala de miedo determinada por los solteros.

Para la escolaridad se encontró diferencia, en todos los casos determinada por una mayor puntuación por los pacientes sólo con estudios de primaria, cuando se comparó con los de secundaria, en el indicador de mala práctica profesional ($Z=-2,078$; $p=0,03$), preparatoria, para mala práctica profesional ($Z=-2,319$; $p=0,020$), y ansiedad ($Z=-2,064$; $p=0,039$), y carrera técnica ($Z=-1,972$; $p=0,049$) en el indicador de aspectos inherentes al tratamiento. Los pacientes con estudios de secundaria mostraron diferencia, determinada por sus mayores puntuaciones, con los de preparatoria ($Z=-2,319$; $p=0,017$) y carrera técnica ($Z=-2,922$; $p=0,003$), en el indicador de miedo relacionado con aspectos no profesionales. En el caso de los pacientes de preparatoria mostraron diferencia al compararlos con los de estudios profesionales, para la ansiedad ($Z=-2,722$; $p=0,006$). Y los pacientes de carrera técnica presentaron diferencia con los de estudios profesionales ($Z=-2,346$; $p=0,019$) en el indicador de aspectos no profesionales, y la ansiedad ($Z=-2,027$; $p=0,043$).

Por último, en la Tabla 5 se presenta la asociación entre variables sociodemográficas y escalas utilizadas, destacando la relación entre miedo y ansiedad.

Tabla 3. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESCALAS MIEDO/ANSIEDAD. N=357

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	-.204* ,000**								
3	-.032 ,551	,011 ,831							
4	-.044 ,409	,025 ,634	,970 ,000						
5	,080 ,129	,067 ,205	,275 ,000	,259 ,000					
6	,041 ,087	,082 ,122	,203 ,000	,191 ,000	,921 ,000				
7	-.034 ,519	,049 ,360	,899 ,000	,876 ,000	,235 ,000	,174 ,001			
8	-.106 ,044	,013 ,812	,814 ,000	,794 ,000	,171 ,000	,100 ,058	,650 ,000		
9	-.041 ,436	,008 ,876	,826 ,000	,802 ,000	,216 ,000	,164 ,002	,650 ,000	,700 ,000	
10	,076 ,152	-.046 ,387	,720 ,000	,688 ,000	,278 ,000	,229 ,000	,517 ,000	,334 ,000	,518 ,000

*Coeficiente de correlación de Pearson
1= edad
5=ansiedad global
9= aspectos inherentes al tratamiento

**p de la muestra
2= escolaridad
6= nivel de ansiedad
10= aspectos no profesionales

3= miedo global
7= trato humano

4= nivel de miedo
8= mala práctica profesional

Tabla 4. COMPARACIÓN DEL NIVEL DE MIEDO Y ANSIEDAD MOSTRADO POR LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL. N=357

Estado civil	Nulo			Bajo			Medio			Alto		
	Miedo	Ansiedad	p	Miedo	Ansiedad	p	Miedo	Ansiedad	p	Miedo	Ansiedad	p
Soltero n=145	16	10	NS	46	71	<0,0001	47	46	NS	36	18	0,01
Casado n= 151	17	5	0,006	55	72	0,03	46	60	0,02	33	14	0,01
Viudo n= 17	2	2	NS	4	8	NS	8	3	NS	3	4	NS
Divorciado n=23	4	3	NS	8	9	NS	6	11	NS	5	0	0,02
Unión libre n= 21	1	2	NS	13	9	NS	2	8	0,01	5	2	NS

*X² o prueba exacta de Fisher
NS = No significativo

DISCUSIÓN

El miedo y la ansiedad que se tiene hacia el tratamiento odontológico y sus procedimientos, presentan una prevalencia muy alta que impacta en la calidad de vida, así como en la calidad y naturaleza del manejo. El retraso en el abordaje de las enfermedades bucodentales como resultado del miedo-ansiedad, habitualmente limita las opciones terapéuticas de tipo conservador al hacerlas poco viables por el retraso ocasionado ante la existencia del fenómeno. Inclusive su presencia ha permeado la aparición de estrategias orientadas a mitigar aquellos ni-

veles extremos de miedo-ansiedad dental (fobia dental), adoptando estrategias de manejo farmacológico. No obstante de partir de la premisa de que todos los pacientes presentan un cierto nivel de miedo-ansiedad, no es pertinente utilizar en todos el mismo manejo.⁷

Los hallazgos del estudio revelan la alta prevalencia en la clínica universitaria participante, una vez que 92,42% (330) de los pacientes mostraron miedo, y 94,10% (336) ansiedad. Dentro de ellos, y sin haber sido los propósitos del estudio, podemos sugerir que pacientes con niveles altos de miedo (77-21,56%)

Tabla 5. Comparación de nivel de miedo y ansiedad mostrado por los pacientes de acuerdo a su escolaridad. N=357

Escolaridad	Nulo			Bajo			Medio			Alto		
	Miedo	Ansiedad	p	Miedo	Ansiedad	p	Miedo	Ansiedad	p	Miedo	Ansiedad	p
Primaria n=11	0	1	NS	4	2	NS	5	4	NS	2	4	NS
Secundaria n= 35	0	4	NS	17	12	NS	10	15	NS	7	4	NS
Preparatoria n=109	16	9	NS	27	62	<0,0001	34	33	NS	21	5	0,0006
C. Técnica n=87	14	7	NS	22	45	0,0006	21	26	NS	18	9	NS
Profesional n=103	9	1	0,0009	39	42	NS	27	46	NS	25	14	NS
Postgrado n=12	1	0	NS	3	6	NS	4	4	NS	4	2	NS

*X² o prueba exacta de Fisher
NS = No significativo

y ansiedad (38-10,6%) son aquellos a los que se puede considerar como portadores de fobia dental. Siendo las cifras generales muy superiores a las que otras experiencias mencionan, y recalcan las observaciones donde se cuestiona la sub-representación de los pacientes portadores de la psicopatología, como para no considerarla inclusive un problema de salud pública.^{9,9} Y este dato adquiere relevancia al prefigurar un ambiente proclive a la creación de un círculo vicioso, en el que la evasión al tratamiento producido por el miedo-ansiedad, logrará un deterioro de la salud dental, entrando el paciente en conflictos psicoafectivos, llevándolo a una pérdida de órganos dentarios, así como al detrimento de su capacidad funcional, e impactando en su estética. Esto originará cambios en el estilo de vida, comprometiendo el bienestar biopsicosocial de los individuos. Por ello, el enfatizar en estrategias complementarias al manejo clínico-odontológico del paciente en la clínica participante, debe ser una prioridad para alcanzar un manejo integral del paciente.

Explorar la presencia del fenómeno a través de variables sociodemográficas fue uno de los objetivos del estudio. Así con respecto al género, los resultados del estudio fueron contradictorios a otros, al no presentarse diferencia entre mujeres y hombres. La explicación parte de aspectos psicosociales y socioculturales que no fueron explorados en esta serie, pero que han sido mencionados en otro tipo de aproximaciones, como son la pobreza, normas culturales y rol social.¹⁰ Ello orienta a la necesidad de expandir la búsqueda a futuro, de factores asociados a cada contexto en particular, es decir, establecer el perfil epidemiológico de los problemas biopsicosociales que se presentan en la población que acude para su atención a la clínica de la universidad participante.

Por otro lado, estudios en otros países han mostrado una fuerte asociación entre una pobre salud dental y medios ambientes adversos. Sin embargo, el por qué pacientes de menos recur-

sos económicos son más susceptibles a presentar enfermedades buco-dentales, no ha sido del todo clarificada. Las potenciales explicaciones incluyen a la localización geográfica.¹¹ Bajo esta perspectiva se enmarcan aspectos culturales y hábitos de salud de las diferentes regiones en particular. Por ello el interés de utilizar al lugar de procedencia como variable a explorar. Así podemos explicar, sin dejar de reconocer la influencia de la muestra desigual de pacientes, la diferencia expresada en el nivel de miedo determinada por los pacientes de la zona rural. No obstante, estos datos contrastan con el hecho de que los pacientes que mostraron mayor nivel de miedo-ansiedad, fueron aquellos con una asistencia odontológica habitual.

Esta diferencia determinada por aquellos pacientes que se puede considerar con apego a la consulta odontológica por su frecuencia (hasta dos visitas al año), al mismo tiempo revela lo señalado por otros autores al referirse al impacto que tienen experiencias traumáticas previas en la consulta odontológica dependientes de condicionamiento clásico, explicando que el miedo es adquirido tras una experiencia negativa o traumática.¹²

Aunque por otro lado, los resultados señalando la diferencia en el indicador de mala práctica profesional determinada por los pacientes con estudios sólo de primaria, hacen que la hipótesis de carencias-desigualdad-enfermedad oral-enfermedad general, reconozca la red de interacciones para la presentación de miedo-ansiedad dental, bajo perfiles específicos epidemiológicos dependientes de la población donde se lleven a cabo las indagatorias. Esto en virtud de que se esperarían que pacientes venidos de la zona rural fueran los de una menor cantidad de visitas a consulta odontológica, lo que sumado a un bajo nivel educativo, proyectará un perfil diferenciado para la presentación de miedo-ansiedad dental. Pareciera entonces el miedo al odontólogo en este tipo de población, subordinado a los miedos-ansiedad que produce otro

tipo de aspectos socioeconómicos, como el acceso a la vivienda, alimentación, o la educación.¹¹ Esto se apuntala con las diferencias mostradas en el indicador de aspectos no profesionales, a medida de que la escolaridad se incrementa (secundaria-preparatoria-carrera técnica). Quedando claro que la ansiedad es mayor en los extremos del espectro educativo, nivel primaria y profesional o posgrado, al ser estos los que mayor puntaje tuvieron en la escala respectiva, pero posiblemente bajo factores predisponentes diferentes, condición no considerada como propósitos de este estudio, y ameritando a futuro de una aproximación al respecto.

Por otro lado, se ha señalado la relación entre encontrarse solo por divorcio o viudez y la salud oral, a diferencia de otros estados maritales.¹³ Los resultados del estudio no apoyan estos señalamientos. A pesar de ello, la diferencia determinada por los solteros en comparación con los que viven en unión libre, en el indicador de trato humano, pudiera añadir por vías alternas, una explicación al miedo odontológico en este grupo. Lo que se consolida al observar como un mayor número de solteros presentan mayores niveles de ansiedad, que de miedo.

Así partimos del supuesto de la existencia de una coherencia entre la experiencia de pensamientos ansiosos y reacciones de miedo al manejo odontológico, para llevar a cabo la búsqueda de relación entre ambas entidades.¹⁴ Ello se corroboró al observar la relación significativa observada entre los puntajes y nivel de miedo, con sus pares de ansiedad. Pudiera considerarse como asociaciones aunque significativas, de grado bajo. Sin embargo, tomando en cuenta la perspectiva de teorías de redes, son esas en apariencia mínimas asociaciones en su dinámica, las que de manera crónica tienen un mayor efecto sobre las respuestas de los individuos.¹⁵

Esto se consolida y matiza los grados de diferenciación que deben indagarse en poblaciones específicas, como la aquí estudiada, al observar el grado de asociación entre los indicadores de la escala de miedo empleada, que disminuyen pero siguen siendo significativos al relacionarla con el puntaje y nivel de ansiedad. Ello permite no sólo señalar la confiabilidad de los instrumentos empleados para explorar el fenómeno, sino que al mismo tiempo prefigura una entramado de relaciones que por su complejidad, amerita de reconocer la multicausalidad de sus efectos, siendo menester ineludible, el continuar con líneas de investigación como la aquí propuesta al interior de la clínica universitaria participante en el estudio.

Con todo ello, los hallazgos del trabajo deben ser valorados desde las limitaciones que presenta el estudio. Se trata de una muestra específica, bajo un muestreo por conveniencia, lo que no permite reconocer si la población que pudiera contar con un servicio en alguna institución de salud, se comporta de manera similar, y por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizados. Fue un estudio de corte transversal, de ahí que desconocemos cual sería el comportamiento a largo plazo de estos individuos. No se exploraron factores de riesgo asociados a experiencias negativas recientes, o pasadas de gran impacto, relacionadas o no al manejo odontológico, y que pudieron influir en los resultados expresados por los participantes. No se planteó la estratificación por tipos previos de tratamiento odontológicos, lo que supondría un mayor cúmulo de experiencias

negativas y mayor impacto en los niveles de miedo-ansiedad dental, en aquellos que recibieron terapéuticas más agresivas.

Como se puede apreciar el intrincado tinglado bajo el que se presentan el miedo-ansiedad dental, prefigura la necesidad de miradas transdisciplinarias capaces de observar la serie de interacciones en red que pueden afectar las respuestas de los pacientes para asistir a consulta y tratamiento odontológico. Limitarse a los actos técnicos especializados de la práctica dental contraviene los lineamientos propuestos en las políticas de salud oral en la búsqueda del bienestar general de los individuos, permeando en los estudiantes que se forman al interior de la universidad donde se ubica la clínica, actitudes y formas de ver la práctica clínica desde aspectos exclusivamente económicos.

CONCLUSIONES

La relevancia de los hallazgos, al ser una clínica universitaria se sustenta en los altos niveles de miedo y ansiedad que presenta la población que ahí se atiende. Las condiciones socio-demográficas parecen jugar un papel preponderante en las manifestaciones de ambos fenómenos, siendo el miedo el fenómeno más frecuentemente encontrado en la muestra estudiada. Las puntuaciones obtenidas de manera independiente para los indicadores de mala práctica y trato humano, prefiguran miedo hacia la preparación profesional de los odontólogos del medio donde se realizó el estudio, abriendo la posibilidad de evaluar a futuro las competencias ético-profesionales de este grupo de profesionistas.

De destacar los resultados asociados a mayores niveles de ansiedad y miedo, determinada por los sujetos con niveles de preparación académica superiores al promedio, lo que permea, desde nuestra perspectiva, la potencial racionalización que este grupo de sujetos hace de la salud oral, a diferencia de lo que sucede con menores grados de escolaridad y escasa atención odontológica como sucede en el ámbito rural. Así se puede decir que se ha perfilado un cúmulo de datos que requieren de ser tomados en cuenta para plantear estrategias de atención a la población de la clínica universitaria donde fue llevada a cabo la investigación, con el propósito de mitigar las alteraciones psicoafectivas de los pacientes, capaces de interferir con el éxito del manejo odontológico previsto, a través de un manejo multidisciplinario.



BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. *Rev Andal Odontol Estomatol* 2002; 12:21-4.
2. Navarro C, Ramírez R. Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicología Conductual* 1996; 4:79-95.
3. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 144-51.
4. Cohen SM, Fiske J, Newton JT . The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J* 2000; 189: 385-90.
5. Márquez-Rodríguez JA, Navarro-Lizaranzu M, Cruz, Cruz-Rodríguez D, Gil-Flores J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE*. 2004;9: 165-174.
6. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*. 1969; 48:596.
7. Milgrom P, Newton JT, Boyle C, Heaton LJ, Donaldson N. The effects of dental anxiety and irregular attendance on referral for dental treatment under sedation with the National Health Service in London. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38:453-59.
8. Arrieta VK, Díaz CS, Verbel BJ, Hawasly PN. Factores asociados a sintomatología de clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en odontología. *Rev Clín Med Fam* 2013; 6:17-24.
9. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Are people with dental fear under-represented in oral epidemiological surveys? *Soc Psychiatry Epidemiol* 2009; 44:495-500.
10. Álvarez M, Casanova Y. Miedo, Ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas* 2006; 6:1-21.
11. Maupome G, Martínez-Mier EA, Holt A, Medina-Solis CE, Mantilla-Rodríguez A, Carlton B. The association between geographical factors and dental caries in rural area in Mexico. *Cad Saude Publica* 2013; 29:1407-1414.
12. Edmunds R, Buchanan H. Cognitive vulnerability and the aetiology and maintenance of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40:17-25.
13. Lee S, Cho E, Grodstein F, Kawachi I, Hul F, Colditz G. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US women. *Int J Epidemiol* 2005; 34:69-78.
14. Carlsson V, Hakeberg M, Boman W. Associations between dental anxiety, sense of coherence, oral health-related quality of life and health-behaviour- a national Swedish cross-sectional survey. *BMC Oral Health* 2015; 15:100-107.
15. Westbay JD, Pfaff DL, Redding N. Psychology and social networks: a dynamic network theory perspective. *Am Psychol* 2014; 69:269-84.