

Trabajo de Investigación

Miedo a la atención odontológica: una aproximación cualitativa.

Fear to dental care: a qualitative approach.

Autores:

¹Patricio Oliva Mella.
¹Carmen Gloria Narváez Carrasco.

¹ Facultad de Odontología.
Universidad del Desarrollo.
Concepción, Chile.

Resumen

El miedo a la atención odontológica condiciona la asistencia y percepción del tratamiento de manera decisiva. Por las características de la problemática es necesario dilucidar las construcciones cualitativas que configuran el miedo a la atención clínica, con el objeto de comprender a cabalidad dicho fenómeno. Metodología: se efectuó una investigación cualitativa, de tipo fenomenológica. La información se extrajo mediante entrevistas semiestructuradas, construidas a partir de un cuadro lógico que se sustenta en la evidencia bibliográfica. La muestra consistió en sujetos que presentan miedo a la atención odontológica mayores de 18 años de ambos sexos. La información se analizó mediante análisis semántico estructural. Resultados: el miedo se establece en varias etapas, previa a la atención odontológica, donde la experiencia vicaria juega un papel importante, en la etapa de atención, donde experimenta la situación más angustiante influenciada por el instrumental y la turbina. Conclusión: el miedo a la atención odontológica está configurada por varias construcciones sociales que representan diversos escenarios clínicos, sean ellos reales o no. Las clasificaciones se superponen generando un escenario complejo y difícil de superar.

Palabras claves: Miedo dental, Ansiedad dental, Tratamiento dental.

Summary

Introduction: Fear of dental care conditions assistance and treatment perception decisively. The characteristics of the problems is necessary to determine the qualitative buildings that make up the fear clinical care, in order to fully understand this phenomenon. Methodology: qualitative research phenomenological was performed. The information was extracted through semi-structured interviews, constructed from a logical table is based on the literature evidence. The sample consisted of subjects with greater fear of dental care 18 years of both sexes. The information was analyzed by structural semantic analysis. Results: fear is established in several stages, prior to dental care, where vicarious experience plays an important role in the stage of care, where you experience the most distressing situation influenced by the instrumental and turbine. Conclusion: fear of dental care is shaped by various social constructions that represent different clinical scenarios, be they real or not. Classifications overlap generating a complex and difficult to overcome stage.

Key words: Dental fear, dental anxiety, dental treatment.

Introducción

La odontología, como disciplina científica ha progresado en los últimos años en diversos ámbitos estructurales que incluyen tratamientos innovadores, la utilización de productos dentales con tecnologías mejoradas, además de avances significativos en aspectos psicosociales, permitiendo una mejor comprensión de las necesidades del paciente actual. No obstante lo anterior, no se ha podido eliminar o reducir de forma sustantiva el miedo a la atención dental entre los pacientes. En el contexto odontológico clínico se puede identificar a pacientes que se resisten al tratamiento odontológico debido a que éste les produce ansiedad que se expresa en un miedo irracional frente a objetos y situaciones específicas¹, configurándose como un problema bastante común dentro de esta área², con consecuencias que se

expresan en diferentes dimensiones clínico-sanitarias

El miedo es relativamente frecuente entre los pacientes que requieren atención odontológica, teniendo una prevalencia aproximada de uno de cada seis adultos en muchos países occidentales^{3,4}, aunque en algunos grupos específicos de la población, como las mujeres de mediana edad, la prevalencia puede elevarse a uno de cada tres individuos³. Lo anterior genera un impacto que es significativo a nivel sanitario, generando deterioro importante en la salud bucal⁵, sobre todo porque estas personas resultan ser más propensas a retrasar o evitar la visita al dentista⁶, se cancelan regularmente las citas o directamente no acuden a ellas⁶ y cuando éstas ocurren requieren de más

tiempo en la atención clínica y generan un ambiente definido como estresante y desagradable tanto para el paciente como para el odontólogo⁷.

El miedo a la atención odontológica se caracteriza por experimentar un cuadro de ansiedad que surge en el período de espera del tratamiento dental⁸, y que se intensifica con los procedimientos propios de la restauración, en el cual el sonido y la percepción de la vibración de rotación de los instrumentos dentales además de la sensación de la inyección de anestesia^{9,10} resultan traumáticos de acuerdo a sus percepciones. El origen de este tipo de miedo se relaciona con un condicionamiento de carácter cognitivo, informativo y visual indirecto¹¹, en el cual se recuperan vivencias propias y vicarias que articulan la problemática. La situación de

miedo a la atención clínica produce una respuesta fisiológica en el paciente que se expresa en la tensión muscular, agitación y taquicardia^{12,13}, por lo que el manejo del componente psicológico-cognitivo resulta fundamental dado que en dichos pacientes se expresan respuestas exageradas a la percepción de dolor¹⁴.

En este contexto clínico, en el cual las

postergaciones de la atención odontológica¹⁵ producto de la ansiedad, estrés y miedo¹⁶ generan un panorama, esencialmente negativo y cuyas repercusiones no se han abordado cualitativamente de manera satisfactoria, surgiendo la necesidad de comprender cabalmente la experiencia identificando las percepciones, categorías y los vínculos existentes entre las diferentes variables que componen este fenómeno, y que cuyo

entendimiento podría facilitar una atención eficaz en una parte importante de pacientes que requieren atención odontológica¹⁷. Frente a la clara necesidad de respuestas en esta área específica ante lo cual se establece la pregunta: ¿cuáles son las construcciones psicosociales implicadas en la atención odontológica clínica que generan la percepción de miedo al proceso clínico?.

Materiales y métodos

Se efectuó un estudio cualitativo, de carácter fenomenológico que se estructura a partir del análisis de contenido del discurso de los sujetos y de la interpretación de la realidad social-clínica a través del significado intersubjetivo que la constituye. Este sentido posee una connotación psicosocial dado que facilita la interpretación de la comunicación y acción de los diferentes sujetos que construyen la realidad social en la que se expresa el miedo a la atención dental y desglosa las variables que rodea a esta problemática, permitiendo comunicar la experiencia particular o vicaria.

Los sujetos fueron seleccionados a partir de criterios muestrales de Caso –Tipo, en el cual se privilegian los individuos que poseen características similares entre sí (discursivo y actitudinal) y concordantes con el problema de investigación planteado, acoplándose funcionalmente con el diseño fenomenológico descrito anteriormente. Los sujetos seleccionados responden a los siguientes criterios de selección:

- Se encuentren bajo algún tratamiento odontológico.
- Que hayan tenido la experiencia de un tratamiento odontológico reciente.
- Que se encuentren en contacto con sujetos que estén o hayan tenido tratamiento odontológico.

- Que identifiquen miedo o ansiedad frente al tratamiento clínico.
- Ser mayor de edad.
- De ambos sexos.
- Que participen voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

Se recolectó la información mediante entrevista semiestructurada, instrumento que posibilita recoger la información mediante el registro del discurso de una manera dinámica, facilitando el diálogo, y permitiendo la adaptabilidad del instrumento en temáticas complejas, como lo es el miedo a la atención dental. Por otro lado, este tipo de entrevista permite efectuar contrastes de los conceptos cualitativos, obteniendo informaciones de un modo más eficaz, sin que medie en ello algún entrevistador o de algún contexto de interacción grupal. Este tipo de instrumento favorece la serendipia, y en la presente investigación se puso especial énfasis en los hallazgos que construyan el relato que explicita el fenómeno estudiado. Se entrevistó a todos los individuos hasta cumplir con el punto de saturación de la información, lo que implica que los códigos lingüísticos se reiteran dentro del proceso de entrevista alcanzando a 17 sujetos.

La información obtenida de las entrevistas

se transcribe y se analiza mediante la técnica de análisis discursivo de análisis semántico estructural, que identifican conceptos fundamentales presente en las respuestas de los entrevistados, que se organizan y estructuran de una manera sistemática y lógica, permitiendo la configuración de estructuras lingüísticas más complejas. El análisis semántico estructural consta de códigos de base y calificativos, que van develando información latente en el discurso de los entrevistados mediante totalidades y que cobran sentido en la medida en que se relacionan con otros códigos, permite no sólo la construcción de interpretaciones textuales, sino que también de categorías que poseen un nivel de abstracción mayor, generando conceptos globales sobre la temática tratada.

En los aspectos bioéticos de la investigación, se generó un consentimiento informado explicando las formalidades del estudio, detallando el propósito, metodología y tratamiento de la información. El consentimiento se redactó de acuerdo a las normas de Helsinki 2013, el cual fue leído, comprendido y firmado por cada participante. El estudio fue aprobado por el Comité Bioético - Científico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Desarrollo, Concepción.

Resultados

La atención odontológica definida como una actividad clínica esencial en el control y restauración de la salud dental, genera en los entrevistados conceptualizaciones y expresiones que se pueden catalogar con diferentes acepciones dentro de las cuales el miedo al tratamiento influye significativamente en la consecución efectiva de la cita clínica con el dentista. Cuando la cita se concreta, la experiencia se configura como una vivencia traumática de la cual se desprenden una serie de características que se expresan un discurso complejo en la cual las percepciones que derivan de ella resultan gravitantes para comprender el fenómeno.

La comprensión de la experiencia clínica que vive el paciente con miedo a la atención

odontológica se establece dentro de categorías discursivas que son identificables por sus características intrínsecas siendo el miedo vicario el primer concepto que se identifica en este tipo de paciente. El miedo se genera a partir de la internalización de experiencias vividas por terceros pero que, sin embargo, establecen una evidente predisposición negativa del paciente hacia el dentista y su tratamiento, y se expresa en dos categorías identificables en el discurso:

Vivencias de terceros con tratamientos dolorosas o fallidas: que derivan de sujetos conocidos, comunicadas personalmente y cuyo énfasis se centra en los aspectos traumáticos omitiendo tajantemente los resultados y beneficios de la intervención, por ejemplo: me

han dicho que el tratamiento que le ha dolido, o las cosas que han fallado, que ha seguido *las molestias, eso sí (Entrevistado n° 2)*, destacando la posibilidad de que la situación clínica se reitere en su caso particular, y se expresa en frases como: *“siento que el miedo es porque haga algo de más, como ha conocidos, me dañe algo, pierda un diente tal vez... (entrevistado n°9)*.

Experiencias comunicadas a través de medio de comunicación: en la cual el sujeto incorpora información sobre casos particulares y que lo definen como una posibilidad real en el caso de ser atendidos, por ejemplo: *“con lo que se sabe hoy siempre tiene desconfianza, médicos, enfermeras, dentistas, en todo... puede que se*

equivocan y se quedan callados, ¿Cuándo sabré? Cuando me duela... o se me caigan las tapaduras (entrevistado n°5).

Un segundo factor que influye en la construcción del miedo a la atención dental se establece en las consecuencias del manejo clínico del tratamiento odontológico y que, de acuerdo al discurso de los pacientes entrevistados, puede concluir en un error con consecuencias estéticas y funcionales para el paciente. Los sujetos entrevistados argumentan, por ejemplo: “*me da miedo a que...se me caigan los implantes... que se me sigan cayendo los dientes, que no funcione el tratamiento*”... (entrevistado n° 4), estableciendo una expectativa del desenlace del tratamiento, por ejemplo: “*me da miedo a que no funcione un tratamiento*”... (entrevistado n° 6).

Un tercer factor determinante para la construcción del miedo dental es la experiencia vivida por el paciente, en la cual descansan las percepciones de las futuras experiencias odontológicas, y que bajo dicha lógica se pueden identificarse en dos categorías diferentes, siendo estas:

Experiencia con el procedimiento de anestesiarse: en el cual se identifica como un elemento crítico a la aguja, y se expresa en sentencias tales como: “*el peor momento es la anestesia, es tenso todo, sabe que dolerá mucho y cuando se ve la jeringa es peor*”... (entrevistado n°3), o “*le tengo miedo solo a la aguja... no me gusta la aguja ni la anestesia*”... (entrevistado

n° 7). En esta situación el paciente es capaz de percibir detalladamente la acción de anestesiarse, logrando describir el proceso y asociarlo a los diferentes estados emocionales que conlleva (agitación, aumento del ritmo cardiaco, rigidez muscular, etc.) y lo describen en el discurso de la siguiente manera: “*cuando me pinchan en el paladar como que me empiezan a romper capas*”... (entrevistado n° 11).

Percepción de la intervención: se centra en la capacidad del paciente en sentir ruidos, presiones y olores propios del uso de la turbina, tales como el desgaste de la pieza dental u olor de los productos químicos utilizados, por ejemplo: “*me da mucho miedo el ruido, el rrrrrrrrrrrrrrr; de la maquinita*” ... (entrevistado n° 5). Lo anterior se traduce en la sensación de temor, y se constituyen como los elementos fundamentales del miedo dental, definiéndose como la vivencia más traumática de las enunciadas

Por último, se identifica a la interacción directa con el dentista como un elemento basal que configura el miedo dental y en el discurso se expresa en categorías específicas en situaciones tales como:

Comunicación dentista – paciente: “*siempre se mantiene callado... frío, no se sabe que piensa sobre mi problema dental*”... (entrevistado n° 8). El diagnóstico enunciado por el odontólogo que entrega información al paciente que contribuye a el cuestionamiento del tratamiento directamente

y del miedo indirectamente, por ejemplo: “*dicen, esto tal vez te va a quedar bien o esto es malo, uno no queda bien*” ... (entrevistado n°3).

Comprensión del tratamiento: La comprensión de la explicación del procedimiento clínico resulta fundamental en el problema del miedo dental, dado que, en aquellos aspectos incomprensibles, el paciente complementa con la incorporación de información de diversas fuentes, generando el sustrato para la adquisición del miedo vicario al tratamiento, por ejemplo: “*...no me explica bien... no explican y no se entiende lo que dicen, conversan con la asistente y piden cosas que no se entienden, eso da miedo, no saben que es lo que harán*”... (entrevistado n°8).

La configuración de la percepción del miedo a la atención dental en los pacientes se representa en dimensiones que comprenden la atención misma como elementos que implican la interacción con el dentista, así como la información que el paciente recupera de otras fuentes, que pueden ser tan lejanas como aquella utilizada de los medios de comunicación. El miedo dental, es un fenómeno complejo que incluyen muchos elementos independientes que confluyen de manera sistemática en una construcción difícil de abordar desde el punto de vista clínico, expresado en los discursos de los pacientes que enuncian la profundidad de los procesos presentes y latentes.

Discusión

Cuando se presenta miedo a la atención odontológica en determinados sujetos, se inicia una serie de complicaciones de diversa índole en ellos, dado que su salud bucal se deteriora con rapidez perjudicando el problema inicial, y empeoran dramáticamente los indicadores sanitarios a nivel público. Ante ello, el miedo dental se configura como un problema odontológico real, abordado desde diversas aristas, que sin embargo confluye en elementos particulares que han sido evidenciados en la literatura científica, así como en la presente investigación.

Existen elementos clásicos que contribuyen a la construcción del miedo dental como lo es el acto de la administración de anestesia local mediante inyección intraoral, siendo para muchas personas, uno de los aspectos más estresantes y el miedo que evoca de la experiencia dental¹⁸, sin embargo, también influyen el tiempo transcurrido entre el último tratamiento dental, la duración y la intensidad del dolor y/o umbral de dolor de los

pacientes¹⁹ o simplemente el instrumental que se utiliza en la atención²⁰. El escenario clínico, a pesar de la limitación física demuestra que los pacientes poseen la capacidad de identificar momentos y construir conceptualizaciones diferenciadas que permiten una clasificación cualitativa de las instancias que configuran el miedo a la atención dental. La experiencia vicaria es el principal argumento esgrimido por los entrevistados, definido como una vía indirecta para la adquisición del miedo, que no requiere de la presencia de un estímulo físico²¹, siendo un elemento fundamental para el desarrollo de otros tipos de temores asociados al proceso de atención odontológica clínica²². El funcionamiento del mismo tratamiento se configura como un elemento que contribuye al miedo dental, dado que el éxito del mismo se vincula a una posible experiencia dolorosa, que en el discurso de los entrevistados se expresa en pérdida de dientes o daños bucales de diversos tipos, elementos que coinciden con la evidencia que indican que dicho proceso resulta gravitante en

la proyección que el paciente hace de los resultados clínicos que se obtendrán²³, generando un rechazo a cualquier tipo de intervención odontológica. Es el procedimiento dental el que genera mayor temor en los pacientes, configurándose la experiencia en el sillón dental como la más traumática en los entrevistados, expresando cuadros de extrema ansiedad²⁴ estableciéndose como un motivo fundamental para la cancelación de la cita con el dentista por este tipo de pacientes²⁵. Al cuadro anterior se le agrega la percepción de la posición y la experiencia del dentista al momento de efectuar el tratamiento dental como elementos que condicionan una perspectiva que puede construir un cuadro adverso y que concluye en la generación de una situación de temor al procedimiento clínico, sin embargo, la desconfianza que concluye en miedo, de acuerdo a la evidencia es entendible a todo el personal dental²⁶, siendo la experiencia del dentista como un elemento amortiguador dentro de panorama negativo, incluso a pesar de lo multivariado del fenómeno²³.

La complejidad del miedo dental radica en la cantidad de diferentes contextos que contribuyen en la construcción de éste, ponderando de forma distinta a cada paciente, por lo que no puede establecer un patrón único e identificable que unifique criterios particulares con el cual clasificar el miedo a la atención odontológica. Las repercusiones en la salud oral para los pacientes son significativas extendiéndose a

planos sanitarios mayores, afectando la salud pública de la población, por lo que la comprensión y aproximación cualitativa redundan en la identificación de las construcciones presentes en el discurso, y por lo tanto cognoscitivamente en los pacientes. Existieron elementos comunes a los expuestos en la literatura existente que giran en torno al condicionamiento vicario y uso de instrumental clínico, sin embargo, se descubren

elementos particulares que se fundamentan en la comunicación del dentista y el grado de confianza que este puede establecer con el paciente. Es función de estudios posteriores especificar y enfatizar estos aspectos con el objeto de comprender de manera global y completa el fenómeno del miedo dental.

Conclusión

El miedo a la atención dental es un fenómeno que influye de manera decisiva en el tratamiento odontológico en dos aspectos, el primero generado por una situación estresante que puede ser percibida por el paciente, así como también por el odontólogo o, en segundo lugar, evitando la asistencia al dentista, ocasionando problemas orales de mayor gravedad. Al respecto se puede concluir que: a) La experiencia vicaria es un componente cualitativo fundamental en la construcción del miedo dental, dado que a partir de la comunicación de pares

o de medios de comunicación se establece una percepción negativa y asociada al dolor y angustia. B) el tratamiento y el instrumental se constituyen en sí como un objeto de temor, que se asocia a otras fobias (como a las agujas). C) el desconocimiento y no comprensión del tratamiento también influye en el miedo, punto en el cual la capacidad del dentista por proporcionar información adecuada al paciente es primordial.

Se concluye que el miedo a la atención dental

es un problema en el cual convergen muchas variables que provienen de diferentes fuentes, en lo cual el conocimiento y comunicación del paciente con su odontólogo resulta fundamental. La existencia de elementos psicosociales presentes en la percepción de los pacientes con miedo a la atención odontológica abre la posibilidad de abordar con nuevos estudios las profundidades que dichas temáticas sugieren con el objeto de lograr una comprensión aún más completa de dicha situación.

Bibliografía

1. LeBeau M, Daniel G, Liao B, Wittchen H, Beesdo K, Ollendick T, Craske M. Specific phobia: A review of DSM-IV. *Depression and Anxiety*. 2010; 27(2): 148-167.
2. Hakim H, Razak I. A Dental Fear among Medical and Dental Undergraduates. *The Scientific World Journal*. 2014; 2014:1-5
3. Armfield J, Spencer A, Stewart J. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J*. 2006; 51(1): 78.
4. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32(1): 67-72
5. Bare C, Lauren L, Lauren D. Strategies for combating Dental Anxiety. *Journal of Dental Education*. 2004; 68(11): 1172-1177.
6. Schuller A, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear?. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31(2): 116.
7. Brahm C. Dentists' views on fearful patients. Problems and promises. *Swed Dent J*. 2010; 36(2): 79-89.
8. Milgrom P, Weinstein P, Heaton L. Treating fearful dental patients: a patient management handbook. Seattle, WA : Dental Behavioral Resources, 2009; 60(6):799-803
9. Meyerson J, Ratson T. Use of hypnosis in treating a patient with dental anxiety: A case study. *Refuat Hapeh Vehashinayim*. 2015;32(4):20-4
10. Hmud R, Walsh L. Dental anxiety: causes, complications and management approaches. *Journal of Minimum Intervention in Dentistry*. 2009; 2(1): 67.
11. Carter A, Carter G, Boschen M, AlShwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases*. 2014; 2(11): 642-653.
12. Newton J, Buck D. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *Journal of the American Dental Association*. 2000; 131(10): 1449-1457.
13. Domoto P, Weinstein P, Melnick S. Results of a dental fear survey in Japan: implications for dental public health in Asia. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1988; 16(4): 199.
14. van Wijk A, Hoogstraten J. Anxiety and pain during dental injections. *J Den*. 2009; 37(4): 700.
15. van Wijk A, McNeil D, Ho C, Buchanan H, Hoogstraten J. A short English version of the Fear of Dental Pain questionnaire. *Eur J Oral Sci*. 2006; 114(3): 204.
16. Oosterink F, de Jongh A, Aartman I. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. *Eur J Oral Sci* 2008; 116(1):44-51
17. Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontostomatol*. 2014; 30(1): 39-46
18. P. Milgrom, R. A. Kleinknecht, J. Elliott, L. H. Hsing, and T. Choo-Soo, "A cross-cultural cross validation of the dental fear survey in South East Asia," *Behaviour Research and Therapy*. 1990; 28(3): 227-233
19. Lauth H. Dental phobia. *The British Journal of Psychiatry*. 1971; 119: 151-158.
20. E Gale. Effects of dentists' behavior on patients' attitudes. *The Journal of the American Dental Association*. 1984;109(3):444.
21. Smith T, Heaton L. Fear of dental care: are we making any progress?. *J Am Dent Assoc*. 2003, 134(8): 1101-1108
22. Aartman I. Dental anxiety reduction and dental attendance after treatment in a dental fear clinic: a follow-up study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28(6): 435-442.
23. Carter A. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases*. 2014; 2(11): 642-653.
24. Lindsay S, Humphris G, Barnby G. Expectations and preferences for routine dentistry in anxious adult patients. *Br Dent J*. 1987, 163(4): 120-124.
25. Chellappah N. Prevalence of dental anxiety and fear in children in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990; 18(5): 269-271.
26. Locker D, Liddell A, Shapiro, D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behav Res Ther*. 1999; 37(1):25-37.

CORRESPONDENCIA AUTOR

Patricio Oliva Mella.
Facultad de Odontología.
Universidad del Desarrollo.
Concepción, Chile.
Barros Arana 1734, Concepción, Chile.
Fono: 041-2268544 / Fax: 56-41-2268501
Mail: patriciooliva@udd.cl