

Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo

Hmud R, Walsh LJ

Resumen

La sensación subjetiva de boca seca, xerostomía, es un problema muy reconocido en adultos; sin embargo, se ha prestado relativamente poca atención a este tema en niños. Puesto que los bebés babea y los niños parecen tener siempre un exceso de saliva acuosa, existe una creencia no fundamentada en la profesión dental de que los niños no pueden sufrir o no sufren de hipofunción salival, por ejemplo, xerostomía o boca seca. Lamentablemente, este no es el caso. Algunos niños con necesidades especiales o factores médicos intercurrentes, pueden sufrir deterioro significativo de la función salival. Publicado primero en *Int Dent S Afric* 2007; 9: 48-58

Dirección del autor:

School of Dentistry
The University of Queensland
Turbot Street
Brisbane QLD 4000 Australia

Introducción

Durante las últimas décadas, la práctica odontológica diaria se ha beneficiado de los grandes avances de la técnica, la tecnología y los materiales, así como de los procedimientos de control de infecciones. Al mismo tiempo, ha mejorado la conciencia pública con respecto a salud oral. A pesar de estos avances, muchos pacientes alrededor del mundo sufren de ansiedad relacionada al ambiente dental y a tratamientos dentales específicos y sigue siendo un reto mayor en el suministro de atención dental. Mientras que la ansiedad es un estado emocional que ayuda a los individuos normales a defenderse de una variedad de amenazas, los desórdenes de la ansiedad son una desregulación de estos mecanismos defensivos normales, bien sea con respuestas excesivas o deficientes¹.

Prevalencia de la ansiedad dental

La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas². Dada su alta prevalencia, es de esperarse que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas dentales³. Sólo una minoría de los pacientes indica no tener ansiedad relacionada al ambiente dental. Un estudio llevado a cabo en Holanda reportó que sólo el 14% de la población holandesa no experimentó aprensión o ansiedad al visitar al dentista, mientras que casi el 40% experimentó ansiedad 'por encima de lo normal' y el 22% mostraron estar "altamente ansiosos". En este estudio, las mujeres entre los 26-35 años con asistencia irregular, fueron

los pacientes con más probabilidad de experimentar altos niveles de ansiedad dental⁴. En Australia, información publicada desde 1996 reveló que un 14.9 % de adultos podrían ser clasificados 'con alta ansiedad dental'. Una vez más, hubo mayor prevalencia y severidad de ansiedad dental en mujeres que en hombres, particularmente entre los 35 y 44 años de edad⁵. Un estudio más reciente realizado por Armfield et al. confirmó esta información con una población con prevalencia de temor dental del 16.4% para adultos y 10.3% para niños, dando una prevalencia total del 16.1%⁶. Otros estudios a nivel internacional han informado de una prevalencia de entre 5 y 20%^{4,7}, con un estimado reciente de 6-15% globalmente para pacientes que evitan atención dental debido a altos niveles de ansiedad y fobia dental⁸.

Varios estudios transversales han documentado que la prevalencia de ansiedad dental disminuye con la edad^{4,7,9-11}, lo que ha sido confirmado en un estudio longitudinal realizado por Hagglin et al. que monitoreó individuos desde 1969 hasta 1996. En este estudio se encontró también que con la edad disminuyen de forma similar otras fobias generales y específicas¹². Son pocos los estudios que no han encontrado una fuerte relación entre ansiedad dental y edad^{13,14}.

Con relación al género, la gran mayoría de los estudios encontraron promedios más altos de prevalencia de ansiedad dental en mujeres que en hombres^{9,11,13-15}, con sólo unos pocos percibiendo relación no significativa¹⁶.

La relación entre ansiedad dental y otras variables demográficas tales como nivel de ingresos y educación (estatus socio-económico) no se han elucidado por completo. Mientras que algunos estudios han demostrado que los niveles más altos de ansiedad dental están asociados a

bajos niveles de ingresos y educación bajos^{6,13,14}, otros han fallado en encontrar tal relación^{9,10}. En combinación con otras variables, se esperaría que el ser mujer, tener un bajo nivel de ingresos, y tener una baja percepción del propio estado de salud oral, iría ligado a altos niveles de ansiedad dental y esta combinación fue confirmada en un estudio de Doerr et al¹³.

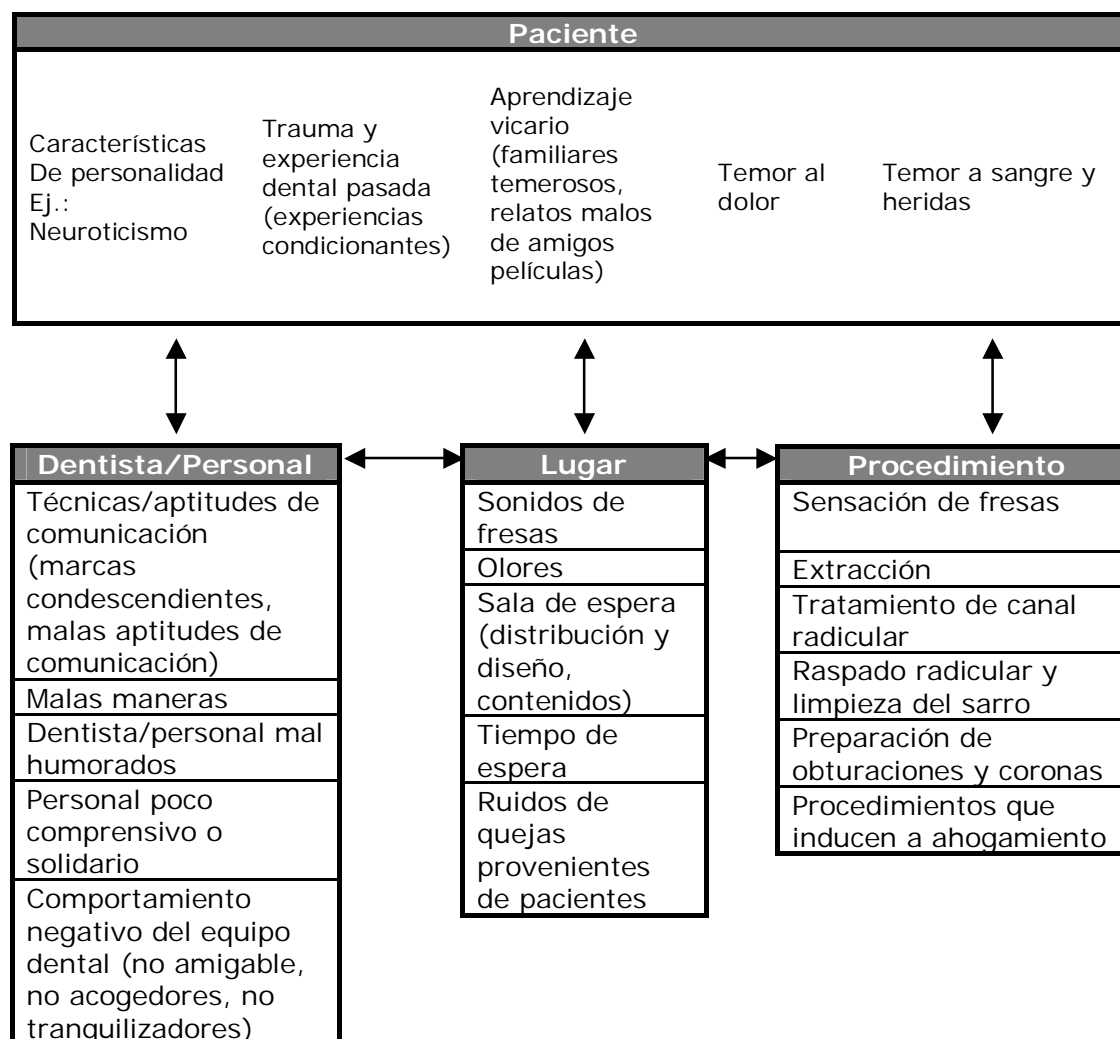
Causas

La ansiedad dental es un fenómeno complejo, y su desarrollo no puede justificarse exclusivamente por una sola variable (Figura 1). Dentro de la literatura, un número de factores que han sido consistentemente ligados a una mayor incidencia de ansiedad dental incluyen:

- Características de personalidad,
- Temor al dolor,
- Experiencias dentales traumáticas pasadas, particularmente en la infancia (experiencias condicionantes),
- La influencia de familiares o pares dentalmente ansiosos que despiertan temor en una persona (aprendizaje vicario),
- Temor a la sangre y heridas^{8,14-19}.

El temor al dolor se ha relacionado fuertemente al desarrollo de ansiedad dental y al evitamiento de tratamiento dental^{17,18}. Estudios realizados por Kent indican que el recuerdo del dolor dental es "reconstruido" con el tiempo. Encontró que los pacientes altamente ansiosos tienden a sobreestimar el dolor que sentirán antes de llevarse a cabo el procedimiento dental, y también sobreestiman el dolor experimentado al pedirles que lo recuerden más adelante^{20,21}.

Figura 1: Interacciones, que conllevan a y modifican la ansiedad dental



Este patrón de descubrimientos se ha observado también en otros estudios^{18,22,23}. Por ejemplo, en el estudio de Arntz et al. que examinó a 40 pacientes dentales que tuvieron dos operaciones orales, los pacientes altamente ansiosos esperaron experimentar más dolor del que actualmente sintieron durante el procedimiento, y requirieron además de más tiempo de manejo al lado de la silla que los pacientes con niveles bajos de ansiedad²³.

Varios estudios han demostrado que los procedimientos odontológicos restaurativos ofrecen los factores provocantes de ansiedad dental más potentes, esto es, la vista, el sonido y la sensación

vibratoria de las fresas dentales rotatorias^{14,24,25}, junto con la vista y sensación de la inyección de anestésico local dental^{14,25,26}.

Es por esta razón que los pacientes ansiosos que deben pasar por procedimientos restaurativos se manejan a menudo usando la regla de las "4 S", que apunta a reducir los provocantes de estrés:

- Sentido de la vista (ej.: agujas, fresas)
- Sentido del oído (o sonidos como excavación)
- Sensaciones (vibraciones de alta frecuencia – con un alto factor de molestia)
- Sentido del olfato (olores clínicos, como el eugenol y agentes adhesivos) usando métodos

alternativos tal como la Técnica Restaurativa Atraumática; corte de ultra baja velocidad; corte de fresas de polímero; remoción quimio-mecánica de caries; microabrasión; láser de Er:YAG/Er,Cr:YSGG de pulsos; instrumentos de ultra sonido con puntas revestidas de diamante.

En términos generales, la expectación de un paciente de sentir dolor, ser herido y atorarse o ahogarse durante tratamiento puede actuar como un provocador mayor de ansiedad dental²⁵. Como se discutirá más adelante, tratar estos puntos puede tener efectos preventivos muy fuertes.

Es importante reconocer que así como las "4 S" provoca ansiedad, existen también un número de otros factores que pueden provocarla o aumentarla. Los aspectos de interacción dentista-paciente son de especial importancia. Provocadores de ansiedad dental pueden incluir declaraciones de parte del operador²⁴, en particular cuando está molesto o si hace algún comentario condescendiente¹⁴. En un estudio de Moore et al. se encontró que estos tipos de comportamientos de contacto negativos con el dentista tuvieron de 5 a 10 veces más posibilidades de ser reportados por pacientes con ansiedad muy elevada¹⁴. Lo que es más, los pacientes dentalmente ansiosos se han quejado de que los dentistas los hacen sentir culpables por sentirse ansiosos²⁷.

Los pacientes mencionan comúnmente el tiempo de espera para un tratamiento dental como factor provocador de ansiedad, ya que aumenta el tiempo en que se puede pensar sobre qué pasará (o podría pasar) y para considerar las probabilidades de los peores resultados²⁵. Esto enfatiza la necesidad de que el personal de apoyo en la práctica dental esté consciente de los pacientes ansiosos, y de que adopten medidas

activamente para disminuir sus preocupaciones. Los sentimientos negativos como pérdida de control y sentirse vulnerables en el ambiente dental, son factores que también mencionan los pacientes. Informar a los nuevos pacientes (por ejemplo mediante el uso de un panfleto) que pueden interrumpir al operador durante el tratamiento, puede superar el temor de "pérdida de control", y ha demostrado ser efectivo para disminuir la ansiedad²⁸. Varios dentistas usan un simple sistema de señales (como levantar la mano) para dar el control a los pacientes y es particularmente útil con niños así como con pacientes adultos ansiosos²⁵.

Consecuencias y complicaciones

La ansiedad dental ha sido asociada fuertemente con un pobre estado de salud oral¹³. Eitner et al. encontraron que la evasión de tratamiento dental está altamente relacionada a los índices de ansiedad y al aumento de morbilidad de caries y de los índices DMFS²⁴. Diversos estudios han mostrado que los pacientes altamente ansiosos tienen una probabilidad más alta de concurrencia dental irregular y/o total evasión de atención dental^{13,15,18,24}. Se han documentado índices más altos de ansiedad dental entre pacientes que no han visitado al dentista por más de 5 años¹⁰. Moore et al. encontraron que hubo más posibilidad de que los pacientes con altos niveles de ansiedad dental no buscaran atención dental en los últimos dos años, y que saltaran o cancelaran citas o dudaran en hacerlas¹⁴.

Aún cuando los pacientes ansiosos asistan a visitas dentales frecuentes, es probable que eviten citas de seguimiento necesarias para completar el tratamiento dental requerido²⁴. Esta evasión de tratamiento dental resulta en la mayor prevalencia de caries^{13,24,29}, que lleva a una mayor necesidad de

rehabilitación oral²⁴. Por ejemplo, Locker y Liddell encontraron que los pacientes dentalmente ansiosos tienen muchos más dientes faltantes y menos obturaciones en comparación a los pacientes no ansiosos³⁰. Se puede producir una situación que aumenta vertiginosamente, en donde la salud oral deficiente y la inhabilidad del paciente para aceptar tratamiento dental conllevan a sentimientos de inferioridad y vergüenza, lo que combinado puede llevar a mayor ansiedad y mayor evasión de atención dental³¹. Las consecuencias a largo plazo para la dentición pueden explicar porqué la ansiedad dental lleva al aumento en el uso de servicios médicos generales para prescripción de antibióticos y analgésicos³².

La ansiedad dental, además de afectar el estado de salud oral del paciente, puede tener un impacto mucho mayor en su vida²⁵. La ansiedad dental evoca respuestas del tipo 'temor o lucha' y pueden llevar a sentimientos de cansancio excesivo luego de una cita dental. Los impactos cognitivos de la ansiedad dental incluyen pensamientos negativos²², temor, llanto, agresividad, perturbaciones del sueño y de hábitos alimenticios, y una mayor automedicación²⁵.

También se ha informado del impacto producido en la interacción social, desempeño en el trabajo, autoestima y confianza en uno mismo²⁵. Varios estudios han demostrado que los pacientes altamente ansiosos toman más tiempo para ser atendidos en el ámbito de la práctica dental³³. El costo adicional en el que se incurre puede ser importante para determinar si la persona tendrá o no atención de seguimiento, puesto que los seguros dentales privados generalmente no apoyan las citas a largo plazo necesarias para proporcionar cuidados o atención³³. Por ello no sorprende que algunos

dentistas vean al paciente ansioso como incumplido y como un riesgo económico³⁴.

Otros problemas que enfrentan los dentistas al tratar pacientes ansiosos incluye la baja satisfacción con el tratamiento planeado o provisto. Muchos estudios han revelado una relación entre ansiedad dental y satisfacción con la apariencia de la boca de uno. Es más probable que los pacientes altamente ansiosos no estén satisfechos con la apariencia de sus dientes^{7,13,14}. Puede que tengan también una idea preconcebida intensificada de que el tratamiento será desagradable¹⁸. Como es de esperarse, se ha demostrado que la actitud de un paciente hacia los dentistas tiene una relación lineal inversa con la ansiedad dental, es decir, los pacientes más ansiosos fueron menos positivos acerca de sus dentistas¹³. Lo que es más, se observó que a medida que la percepción del paciente sobre la competencia del dentista disminuyó, su ansiedad dental aumentó³⁵.

Manejo

Casi dos tercios de los dentistas creen que tratar a pacientes ansiosos les presenta un reto en la práctica diaria³⁶. Es por ello esencial la identificación de estos pacientes y la puesta en práctica de las medidas apropiadas. Los pacientes con comportamientos que muestran cancelaciones frecuentes, tardanzas o reprogramación de citas, pueden bien estarlo haciendo debido a temor y ansiedad dental⁶. Luego de identificar a un paciente ansioso o temeroso, puede ponerse en funcionamiento una serie de medidas, por ejemplo:

- Dar suficiente tiempo para la cita dental,
- Minimizar los factores provocadores, siguiendo el principio de las "4 S" descrito anteriormente, como cambiar

la configuración del consultorio, el asistente dental puede colocar los instrumentos donde no se vean o puede cubrirlos³⁴, o podría rociar la sala de tratamiento con una fragancia para reducir el aroma clínico,

- Introducir métodos de relajamiento (ver más abajo),
- Proveer de control adicional durante el procedimiento,
- Usar técnicas de distracción, como música con audífonos, anteojos de video, y anteojos de realidad virtual (especialmente para adultos),
- Dar anestesia más eficiente o usar métodos complementarios, como inyectores peristálticos (Wand™), cremas tópicas (EMLA™), y estimulación nerviosa transcutánea,
- Remitir a especialistas cognitivos o de comportamiento o psicólogos para manejo de ansiedad y terapia de comportamiento⁶,
- Dar sedación consciente usando agentes farmacológicos.

Al usar una estrategia multifacética en lugar de confiarse en una sola, se mejora la posibilidad del éxito. El manejo de pacientes con ansiedad variará dependiendo de factores tales como edad de los pacientes, grado previsto de cooperación³⁷, y su historia médica y/o dental³⁸. El proceder del dentista dirigido a reducir la ansiedad (como mantener maneras calmadas, ser amistoso, dar apoyo moral, ser reconfortante respecto al dolor, prevenir el dolor, y trabajar eficientemente) ha probado reducir la ansiedad³⁹.

Comunicación

La comunicación personal-paciente con los pacientes, juega un papel muy importante en la reducción de la ansiedad. Dar soporte verbal y tranquilidad, es una estrategia

utilizada frecuentemente³⁴. Para ser efectivos al máximo, este método necesita ser adoptado por todos los miembros del personal con los que el paciente interactúa. Una recepcionista que nota pacientes con ansiedad puede programar tiempo suficiente para la cita, dando a los operadores clínicos algo de tiempo adicional para explicar cuidadosamente los procedimientos, y luego lentamente proceder al tratamiento.

Terapias de relajamiento

Las terapias de relajamiento pueden aumentar el nivel de confianza y dar a los pacientes la sensación de control sobre su propio estado psicológico. Estos métodos pueden ser muy efectivos en pacientes motivados y cooperativos, y puede ser usado antes y durante una cita de tratamiento. Estas técnicas son seguras, no tienen efectos secundarios y dan a los pacientes mayor control sobre sus niveles de ansiedad.

Un método común es la relajación muscular progresiva de Jacobsen, que relaja a los pacientes mediante la disminución en tensión física (muscular), y los hace más conscientes tanto de su estado de estrés y excitación como de la manera de tratarlos. Esta mayor sensación de control sobre la situación y sobre sus síntomas de ansiedad debería traducirse en una mayor capacidad para hacer frente al estrés del tratamiento dental. Un esquema simple de relajamiento muscular progresivo involucra tensar y relajar grupos de músculos por turnos, por ejemplo de los pies hasta la mitad inferior del cuerpo, del abdomen hasta tórax, y luego la cabeza y el cuello.

Otro método sencillo para promover la relajación es la respiración rítmica, en donde el paciente inhala usando respiración diafragmática profunda, sosteniendo la inhalación por 5 segundos, luego

exhalando durante 5 segundos. Esta respiración rítmica lenta puede combinarse con métodos basados en imaginación con el uso de ciertas palabras, imágenes visuales o pensamientos que están ligados al ritmo de la respiración, por ejemplo usando una palabra clave como 'CALMA' en el ciclo de exhalación. Con la práctica repetida, los pacientes pueden pasar más rápidamente a un estado relajado⁴⁰.

Las técnicas de relajamiento y respiración se han usado con éxito en pacientes que temen recibir tratamiento dental; se les puede enseñar fácilmente y pueden ser aplicadas rápidamente en un ambiente dental⁴⁰.

Distracción

Las técnicas de realidad virtual, que involucran el uso de anteojos de color para experimentar las imágenes tridimensionales generadas por computadora durante el tratamiento dental, han demostrado que involucran y relajan a los adultos, pero los resultados son menos positivos con niños⁴¹. Al usar medidas de distracción y otras reductoras de ansiedad, con experiencias positivas repetidas, el nivel de ansiedad del paciente debería disminuir. Por ejemplo, Marks et al. han informado que la exposición prolongada a palabras clave de ansiedad no traumáticas ayuda en estas situaciones y disminuirá sus respuestas excesivas¹.

Técnicas con factores de molestia disminuidos

Históricamente, la odontología restaurativa tiene una asociación fuerte con la ansiedad de pre-tratamiento dental y con el temor al dolor durante el tratamiento. El término "factor molestia" se refiere a la reacción subjetiva del paciente a los procedimientos odontológicos restaurativos como la preparación de la cavidad, y es una combinación de

la presión aplicada al diente, las vibraciones y ruido registrados a través de los huesos del cráneo, el calor y olor generados en la interfase entre el diente y la fresa, y el tiempo que toma el trabajo⁴². Nuevos métodos de odontología restaurativa han disminuido los factores de molestia en comparación con los instrumentos rotativos convencionales, y al hacer esto ayudan a eliminar o disminuir un gran detonante de ansiedad dental. La Técnica Restaurativa Atraumática (TRA), la microabrasión, la remoción químico-mecánica de caries (Carisolv™), y el láser infrarrojo medio pueden ser considerados ahora como los métodos alternativos para la preparación del diente y la remoción de caries.

Los láser de erbio (Er:YAG y Er, Cr:YSGG) actúan selectivamente en el agua presente en los tejidos duros debido a sus longitudes de onda, y son capaces de extirpar esmalte y dentina cariosos. Si se usan apropiadamente, pueden inducir a un estado reducido de respuesta en nociceptores pulpares⁴². Generalmente, los pacientes que pasan por una preparación de cavidad con láser de erbio, no necesitan de anestesia local. Pruebas clínicas de gran escala informaron que sólo el 2-5% de los pacientes solicitaron anestesia local a pesar de que varios de ellos experimentaron ligeras sensaciones intermitentes de frío en sus dientes, probablemente causado por los efectos de enfriamiento de la evaporación del agua durante las pulsaciones del láser⁴⁰. Los efectos supresivos en las emisiones de los nervios dan un efecto analgésico con una duración de 10-15 minutos. El uso de este efecto analgésico puede mantener la comodidad en los pacientes ansiosos, permitiendo el tratamiento de varios dientes en una sola cita sin la necesidad de recurrir a la anestesia local inyectada. El método TRA ha sido usado extensamente en odontología para manejo

conservador de cavitaciones en la dentina. Por otro lado, la remoción químico-mecánica de caries, como una forma de TRA acelerado químicamente, es un método mínimamente invasivo que involucra la remoción selectiva de dentina suave cariosa sin la remoción dolorosa de dentina sana durante la preparación de la cavidad. El uso de estos métodos novedosos puede ser dirigido efectivamente a pacientes dentales ansiosos, en donde los diferentes métodos reducen los mayores estímulos de la ansiedad y dan asimismo un efecto de distracción, disminuyendo así la ansiedad dental en su conjunto²⁴. Si los pacientes están conscientes de estos métodos, pueden pedirle al dentista los utilicen en tratamientos futuros. En un estudio de Eitner et al. se encontró que el 60% de los participantes esperaron ser tratados mejor si se describían a sí mismos ante el dentista como muy ansiosos²⁴.

Sedación

Las técnicas de sedación consciente han demostrado ser confiables y seguras para el manejo de la ansiedad dental⁴³, mientras que los pacientes más severamente ansiosos y no cooperativos pueden ser tratados con anestesia general. Agentes como el óxido nitroso y el oxígeno administrados por inhalación, son de uso común. Sin embargo, para sus agentes ansiolíticos existe una amplia gama de vías para administrarlos, incluyendo ingesta, supositorio rectal, inyección intramuscular, e inyección intravenosa para aplicación directa en la circulación, como en el caso del midazolam, el diazepam, y otras benzodiazepinas³⁷. Los agentes usados para sedación deben producir rápidamente un estado relajado por el periodo requerido, pero luego su efecto debe pasar rápidamente de modo que el paciente pueda regresar a su estado normal³⁷.

Escenario clínico

Un paciente se presentó en una clínica dental para tratamiento de dos molares maxilares rotos pero sin dolor (16 y 17). Luego de examinarlos y discutir las opciones de tratamiento, el paciente estuvo de acuerdo en coronas de cobertura total de porcelana fusionadas a metal. El dentista le dio cita al paciente con suficiente tiempo como para completar la preparación de la corona y los procedimientos de temporización. En el día citado, el paciente, quien se ve calmado y sereno, fue recibido secamente por el dentista que estaba algo retrasado y se sentó luego en la silla dental. El dentista, sin explicar el procedimiento o etapas que involucraba el tratamiento, reclinó el sillón dental completamente a una posición supina y empezó probando las bandejas de alginato en la boca. Luego, el asistente mezcló el alginato y se insertó la bandeja maxilar en la boca. El paciente, algo alarmado y sintiéndose claustrofóbico con la boca llena del material de impresión dental, empezó a sentir pánico y dificultad para respirar seguido de ahogamiento. Retiró la bandeja de la boca y le dijo al dentista que no quería el tratamiento. Luego de un breve pero acalorado intercambio de palabras entre paciente y dentista, el paciente salió furioso del consultorio.

Discusión de caso

El paciente estaba en un estado particularmente nervioso al inicio de esta cita, a pesar de que estaba impaciente por pasar por un procedimiento desconocido. La falta de comunicación del dentista tanto en la primera como la segunda visita, es un factor crítico puesto que el paciente, que no había tenido impresiones dentales previas, no sabía qué esperar, y en particular cuánto tiempo estaría el material de impresión en su boca. Con procedimientos largos, es esencial un entendimiento claro entre el paciente

y operador respecto a los "puntos que puede pasar por de alto". En este caso, el paciente no conocía los pasos involucrados en el procedimiento, y no tenía control alguno sobre su situación. Esto aumentó rápidamente su nivel de ansiedad. Estar en posición supina aumenta la impresión de vulnerabilidad y falta de control. La ansiedad resultante fue amplificada con las preocupaciones del paciente respecto al compromiso del conducto aéreo. Para tener un balance en su estado mental y preservar su bienestar, el paciente decide tomar control y quita la bandeja de impresión. La respuesta seca y poco comprensiva del dentista es el catalizador final para una ruptura irrevocable en la relación entre ellos. Ahora, al ver otros dentistas, el paciente recordará lo desagradable que fue su experiencia de impresión previa y tendrá una ansiedad más elevada en su próximo tratamiento dental. El encuentro desagradable en la clínica dental regresará a su mente cuando se mencione en una conversación la palabra dentista y esto reforzará sus puntos de vista negativos sobre los dentistas y consolidará su ansiedad. El dentista ha perdido tiempo y dinero. Es probable que el paciente descontento cuente la historia a sus conocidos, lo que podría resultar en un efecto negativo en la reputación del dentista debido a los efectos arrolladores ocasionados por la comunicación persona a persona. Para prevenir este escenario, al final de la primera visita o al inicio de la segunda el dentista debería haber tenido una discusión sobre lo que involucraba el procedimiento. El paciente podría haber estado sentado recto para la impresión del maxilar con alginato, con un entrenamiento apropiado sobre respiración a ritmo lento, particularmente si esta era la primera impresión del paciente. La confianza dada por el dentista o el asistente de consultorio durante la toma de la impresión hubiera sido de gran beneficio y hubiera reforzado

al paciente la idea de que el personal clínico pensaba en su bienestar. Estos simples pasos habrían eliminado la causa del problema.

Conclusión

La ansiedad dental es un problema dental que se encuentra a nivel global, con aproximadamente uno de cada seis adultos sufriendo formas más severas de temor y ansiedad dentales. Género y edad parecen ser factores importantes que van unidos a la ansiedad dental, siendo mujeres de 30-45 años un grupo particularmente común dentro de la población dentalmente ansiosa.

La ansiedad dental es un fenómeno complejo multi-dimensional, influenciado por características de personalidad, temor al dolor, experiencias dentales traumáticas pasadas en la niñez, y familiares o pares dentalmente ansiosos

La ansiedad dental severa es una gran barrera para buscar tratamiento dental profesional, y sus implicaciones en términos de enfermedad dental son significativas en lo que respecta a deterioro de dentición y una gama de problemas psicosociales. El manejo de pacientes dentales ansiosos debería incluir considerar tanto medios complementarios como farmacológicos. El ayudar a los pacientes altamente ansiosos a sobreponer sus temores al tratamiento dental, es un reto. Sin embargo, si se logra, resultaría en la mejora de su salud oral y en su calidad de vida y bienestar en general.

摘要

对于疼痛的恐惧跟产生牙科焦虑和逃避牙科治疗有极强的关系。

研究表明, 对于牙科疼痛的记忆会随着时间被“重建”。

据发现, 高度焦虑的病人倾向于在牙科治

疗程序前过度估计其将感受的疼痛,也会在之后回忆时,过度估计其曾经感受的疼痛。这种模式也在其它研究中见到过。在一项检查了40名两次经受口腔手术牙科病人的研究中,高度焦虑的病人预期了比他们在过程中实际经历的更多的疼痛,并且比那些低焦虑程度的病人需要更多的时间来做椅侧管理。首次发表于 *Int Dent S Afric* 2007; 9: 6-14。

Abstract

Fear of pain has been linked strongly to the development of dental anxiety and to avoidance of dental treatment. Studies indicate that memory of dental pain is "reconstructed" over time. He found that highly anxious patients tended to overestimate the pain they would feel prior to dental procedures, and also overestimate the pain experienced, when asked to recall it later. This pattern of findings has also been seen in other studies. In a study, which examined 40 dental patients who twice underwent oral surgery, the highly anxious patients expected more pain than they actually experienced during the procedure, and also required more time for chairside management than did patients with low levels of anxiety. First published in *Int Dent S Afric* 2007; 9: 6-14.

Referencias

1. Marks IM, Nesse RM. Fear and fitness: an evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethol Sociobiol* 1994; 15: 247-61.
2. Agras S, Sylvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobia. *Compr Psychiatry* 1969; 10: 151-6.
3. Gatchell RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walker C. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *J Am Dent Assoc* 1983; 107: 609-10.
4. Stouthard M, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 139-42.
5. Thomson WM, Stewart JF, Carter KD, Spencer AJ. Dental anxiety among Australians. *Int Dent J* 1996; 46: 320-4.
6. Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J* 2006; 51: 78-85.
7. Ter Horst G, De Wit CA. Review of behavioural research in dentistry 1987-1992: Dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and attendance. *Int Dent J* 1993; 43: 265-78.
8. Eli I, Uziel N, Blumensohn R, Baht R. Modulation of dental anxiety - the role of past experiences, psychopathologic traits and individual attachment patterns. *Br Dent J* 2004; 196: 689-94.
9. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 97-101.
10. Locker D, Liddell A. Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res* 1991; 70: 198-203.
11. Neverlien PO. Normative data for Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) for the Norwegian adult population. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 162.

12. Hagglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hallstrom T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. *J Dent Res* 1999; 78: 1655-61.
13. Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 1111-9.
14. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 292-6.
15. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc* 1988; 116: 641-7.
16. Economou GC. Dental Anxiety and Personality: Investigating the Relationship Between Dental Anxiety and Self-Consciousness. *J Dent Educ* 2003; 67: 970-80.
17. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973; 86: 842-8.
18. Woolgrove J, Cumberbatch G. Dental anxiety and regularity of dental attendance. *J Dent* 1986; 14: 209-13.
19. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Overlap between dental anxiety and blood-injury fears: psychological characteristics and response to dental treatment. *Behav Res Ther* 1997; 35: 583-90.
20. Kent G. Anxiety, pain, and type of dental procedure. *Behav Res Ther* 1984; 22: 465-9.
21. Kent G. Cognitive processes in dental anxiety. *Br J Clin Psychol* 1985; 24: 259-64.
22. De Jongh A, Muris P, Ter Horst G, Duyx M. Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors. *Behav Res Ther* 1995; 33: 205-10.
23. Arntz A, Van Eck M, Heijmans M. Predictions of dental pain: the fear of any expected evil, is worse than the evil itself. *Behav Res Ther* 1990; 28: 29-41.
24. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety - an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil* 2006; 33: 588-93.
25. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J* 2000; 189: 385-90.
26. Quteish Taani DS. Dental anxiety and regularity of dental attendance in younger adults. *J Oral Rehabil* 2002; 29: 604-8.
27. Kunzelmann KH, Dünninger P. Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 264-6.
28. Jackson C, Lindsay S. Reducing anxiety in new dental patients by means of leaflets. *Br Dent J* 1995; 179: 163-7.
29. Hakeberg M, Berggren U, Gröndahl HG. A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 27-30.
30. Locker D, Liddell A. Clinical correlates of dental anxiety among older adults. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 372-5.
31. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 144-51.

32. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating Fearful Dental Patients: A Patient Management Handbook. 2nd ed. Seattle: University of Washington; 1995.
33. Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther* 1993; 31: 659-66.
34. Moore R, Brodsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patient. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 73-80.
35. Rouse RA, Hamilton MA. Dentists' technical competence, communication, and personality as predictors of dental patient anxiety. *J Behav Med* 1990; 13: 307-19.
36. Weiner AA, Weinstein P. Dentists' knowledge, attitudes, and assessment practices in relation to fearful dental patients: a pilot study. *Gen Dent*. 1995; 43: 164-8.
37. Coulthard P, Craig D. Conscious sedation. *Dent Update* 1997; 24: 376-81.
38. Toladeno M, Osorio R, Arguilera FS, Pegalajar J. Children's dental anxiety: influence of personality and intelligence factors. *Int J Pediatr Dent* 1995; 5: 23-8.
39. Corah NL, O'Shea RM, Bissell GD, Thines TJ, Mendola P. The dentist-patient relationship: perceived dentist behaviours that reduce patient anxiety and increase satisfaction. *J Am Dent Assoc* 1988; 116: 73-6.
40. Hainsworth JM, Moss H, Fairbrother KJ. Relaxation and complementary therapies: an alternative approach to managing dental anxiety in clinical practice. *Dent Update* 2005; 32: 90-2, 4-6.
41. Sullivan C, Schneider PE, Musselman RJ, Dummett COJr, Gardiner D. The effect of virtual reality during dental treatment on child anxiety and behavior. *ASDC J Dent Child* 2000; 67: 193-6, 60-1.
42. Mount GJ, Walsh LJ, Brostek A. Instruments used in cavity preparation. In: Mount GJ, Hume WR. Preservation and restoration of tooth structure. Brisbane: Knowledge Books and Software, 2005. pp. 119-143.
43. Nadin G, Coulthard P. Memory and midazolam conscious sedation. *Br Dent J* 1997; 183: 399-407.