

Aspectos subjetivos de la odontofobia y la ansiedad en la consulta dental: una muestra en alumnos de la Universidad de Sevilla

Autor: Cristina Sánchez Valle.

Tutor: Dr. José Manuel García Arroyo.

(Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla).





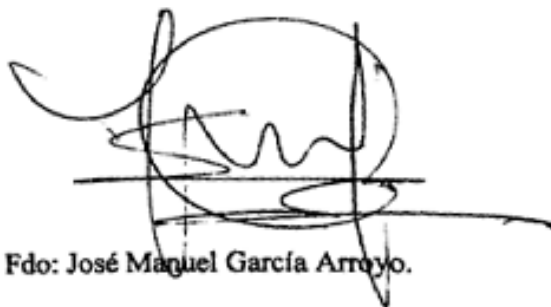
Prof. Dr. José Manuel García Arroyo

Departamento de Psiquiatría

Facultad de Odontología

Fecha: Sevilla, a 30 Agosto de 2016

**JOSÉ MANUEL GARCIA ARROYO PROFESOR ASOCIADO DE LA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA, ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRÍA CERTIFICA:** Que el trabajo titulado “ASPECTOS SUBJETIVOS DE
LA ODONTOFOBIA Y LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA DENTAL: UNA
MUESTRA EN ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA” ha sido realizado
bajo mi dirección por la alumna Cristina Sánchez Valle, reuniendo todos bajo mi
criterio los requisitos indispensables para ser presentado y defendido como Trabajo de
Fin de Grado.



Fdo: José Manuel García Arroyo.

AGRADECIMIENTOS

Es un honor para mí poder aprovechar este espacio para agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible que ser graduada en Odontología empiece a ser una realidad:

Al departamento de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla, especialmente a mi tutor, el Doctor José Manuel García Arroyo, cuya referencia ha sido vital para mí por sus valiosos consejos. Por ser la persona que me ha transmitido tan profundamente la pasión por la psicología desde que inicié mis estudios en la Universidad de Sevilla.,

A la Secretaría de la Universidad de Odontología de Sevilla, por resolver mis dudas y atenderme siempre fielmente.

A los alumnos prestados voluntariamente, cuyos testimonios fueron cruciales para la elaboración de conclusiones, sin los cuales la realización de este trabajo de investigación no hubiera sido posible.

A mis padres, por su gran apoyo incondicional y al resto de mi familia por estar siempre a mi lado. A pesar de los momentos difíciles, ellos nunca han dejado de creer en mis posibilidades y siempre me han demostrado día a día lo orgullosos que están de mí.

A mis amigos, por estar siempre en los buenos y malos momentos levantando mis ánimos en las largas temporadas de exámenes. Especialmente a Francisco Javier Grimaldi, por hacerme ver el lado bueno de las cosas, devolviéndome la sonrisa cuando en ocasiones la tenía perdida.

A todos los maestros y profesores que han formado parte en mi formación académica.

A todos los que diariamente apostaron y siguen apostando por mí, gracias por ser merecedora de vuestra impagable confianza.

Cristina Sánchez Valle

“A mis padres, que me dieron todo
sin pedirles nada”

RESUMEN

El presente estudio aborda los aspectos subjetivos de los alumnos de la Universidad de Sevilla en relación a la odontofobia o ansiedad dental. Tras esclarecer las posibles diferencias entre dichos conceptos, se ha llevado a cabo la realización de entrevistas no directivas mediante el método de abordaje de la subjetividad (MAS), concretamente a 4 profesionales y a 30 universitarios, siendo la mitad de alumnos de la Facultad de Odontología de Sevilla y la otra mitad de otras titulaciones. Se han tratado diversos aspectos como, la influencia de la formación académica, la relación entre ansiedad general y dental o la normalización del problema, entre otros, con el fin de esclarecer los aspectos personales más íntimos de los sujetos estudiados. Gracias al método MAS, los sujetos pudieron expresarse con total libertad y fue posible registrar sus enunciados. Los enunciados obtenidos se agruparon en categorías que determinan los componentes subjetivos buscados. Se llegó a la elaboración de conclusiones, siendo una de ellas que los estudiantes de Odontología de la Universidad de Sevilla son más propensos a presentar episodios de ansiedad dental frente a aquellos que disponen de un escaso control sobre la materia, lo cual iba en contra de lo esperado en un primer momento, existiendo así, una estrecha relación entre el conocimiento odontológico y la posibilidad de padecer odontofobia. Para dar veracidad a nuestro estudio, se procedió a la discusión del mismo comparándolo con otros ya existentes.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad dental. Odontofobia. Miedo en relación a la Odontología. Estudiantes universitarios. Método MAS.

ABSTRACT

This study deals with the subjective aspects of students of the University of Seville in relation to odontophobia or dental anxiety. After clarifying the possible differences between these concepts, has been carried out conducting non-directive interviews by the method of approach of subjectivity (MAS), namely 4 professionals and 30 college with half of students of the Faculty of Dentistry of Seville, and half of other degrees. Have been addressed various aspects such as the influence of academic training, the relationship between general and dental anxiety or normalization of the problem among others in order to clarify the more qualitative personal aspects of the subjects studied. Thanks to MAS method, subjects were able to express themselves freely and it was possible to record their statements. The statements obtained were grouped into categories that determine the desired subjective components. It came to drawing conclusions, one of them being students of Dentistry at the University of Seville are more likely to have episodes of dental anxiety versus those who have little control over matter, having thus a close relationship between dental knowledge and the possibility of having odontophobia. To give credence to our study, proceeded to the discussion of it compared with other existing studies.

KEYWORDS

Dental anxiety. Dental phobic. Fear related to Odontology. University students. MAS method.

ÍNDICE

❖ 1. Introducción	4
1.1. Angustia	4
1.2. Ansiedad	6
1.3. Miedo	7
1.4. Fobia	7
1.5. Conexión con la Odontología	8
1.6. Estado actual del problema	9
1.7. Justificación del estudio	10
1.8. Objetivos del estudio	11
❖ 2. Material y método	12
2.1. Muestreo de sujetos (Material)	12
2.2. Método de Análisis de la Subjetividad (MAS)	13
❖ 3. Resultados	15
❖ 4. Discusión y conclusiones	20
❖ 5. Bibliografía	29
❖ 6. Apéndices	33
6.1 Tabla de sujetos universitarios	33
6.2 Tabla de sujetos odontólogos	33
6.3 Motivación personal	34

1. INTRODUCCIÓN

La odontología siempre ha ido socialmente de la mano de conceptos como dolor, malestar y estrés. Al tratarse de una ciencia médica que opera con un material específico que puede causar cierta aversión e intimidación y que además se centra en una zona corporal tan reducida y sensible como es la cavidad oral, es comprensible que pueda despertar temor e intranquilidad en el paciente. Es bien sabido que las situaciones de pánico surgen fácilmente en la consulta odontológica, en las que el miedo, la ansiedad, la angustia y la fobia son estados prácticamente indistinguibles¹.

Desde el punto de vista teórico, son muchas las escuelas de Psicología que se han preocupado en mayor o menor grado por el estudio de dichas afecciones, encontrando formulaciones desde líneas psicodinámicas, humanistas, existenciales, conductistas y cognitivo-conductuales. Existe, sin embargo, una gran confusión terminológica ya que la literatura científica ha englobado otros términos que en muchos casos se han utilizado de forma indistinta con el término ansiedad, como es el caso de angustia, miedo y fobia. Psicológicamente hablando, se trata de conceptos diferentes pero su relación es tan cercana que muchos autores las consideran como etapas de un mismo estado. Para la realización del siguiente trabajo es primordial establecer, en primer lugar, de una forma clara y concisa, las diferencias existentes entre estos estados psicológicos que pueden dar lugar a confusión, tomando como referencia la clínica de los mismos.

1.1 ANGUSTIA

La neurosis de angustia se consideró una entidad a partir de las descripciones de Freud a finales del siglo XIX. Posteriormente, describió el concepto de “angustia aguda” que se aproxima mucho a la idea que tenemos actualmente de “crisis de angustia”. En la Conferencia 25 de *Introducción al Psicoanálisis*, Freud afirma que en realidad no necesita presentarla al lector, pues es seguro que alguna vez la ha padecido a lo largo de su vida, dada su universalidad².

En los años 60, un psiquiatra, Donald Klein, separó dentro de la neurosis de angustia freudiana dos elementos: la crisis de angustia y la ansiedad generalizada³. Sin embargo, no fue hasta 1980 cuando se comenzó a usar esta distinción, haciendo su primera referencia en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (DSM) de la Asociación

Estadounidense de Psiquiatría en su edición tercera. Es a partir de entonces, cuando los clínicos van a empezar a contar con una visión bastante clara de las diferencias existentes entre los términos angustia y ansiedad, como se detallará en el siguiente punto⁴.

El término *anxietas* describe una vivencia permanente, mientras que angustia (*angor*) remite a una mayor intensidad y a un sufrimiento somático. La angustia forma parte del devenir mismo de la vida de todos los seres humanos. Se puede definir como una experiencia aguda que aparece presentando la forma de un episodio súbito de malestar intenso sin un peligro objetivo. La reacción del organismo es de paralización. Si estamos ante algún tipo de peligro, entonces hablaríamos del miedo. No existe estímulo en la angustia. El sujeto se encuentra amenazado, pero no sabe ubicar esa amenaza. Esto coincide bastante con lo que dice Freud, pues señala que en la angustia el paciente no sabe de qué escapar exactamente. Al desconocer la causa que le provoca esta angustia, al sujeto le queda una sensación de expectación amenazante ya que no sabe cuándo podrá volver a repetirse, apareciendo tras la crisis un cansancio extremo. Es muy incapacitante para el sujeto. De ahí que la experiencia aparezca de repente, cuando el individuo se encuentra más tranquilo. Al no tener un motivo identificable, se convierte en una reacción inesperada, imprevisible y recurrente⁴.

La experiencia angustiosa patológica se experimenta subjetivamente de tres maneras diferentes:

1. La disolución del YO. Hace referencia al temor a morir o perder la conciencia. En nuestra cultura se convierte en miedo al infarto de miocardio. El sujeto tiende a creer que es el último día de su vida.
2. La continuidad del YO. Es el temor a enloquecer. Otra de las manifestaciones es que cree que va a perder la cordura y no volverá a ser el mismo tras la crisis.
3. La unidad del YO. Engloba el temor a perder el control o cometer un impulso irracional como puede ser, por ejemplo, tirarse por la ventana.

A continuación, exponemos los síntomas que constituyen una crisis de angustia patológica siendo necesarios cuatro de ellos para ser diagnosticado: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, desrealización, miedo a perder el control o miedo a morir, parestesias, escalofríos, sofocaciones, inestabilidad, mareo o desmayo. La angustia alcanza su punto máximo en 10 minutos y no suele sobrepasar los 15-30 minutos. También puede desarrollar una

agorafobia: casi siempre complicación de la crisis de angustia, como reconocen casi todos los autores, se trata del miedo a quedarse solo en lugares públicos en los que no podría ser asistido por alguien conocido en el caso de que se produjera la crisis⁴.

No obstante, la angustia puede ser normal, es decir, que acontece en el individuo ante determinadas circunstancias vitales:

- Cuando uno se enfrenta a la muerte o se encuentra cerca de alguien que fallece. En estas situaciones el presentimiento es de la Nada. Muy estudiado por Heidegger⁵.
- Cuando se enfrenta al absurdo de la existencia, por ejemplo ante preguntas tales como “¿Qué hago yo casada con este hombre?””. Investigado por Tillich⁶.
- En ocasiones en las que el individuo se enfrenta a cuestiones religiosas de gran calado, sobre todo asuntos de culpa o condenación. Analizado por Kierkegaard⁷.

1.2 ANSIEDAD

La ansiedad, la esencia de la neurosis, se trata de un concepto que despierta cierta confusión terminológica desde su introducción en la psicología a finales del siglo XIX, con la traducción al inglés del término alemán *Angst*. Dicho término no se incorpora definitivamente a la psicología hasta 1926 con la publicación de la obra de Freud *Inhibición, síntoma y angustia*⁸. Vallejo Ruiloba, en su *Manual de Psiquiatría*, incide en que la ansiedad forma parte de la vida cotidiana de todos los seres humanos y suele estar definida por el estímulo que la ha causado⁴.

Al contrario que la angustia, se trata pues de una experiencia crónica. No es una crisis como la angustia, sino un estado persistente de nerviosismo excesivo, intranquilidad y preocupación, que puede llegar a la sensación de estar al límite. Se acompaña de cuatro grupos de manifestaciones: La aprensión (sentirse al límite, dificultad de concentración...); tensión motora y muscular (dolor cabeza, temblor, inquietud...); hiperactividad vegetativa (sudoración excesiva, vértigos...) junto con un estado de hiperalerta (irritabilidad, facilidad enojo, insomnio...).

Generalmente la ansiedad se relaciona con ciertas circunstancias que provocan reacciones emocionales y que aparecen de manera constante. Los sujetos no tienen la capacidad de controlar las tensiones primero psíquicas y luego físicas, lo cual no se debe al aprendizaje, sino más bien a la omnipotencia⁹.

1.3 MIEDO

El miedo es una reacción normal de malestar ante un peligro evidente, que se concreta en un objeto o situación. Así se diferencia de la angustia, en que esta última no tiene objeto y aparece sin un condicionante⁴. La distinción entre miedo y angustia ya se encontraba perfilada por Kierkegaard en su obra *El concepto de la angustia* (1844)¹⁰. En la angustia no hay un peligro objetivo, pero la reacción emocional sí se produce. Al no identificar el peligro, tal como dice Freud, el sujeto no puede escapar. En cambio, en el miedo sí que existe amenaza objetiva que conduce al sujeto a la huida.

1.4 FOBIA

Un paso más allá del miedo encontramos la fobia (palabra derivada de *phobos*, en griego antiguo *temor*). Es un trastorno psiquiátrico de lo más común que se enmarca dentro del campo de las neurosis⁴. Según Vallejo Ruiloba, en su *Manual de Psiquiatría*, “la fobia tiene un origen fundamentalmente psicológico”. Se trata de un miedo irracional ante objetos y situaciones que objetivamente no son peligrosas y provoca el deseo imperioso de evitar lo temido. Asimismo la fobia es la exageración del miedo que lleva en algunos casos a anular al propio paciente. A diferencia del miedo, la fobia alcanza un grado tan elevado que consigue alterar rutinas habituales del individuo con el único fin de eludir el objeto o la situación que la genera⁴.

La ansiedad y el miedo dejan de ser respuestas normales, necesarias y positivas cuando superan el umbral de tolerancia del individuo, se pierde el control y se evita de manera activa el estímulo que produce la aversión. En el momento en que acontecen estos patrones, podemos hablar de fobia⁴, que suele acompañarse de las siguientes características:

- Miedo desproporcionado a la situación.
- No puede ser explicada o razonada.
- No responde al control voluntario.
- Es persistente.
- Provoca necesidad de escape de la situación temida (evasión) o desconexión (desmayo). Lejos del objeto temido están tranquilos.
- Se acompaña de temor a nuevas confrontaciones, sensación conocida como ansiedad anticipatoria.

Existen tres tipos de fobias: Agorafobia, fobia social y las fobias específicas. Esta última es el diagnóstico más frecuente en psiquiatría y es la reacción ante un objeto o situación concretos. Se separan varios tipos de fobias específicas, algunas de gran interés en odontología: SID (sangre-inyecciones-daño) como enfermedad, dolor, sangre o inyecciones; las situacionales, tales como ascensores, clínicas médicas y aviones; y otras categorías como el atragantamiento o el no poder respirar. Lejos del objeto o situación que les provoca tal estado de pánico, están tranquilos y relajados^{4 11}.

1.5 CONEXIÓN CON LA ODONTOLOGÍA

La ansiedad dental se trata de una respuesta de nerviosismo inespecífico o reacción desagradable a todo lo relacionado con la consulta e intervenciones odontológicas. Cualquier objeto o situación odontológica o incluso la representación mental de la misma, provoca en el sujeto un aumento de la activación, con la manifestación de las correspondientes respuestas vegetativas (sudoración, sensación de decaimiento, taquicardia, respiración rápida y/o intranquilidad física con contracturas musculares).

Existen diversos factores que predisponen al individuo a sufrir ansiedad odontológica. De este modo en el aspecto etiológico, según Márquez Rodríguez en su estudio *¿Por qué se le tiene miedo al dentista?*, tendrían su origen en patrones multidimensionales y aprendidos del comportamiento. “Los factores señalados son variados, pero los más relacionados son: la conducta miedosa aprendida del modelo familiar o su entorno; las experiencias desagradables previas, especialmente durante la infancia; los factores socioeconómicos; las personas con discapacidad psíquica, que experimentan más miedo a los tratamientos odontológicos por su falta de comprensión; temor a la sangre y heridas; temor al dolor y por último los pacientes que padecen enfermedades crónicas y graves suelen presentar menos ansiedad porque consideran un problema menor su estado bucal”¹².

En la literatura odontológica se cita varias veces que la evasión de tratamiento dental está altamente relacionada a los índices de ansiedad y al aumento de caries¹³. Esta evasión del tratamiento se asocia con un pobre estado de salud oral siendo la patología de mayor prevalencia la caries¹⁴. Locker y Liddell encontraron que los pacientes dentalmente ansiosos tienen muchos más dientes ausentes y menos obturaciones en comparación a los pacientes no ansiosos¹⁵.

Podemos aseverar que hay pacientes que tienden a acudir a las clínicas odontológicas con una idea negativa preconcebida, lo que les predispone a sufrir ansiedad incluso antes de acceder a la consulta. Esta situación puede perjudicar seriamente la salud bucodental de los pacientes que, como recalcan Rowe y Moore, “podrían comenzar a experimentar dolor hasta 17,3 días antes de la cita con su doctor”¹⁶. Se sabe que, de forma general, ciertos tratamientos dentales causan más ansiedad que otros en la población, como por ejemplo las extracciones y las endodoncias, y que además es muy frecuente que causen más ansiedad aquellos tratamientos de naturaleza más invasiva. Es además muy común, que se sientan inmovilizados en el sillón dental¹⁷. Parece ser que entre estos autores aún impera la confusión terminológica antes descrita entre ansiedad y fobia, ya que como ya se ha mencionado anteriormente, la ansiedad dental es inespecífica frente a la fobia, que si se refiere a algo en concreto como puedan ser por ejemplo, las extracciones.

Finalmente, no podemos obviar la fobia dental, también conocida como odontofobia, una fobia específica que se caracteriza por un miedo excesivo y persistente a situaciones dentales concretas con deseos imperiosos de evitar o escapar. Se trata de una fobia simple, en la que hay que identificar qué teme el paciente (que le pinchen, la sangre, la extracción, el dolor...). Provoca por vía emocional un aumento de la sensibilidad dolorosa en la intervención y genera gran ansiedad anticipatoria y conducta de escape, que impide al sujeto asistir a la consulta de forma regular. Los individuos que padecen fobia dental tienen conciencia de que el miedo es totalmente irracional pero son incapaces de hacer nada para cambiar esta situación¹⁸. Demuestran el típico comportamiento de evasión, es decir, harán todo lo posible para evitar ir al dentista y suelen ir tan solo cuando el dolor extremo les fuerza a ello. Esta evolución magnánima del miedo afecta sobremanera al paciente y pueden, incluso, afectar al hecho de cruzar el umbral de la puerta del consultorio¹⁹.

1.6 ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

La visita al dentista posee la quinta posición dentro del ranking de las situaciones comúnmente temidas²⁰. Se sabe que los procedimientos odontológicos causan en el paciente una reacción fisiológica de estrés, una respuesta del organismo a factores emocionales como son el miedo o la ansiedad. Esta sensación viene a raíz de la falsa creencia de que los tratamientos odontológicos conllevan un dolor agudo. Asimismo la ansiedad es consecuencia directa del estado de vulnerabilidad al que se

somete el paciente al sentarse en el sillón dental. En la sociedad actual podemos establecer unas tasas de prevalencia que oscilan entre el 4% y el 23% donde la ansiedad dental es un factor que se debería tratar con especial delicadeza con el fin de mejorar la calidad de vida oral del paciente²¹. La odontóloga Zubeldía, en declaraciones a Europa Press, estimó que “un 48% de la población actual española tienen sensaciones que derivan en la huida de la clínica odontológica”²². En cuanto al género, la gran mayoría de los estudios encontraron promedios más altos de prevalencia de ansiedad dental en mujeres que en hombres²³.

1.7 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los avances científicos han conseguido anular el componente doloroso en sus tratamientos, o al menos reducirlo en gran medida hasta llevarlos a unos niveles de fácil tolerancia. Aun así, a pesar del esfuerzo de los profesionales, todavía hay una gran parte de la población que se muestra reacia a la hora de acudir al dentista. Es evidente que tal conducta afecta de forma negativa a la salud oral. Podría tratarse de un problema de información o comunicación. Es probable que si los pacientes con patologías bucodentales recibieran datos acerca de su enfermedad, podrían llegar a comprender lo perjudicial que es la evasión del tratamiento. Es cierto que existen múltiples investigaciones sobre este tema. Casi todas ellas enuncian que el temor al dentista es más numeroso de lo que pudiera parecer, y por lo tanto, no es una situación excepcional. En contrapartida, no se trata únicamente de un problema aislado por parte del paciente sino que también se extiende al personal sanitario odontológico y a los integrantes profesionales de su equipo, que cada vez se sienten más desconcertados a la hora de poder abordar el tratamiento de la forma más eficaz y eficiente posible, y sobre todo, poder generar una respuesta positiva por parte del paciente de cara a intervenciones posteriores.

No obstante, todos estos trabajos se basan en cuestiones cuantitativas, en estadísticas. El presente estudio aborda esta materia desde un ángulo completamente diferente, la subjetividad del paciente. Es por ello por lo que no podemos emplear método estadísticos, sino cualitativos, que permitan un mejor abordaje de la cuestión mediante un contacto directo con el sujeto concreto y no con una población exacta más o menos grande. Esta disimilitud dota al presente trabajo de una calidad novedosa y original en cuanto a anteriores investigaciones sobre este tema.

1.8 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Vamos a establecer, en primer lugar, una marcada diferencia entre aquellos alumnos que cursan sus estudios en Odontología y aquellos que lo hacen en otros grados universitarios de manera más generalizada. La siguiente exposición puede despertar una gran dosis de interés ya que son pocos los estudios enmarcados sobre miedo y ansiedad dental en el ámbito universitario de la ciudad de Sevilla.

Antes de comenzar a investigar, partiremos de una idea según la cual los alumnos universitarios que cursan estudios relacionados con Odontología presentan por norma general un menor nivel de miedo y ansiedad frente a otros estudiantes universitarios porque al conocer la disciplina el conocimiento les ofrece mayor seguridad. Es preciso cuestionar si el conocimiento está ligado a la predisposición de sufrir ansiedad. Toda esta carencia informativa de la que disponemos se ve acrecentada por una motivación personal con el fin de comprender los mecanismos por los que el miedo y la ansiedad pueden llegar a resultar un condicionante a la hora de llevar a cabo acciones tan cotidianas y simples como puede ser acudir a una clínica dental.

Como conclusión a este apartado, incidiremos en que nuestro trabajo de investigación se centrará en conocer y ser capaz de responder a las siguientes cuestiones:

1. Conocer el problema de la ansiedad y fobia dentales desde el plano de la interioridad, es decir, desde cómo sienten o padecen las personas tales manifestaciones sintomáticas.
2. Concretizar el abordaje en la población de estudiantes universitarios, diferenciando entre alumnos de Odontología y alumnos de otras titulaciones para comprobar si este colectivo padece o no estos síntomas.
3. Definir cómo se presentan estos estados clínicamente. Se definirá la conducta de los alumnos que padecen ansiedad o fobia dental.
4. Concretizar el abordaje en la población profesional odontológica desde la subjetividad y conocer el problema de la ansiedad y la fobia dental cuando se invierten los roles dentista-paciente.
5. Estudiar si los conocimientos en la materia odontológica previenen la aparición de ansiedad o fobia dental.
6. Tratar de averiguar los condicionantes que influyen a la hora de presentarse estos estados.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 MUESTREO DE SUJETOS (MATERIAL)

Partiendo de la base de que hacer un muestreo profesional tendría un alto grado de dificultad con los medios actuales, se ha optado por establecer como material del presente proyecto de investigación 30 estudiantes de los cuales 15 estudian Odontología, con una proporción equilibrada entre hombres y mujeres. Para la obtención de estos sujetos se ha recurrido a visitar distintas facultades de la Universidad de Sevilla en horarios de mayor afluencia de alumnos. A cada uno se le presentó la temática del trabajo y se le pidió su colaboración desinteresada para llevarlo a cabo. Los alumnos que aceptaron a colaborar facilitaron su teléfono móvil para poder concretar una cita el día que se llevase a cabo la entrevista no-directiva. Encontramos alumnos que rechazaron su colaboración pero conseguimos el número de estudiantes que necesitábamos para llevar a cabo dicho trabajo.

Al tratarse de un tema que afecta también al sector profesional, como ya se ha comentado anteriormente, se ha escogido además como material una muestra formada por un total de cuatro odontólogos –dos sujetos por cada sexo – que actualmente desempeñan su oficio en la ciudad de Sevilla. Para contactar con estos sujetos de estudio se visitaron varias clínicas odontológicas de la capital hispalense. Se informó al personal sobre el estudio y se solicitó la colaboración de dichos odontólogos, siendo un total de cuatro, los cuales accedieron voluntariamente. A diferencia del sector anterior, los especialistas han manifestado cómo afecta este tipo de pacientes en el desempeño de sus labores y desde una perspectiva cualitativa hemos valorado su comportamiento cuando se invierten los roles, es decir, cuando el profesional odontológico desempeña el papel de paciente. De este modo, contamos con un material bastante completo, ya que no solo abordamos la investigación desde la subjetividad del paciente sino desde la subjetividad del profesional también. En el apartado de apéndices mostramos dos listados de los sujetos estudiados. En la primera tabla detallamos el sexo de los alumnos y el grado universitario del que proceden. En la segunda, hacemos referencia a los profesionales estudiados. Los nombres han sido reducidos a siglas para que prevalezca la privacidad de los mismos.

2.2 MÉTODO DE ABORDAJE DE LA SUBJETIVIDAD (MAS)

Para el desarrollo de este punto emplearemos el Método de Abordaje de la Subjetividad (MAS) que se basa en la realización de entrevistas no-directivas²⁴. En primer lugar, se informó al sujeto del tema a tratar. Estos accedieron a participar de forma voluntaria y totalmente anónima. A continuación, se les ha citado de manera individual en un espacio sosegado, concretamente una sala sin contaminación acústica en el Centro Cívico Casa de las Sirenas en Sevilla capital. Tras firmar un consentimiento informado por parte del sujeto, se le formuló al estudiante una pregunta abierta relacionada con el tema a modo de introducción, de forma que estimulase la espontaneidad, dando paso a un diálogo con turnos de intervención (hablante-oyente) con el objetivo de que expresase con total libertad sus experiencias íntimas, sin inducirle a respuestas concretas y en el que el papel del locutor ha sido mayoritario²⁴. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 30- 40 minutos.

Hemos tratado en todo momento de no buscar una pregunta o respuesta concreta, de forma que el contenido que se obtuviera fuera puramente desde la subjetividad y sin presiones, ya que el principal objetivo era registrar el discurso sin sesgos personales por parte del investigador. Después de un primer encuentro, procedimos a realizar una repetición de la totalidad de las entrevistas en idénticas circunstancias (lugar, temática, condiciones...) que la primera vez con la finalidad de realizar nuevos registros que pudiesen aportar datos nuevos a la investigación. De esta forma, el sujeto ya estaba familiarizado con el *modus operandi* así como con nuestra presencia por lo que estaba más receptivo para colaborar.

Aparte del material verbal expresado por los estudiantes, también hemos recopilado aquellos gestos no verbales como la entonación vocal, gestos faciales o movimientos de manos. Este tipo de información tiene un valor especial ya que no ha sido preparada con anterioridad por el sujeto, no es producto de la introspección y no procede de una reflexión anterior²⁴.

¿Cómo sabemos que los resultados obtenidos son ciertos? Al ser una investigación anónima y voluntaria, no estamos ejerciendo presiones de ningún tipo por lo cual existe una mayor probabilidad de que los resultados obtenidos sean más fiables.

Lo primero que tuvimos que realizar fue la descontaminación del material. Se trata de la eliminación de cualquier interferencia por nuestra parte sobre el material recogido durante las entrevistas no directivas en el momento en el que realizamos la captación de datos, debido fundamentalmente a creencias propias o ideas preexistentes, de tal forma

que el producto queda totalmente deformado, contaminado, tratándose así de una mezcla procedente de lo que expresó el alumno y lo que hemos añadido nosotros posteriormente. Por ello, aclarar que en todo momento mantuvimos una escucha atenta del paciente, absteniéndonos de proceder en la realización de juicios. De esta forma nuestros propios argumentos quedaron al margen²⁴.

Para poder llegar a la obtención de los resultados tuvimos que estructurar el material obtenido. Consideramos a cada alumno de forma independiente pero pudimos encontrar ciertos aspectos comunes. Es primordial recordar que la generalización absoluta no existe, por lo que los datos obtenidos podrían haber sido otros muy dispares en el caso de haber tomado otros sujetos de muestras.

El material resultante fue más cuantioso de lo esperado, de modo que, como aconseja el Dr. García Arroyo en su libro *El cáncer de mama (2): Metodología de la subjetividad* se ha recurrido a dividir los enunciados obtenidos por los estudiantes en dos campos: enunciados útiles (tipo I) y enunciados inútiles (tipo II) respectivamente²⁴. Los enunciados tipo I muestran la intimidad de la persona. Nos aportan las claves subjetivas para nuestra investigación, por ello, fue necesaria la repetición de las entrevistas. De esta manera, pudimos comprobar que estos enunciados útiles aparecieron de forma espontánea. La clave consistió en saber esperar. Aquellos enunciados que fueron desechados no aportaban nada a la investigación. De este modo los enunciados tipo I son los que se podrán leer a continuación mientras que los de tipo II resultaron ser frases que no aportaban nada a la investigación.

A su vez los enunciados útiles se dividieron en categorías de la manera más precisa posible con el fin de dar sentido y cohesión a la gran cantidad de información obtenida. No todos los sujetos aportaron información para todas las categorías que establecimos. De este modo, según la temática a la que hacían referencia, los enunciados de los sujetos se englobaron en diversas categorías lo cual facilitó el trabajo. Se trató de una tarea compleja ya que había que dividir cada entrevista en enunciados con cohesión y a su vez agrupar todos éstos por categorías. Por ejemplo si el sujeto hablaba en cierto momento de la entrevista acerca de su tendencia a sufrir ansiedad general, este enunciado se enmarcaba dentro de la categoría “Relación entre ansiedad general y ansiedad dental”.

Se han dado casos en que un mismo enunciado se ha tenido que englobar en dos o tres categorías distintas dado el discurso disperso y mal ordenado del sujeto pero como

se ha explicado con anterioridad, el papel del investigador ha sido el de oyente, por lo que no se le pidió que reformulase su enunciado de una manera más ordenada. Estas categorías están ampliamente descritas en el apartado Resultados de este mismo trabajo.

Nos hemos topado con sujetos, como es el caso de E.P.D. que entorpecían en cierta medida la entrevista ya que sufren un principio de hipocondría²⁵ y al recordar sucesos del pasado en el gabinete dental ha tenido que detener su intervención. En el caso específico de este sujeto su primera aportación fue: “No me gusta mucho este tema, te lo digo así al principio por si me ves que titubeo o me muevo mucho en la silla y tal”. Tuvo que suspender su aportación hasta que se hizo la repetición de las entrevistas. Otro caso a destacar fue el del estudiante D.R.A. quien se sintió abrumado cuando se le preguntaba sobre el tema sobre el que trataba la entrevista. Esto redujo sustancialmente la información que proporcionó hasta que no se hubo calmado. “A mí es que este tema me pone de los nervios, no me gusta hablar de esto” o “Es que es normal que le tenga miedo. A ver si van a venir ahora los psicólogos a decir que estoy deprimido o algo por tenerle miedo al dentista”.

3. RESULTADOS

Tras analizar las 34 entrevistas no-directivas y hacer una “limpieza” de todo el material redundante y no útil para la investigación se han seguidos los pasos que cita García Arroyo en *El cáncer de mama (2): Metodología de la subjetividad* para el correcto desarrollo del método MAS²⁴. De este modo, la totalidad de las declaraciones ha sido desfragmentada en varias categorías que engloban los descubrimientos que éstas han arrojado. Estas mismas categorías serán ampliamente desarrolladas en el punto de conclusiones del presente trabajo. A continuación listaremos estas categorías, que, tras ser detalladas, serán ejemplificadas con extractos literales de las entrevistas no-directivas. Asimismo en las declaraciones se detallará si proceden de un paciente o de un odontólogo para dotar de una mayor diferenciación entre ambos tipos de declaraciones.

Incapacidad de definir verbalmente las emociones por parte de los pacientes

Algunos sujetos han ofrecido una amplia lista de síntomas físicos que padecían antes, durante y después de los episodios de ansiedad dental. No obstante es innegable que estos pacientes realmente no son capaces de nombrar sus emociones. No han sabido hablar de ellas con palabras y definir las verbalmente de manera concreta. Al contrario,

se han referido solamente a aspectos físicos como son los temblores, lloros, vómitos, diarreas, entre otros.

P. 1 (Paciente): “Me puse a temblar y le pedí al dentista varias veces que parase porque me iba a poner a llorar, tuve hasta fatiga”.

P. 2 (Paciente): “Me tuvieron que pinchar y cortar la encía para poder poner los aparatos y creo que estuve a punto de desmayarme, hasta lloré y todo”.

P. 3 (Odontólogo): “El día antes de la visita se me cierra el estómago y no lo entiendo ya que soy dentista. No es algo que pueda controlar”.

Condicionamiento del dolor por las emociones

Es innegable que existe una relación entre cuerpo y mente. A raíz de este principio, hemos podido comprobar que algunos pacientes han relatado que en ciertas visitas al dentista bajo influencia de estados emocionales negativos como el miedo, la tristeza o los nervios, han visto aumentado de manera exponencial el dolor sufrido. Debemos establecer una relación directa entre las emociones incontroladas o negativas y el dolor padecido.

P.1 (Paciente): “Ese día me dieron una mala noticia en casa y no tenía ganas de salir. Fui tan nerviosa, que ni la anestesia me cogió bien, lo que me hicieron fue una limpieza profunda y me dolió, tuvieron que parar para ponerme más anestesia”.

P. 2 (Odontólogo): “Otra cosa que suelo hacer con los pacientes es hablar antes de iniciar cualquier tratamiento porque si están tristes, enfadados o algún estado similar que no le ayuda a calmarse, siempre acaban por ser pacientes conflictivos.”.

Relación entre ansiedad dental y determinados rasgos de la personalidad

Asimismo no podemos dejar de citar que la madurez del individuo es otro condicionante clave. Más allá de contar con competencias odontológicas o no, un sujeto con edad avanzada o con claros síntomas de madurez emocional será más propenso a no tener miedo al dentista porque considera que la visita es algo positivo y olvida su escasez de conocimientos ya que confía en los avances científicos.

P.1 (Paciente): De pequeña me daba miedo el dentista, tuve una mala experiencia en una muela de arriba. Me tenían que pinchar y yo le tenía miedo a la aguja, lo pasé fatal y no volví a ir al dentista en mucho tiempo. He sido madre recientemente y el hecho de tener una hija y unos años más me ha cambiado la mentalidad al ver que a ella no le da miedo ¿cómo va a dármele a mí? Tengo que darle ejemplo”.

P. 2 (Paciente): “Con el paso de los años ves todo de otra manera, hay cosas peores en la vida que ir al dentista”.

Influencia de la formación académica

El resultado más llamativo con el que nos hemos topado ha sido el descubrir que el conocimiento con una cierta profundidad de los pormenores de la profesión, como podrían ser los materiales, las técnicas o las complicaciones de los tratamientos, entre otros, al contrario de lo que se pueda suponer, genera un aumento exponencial de la probabilidad de generar miedo en el paciente. La instrucción del paciente ha resultado ser un factor que influye aumentando el miedo y la ansiedad dental.

P.1 (Odontólogo): “Yo diría que tengo más miedo ahora que soy dentista y sé lo que realmente hay”.

P.2 (Paciente): “Yo no creo que la gente que tenga más conocimientos sobre el tema tenga menos miedo. Si supiésemos lo que es cada herramienta que nos meten en la boca, directamente no iríamos al dentista”.

P.3 (Odontólogo): “Aunque yo mismo sea especialista en esta disciplina, a nadie le gusta que le hagan nada en la boca y menos si sabes las complicaciones que conlleva”.

Relación entre ansiedad general y ansiedad dental

La totalidad de los sujetos entrevistados que padecen de ansiedad general, han resultado padecer también ansiedad dental. Destacamos casos de sujetos que presentan o han presentado ataques de pánico repetidos, incluso Trastorno de Ansiedad Generalizada, lo cual complejiza el abordaje odontológico.

P.1 (Paciente): “Yo generalmente soy una persona muy nerviosa, me pongo pálida, sudo e incluso se me saltan las lágrimas. Y en el dentista no es una excepción, me pasa lo mismo o peor”.

P. 2 (Paciente): “De chica ya me daban ataques de ansiedad a menudo por cosas muy absurdas pero hubo un momento en el dentista en el que me dio claramente un ataque de ansiedad y lo pasé muy mal porque pensaba que no iba a acabar nunca”.

P. 3 (Paciente): “Es que me pasa también en el médico de cabecera, no sé por qué pero me pongo supernervioso hasta por un resfriado por lo que si me van a tener que pinchar en el dentista pues mil veces peor”.

Visión del problema como algo normal en la profesión

Han sido múltiples las declaraciones obtenidas que han hecho alusión a que padecer odontofobia o ansiedad dental es un hecho “normal”, algo cotidiano que no precisa ser erradicado o analizado. Los sujetos han revelado que el sector analizado considera que la odontofobia está arraigada en la sociedad y es un concepto que se

encuentra entrelazado con la propia odontología. A raíz de esta relación, concluimos con que el sujeto que la padece se escuda en lo “normal” del problema.

P. 1 (Paciente): “El miedo a los dentistas va a estar siempre ahí, es muy difícil dejar de tenerles miedo. Todo lo que hacen siempre es desagradable, aunque sea una revisión, así es imposible ir tranquilo”.

P. 2 (Paciente): “Es que no se puede pretender tampoco que a la gente no le dé la ansiedad de vez en cuando allí dentro. El miedo es intrínseco de la profesión del dentista, no se puede erradicar por completo. Es un dolor por el que tienes que pasar”.

P. 3 (Odontólogo): “La percepción que tiene la gente del dentista es bastante clara y comprensible. El instrumental que utilizamos es asociado con la idea de dolor y si además coincide con que en la sala contigua hay un paciente que se queja pues más normal todavía que les provoque ese estado de nerviosismo”.

Ansiedad dental frente a la incertidumbre o lo inespecífico

Algunos entrevistados trataron de definir de manera concreta qué era aquello que les provocaba ansiedad dental. Sin embargo, para algunos de ellos no fue una tarea sencilla y no podían concretar, lo cual desemboca en la idea de que la incertidumbre del proceso al que se pueden enfrentar genera ansiedad dental en los pacientes. Los entrevistados no eran capaces de definir qué es aquello que les molesta.

P. 1 (Paciente): “El no saber lo que me van a hacer me da miedo, porque vas un poco a la aventura, aunque sepas que te has estado cepillando los dientes y cuidándote. La incertidumbre de las revisiones siempre da mucho respeto”.

P.2 (Paciente) “A mí es que hasta las revisiones simples me dan miedo porque no sabes si te van a ver una muela picada o se te ha movido algún diente y siempre voy con esa cosa en el estómago de a ver qué va a pasar”.

La fobia dental se refiere a algo concreto

Por el contrario, encontramos una mayor cantidad de sujetos que detallaron qué procedimientos o instrumental les provocaba esa sensación de odontofobia. Por tanto, la fobia dental va referida a un estímulo concreto, los pacientes que la sufren han sabido definir de manera exacta a qué le tienen miedo.

P. 1 (Paciente): “Cuando me sacaron la muela del juicio sí que lo pasé mal. Las extracciones son de lo peor que hay. No conozco a nadie que se quede indiferente aunque te hayan puesto la anestesia, es muy desagradable”.

P. 2 (Paciente): “Hay gente que le tiene pánico a la aguja, el instrumental es muy desagradable, yo creo que es lo peor y eso no ayuda”.

Presencia de conductas de evasión al tratamiento

Ciertos pacientes con odontofobia recurren a evitar acudir a su cita con el dentista o a aplazarla todo lo posible con el fin de posponer el enfrentamiento con aquel estímulo concreto que les provoca esa fobia.

P. 1 (Paciente): “A veces me ha llamado el dentista para decirme que si podía ir otro día porque el día que yo tenía la cita les había surgido un imprevisto y hasta me he alegrado cuando me han dado esa noticia”.

P. 2 (Paciente): “Si puedo lo evito o si estoy muy asustada llamo por mi cuenta y le digo que no puedo ir, que me dé la cita para el mes siguiente por lo menos”.

Elementos que disminuyen el malestar de los pacientes

La relación cercana o de confianza con el dentista es un elemento clave a la hora de disminuir la probabilidad de sufrir fobia o ansiedad dental en la consulta del dentista. Se ha comprobado que aquellos pacientes que acuden con cierta frecuencia y si además el personal que les atiende es el mismo en cada visita, se sienten más confiados respecto a aquellos que varían de consulta o de profesional. Cabe destacar que el 32% de los entrevistados ha admitido no sufrir ningún tipo de temor o ansiedad en el gabinete dental. Del mismo modo, los odontólogos son conscientes de que existen ciertos mecanismos para tratar con los pacientes ansiosos y conseguir que abandonen ese estado. Mostrar seguridad, detener los procedimientos cuando el paciente lo requiera y mostrarse paciente son algunos de los mecanismos que ayudan a la buena praxis. Hay que partir de la base de la relevancia del asunto ya que casi dos tercios de los dentistas opinan que tratar a pacientes ansiosos les presenta un reto en la práctica diaria²⁶. Por ello los odontólogos que se prestaron voluntarios para desarrollar el presente trabajo insistieron en la barrera que supone la ansiedad dental a fin de mejorar la salud bucodental de sus pacientes.

P. 1 (Paciente): “Yo no tengo miedo al dentista, de chica lo tenía pero claro, soy una persona que suele ir con frecuencia, así que ya lo veo como algo rutinario, no hay motivos para que me den ataques de ansiedad aunque me hagan algún procedimiento nuevo”.

P. 2 (Paciente): “Yo es que solo me fío de mi dentista de toda la vida porque ya es de confianza y como ya he visto que nunca me ha hecho daño pues suelo ir bastante tranquilo”.

P. 3 (Odontólogo): “Hay que tener paciencia y explicarles todo bien, son pacientes que necesitan una atención especial así como avisarle de lo que puedan sentir. Hay que inspirar confianza y seguridad”.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

No podemos comenzar el siguiente apartado sin aclarar que los resultados obtenidos van a ser muy dispares a los obtenidos en otros estudios dado que la muestra sobre la que se ha realizado el trabajo (estudiantes de la Universidad de Sevilla) es novedosa en esta temática, por lo que no hemos podido encontrar investigaciones que trataran sobre nuestro sujeto de estudio concreto. El método al que hemos recurrido es completamente diferente al que se suele emplear en este tipo de trabajos. Al margen de las estadísticas cuantitativas, hemos optado por un método cualitativo con cierto grado novedoso en el tema y que nos permite extraer un material más rico y subjetivo de los entrevistados. No podemos olvidar que los métodos estadísticos suelen tender más a la superficialidad y deja a un lado al sujeto en concreto.

1) Los alumnos entrevistados se encontraron ante una barrera de expresión y no fueron capaces de verbalizar sus emociones. Se han centrado en síntomas físicos y visibles como pueden ser los vómitos o mareos. No obstante, no supieron explicar con palabras las verdaderas emociones que producían la ansiedad o la odontofobia en ellos. Establecemos pues, una característica común entre los sujetos, la incapacidad de definir verbalmente las emociones, ya que se centran en aspectos físicos para ejemplificar y verbalizar sus sentimientos. En este sentido García Arroyo ya detalló que: “Los enunciados útiles emergen acompañados de abundantes expresiones emocionales y eso hace que la forma gramatical que presentan sea poco correcta”²⁴ así como “las emociones, debido a la carga afectiva tan intensa que ponen en juego, disuelven la racionalidad entendida como organización del bloque pensamiento-lenguaje”²⁷.

No obstante, si tenemos en cuenta la sintomatología física que los sujetos analizados han expuesto, concluimos que los síntomas visibles más frecuentes que se dan entre los estudiantes universitarios sevillanos que padecen de ansiedad dental son: el mareo, la fatiga, dificultad para conciliar el sueño el día antes de la cita, diarreas, bajada de tensión, sensación de asfixia y llantos incontrolados. En algunos casos sorprende que se llega incluso a recurrir a la evasión del problema a través de la cancelación de la cita. “Si puedo lo evito o si estoy muy asustada, llamo por mi cuenta al dentista y digo que

no puedo ir, que me dé la cita para el mes siguiente por lo menos”, declaró por ejemplo la paciente E.P.D.

Por lo tanto, hay una relación directa entre la ausencia de los términos que definen las emociones y las manifestaciones físicas. Se ha demostrado que cuando los pacientes adquieren más términos definitorios acerca de sus emociones, desaparecen las manifestaciones físicas²⁸.

2) La depresión y la ansiedad son trastornos psicológicos relacionados con el dolor físico. Obtuvimos casos tanto de pacientes como de profesionales que incidían en la influencia de las emociones sobre el dolor durante la consulta dental, incluso hubo un sujeto A.T.T. que canceló una cita con su dentista porque ese mismo día por la mañana había tenido un examen: “Estaba tan cansado y nervioso que no me apetecía nada ir a la clínica, no tengo el cuerpo ahora mismo para pasarlo mal, lo que me faltaba hoy”. Contamos además con la declaración de uno de los odontólogos entrevistados: “Otra cosa que suelo hacer con los pacientes es hablar antes de iniciar cualquier tratamiento porque si están tristes, enfadados o algún estado similar que no le ayuda a calmarse, siempre acaban por ser pacientes conflictivos”. Un estudio reciente elaborado en centros de atención primaria de España revela que el sufrimiento que generan los trastornos mentales no sólo es psicológico, sino que el organismo también sufre²⁹. Del mismo modo que las enfermedades físicas influyen en nuestro estado de ánimo y nos provocan temor, miedo o preocupación, muchos problemas psicológicos provocan síntomas físicos³⁰. Está comprobado que los síntomas físicos están íntimamente relacionados con las emociones, por tanto, es importante que se considere la posibilidad de que existan trastornos emocionales que influyan en el estado físico. La importancia emocional es tan grande que es frecuente observar afecciones orales cuando existen problemas emocionales que se manifiestan físicamente en la cavidad oral como son las aftas y la glositis migratoria benigna³¹.

Sokol ya determinó que la ansiedad disminuye el umbral de tolerancia al dolor y aumenta la posibilidad de que estímulos no nocivos sean interpretados por el paciente como dolorosos, especialmente en personas sensibles^{32 33}. El 47% de los pacientes con ansiedad dental son altamente sensibles al dolor frente a un 8% de los controles³⁴.

El miedo al dolor produce ansiedad, y ésta a su vez, aumenta la sensibilidad al dolor. Además influye el hecho de que en caso de estrés en el consultorio dental, al inyectar el anestésico, la tasa de adrenalina se dispare y se eleve la frecuencia cardiaca, lo cual desencadena una alteración en la distribución de la anestesia por el organismo y hace

que la percepción dolorosa aumente. “El índice de determinados neuromediadores cerebrales también se ve modificado cuando hay de estrés, en consecuencia, las moléculas son incapaces de actuar en las neuronas a las que van dirigidas. El rol del médico en la disminución de la angustia del paciente es clave. Del él dependerá, en parte, que la persona llegue a la sala de operación más tranquila”, explicó Vianney-Descroix³⁵.

3) Se ha estudiado si existe asociación entre el miedo dental y ciertos rasgos de la personalidad del individuo. Según Jhong y Murriss, la ansiedad dental está positivamente relacionada con una alta frecuencia de pensamientos predominantemente negativos³⁶, en el que parece ser que la madurez del sujeto en cuestión es clave. Tomaremos como ejemplo el caso del paciente P.S.T., quien mostró una correcta compostura durante la entrevista y mostró ser una persona competente y madura: “Para para mí es un miedo infantil e innecesario, tampoco te van a hacer nada horrible. Estás allí por tu bien, voluntariamente. ¿Tenerle miedo? van a arreglarte la boca, además, si te la has estado cuidando, no te van a hacer nada, te dirán que todo está bien y punto.”

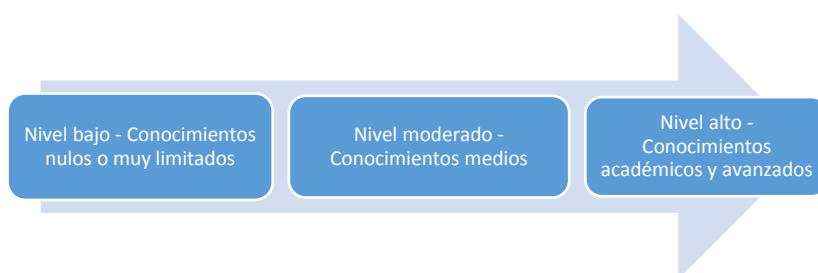
Hemos dado con casos en los que el individuo entrevistado daba muestras de poca madurez emocional a través de sus respuestas o el tono en que derivaba la entrevista. Según Pérez Navarro, los niños de hasta 4 años experimentan miedo bajo la influencia de la inmadurez en función del desarrollo cognoscitivo³⁷. Klatchoian añade que el miedo odontológico como cualquier otra fobia está determinado por factores situacionales inespecíficos, que tienden a disminuir con el aumento de la edad y de la madurez. Tanto el grado de madurez del individuo, como los trazos básicos de su personalidad así como el estado de ansiedad dependiente de esas características, contribuyen a determinar el tipo de comportamiento en el consultorio³⁸.

4) Al comenzar nuestro proyecto de fin de grado, partíamos de una idea expuesta anteriormente según la cual los alumnos universitarios que cursan estudios relacionados con odontología presentan por norma general un menor nivel de miedo y ansiedad en la consulta dental frente a otros estudiantes universitarios ya que, al conocer la disciplina el conocimiento les ofrece mayor seguridad, por lo tanto, es preciso cuestionar si el conocimiento está ligado a la predisposición de sufrir ansiedad. Sin embargo, los datos arrojados por las entrevistas no-directivas señalan precisamente lo contrario, 12 de los 15 alumnos de Odontología entrevistados aseguran sentir miedo o ansiedad en este contexto. La estudiante de Odontología C.S.V. apunta a lo que declaran sus compañeros de carrera: “Tengo más miedo ahora que antes porque ahora sé lo que hay y lo que

realmente puede pasar”. Incluso aquellos sujetos que cursan otros grados se solidarizaban con esta tesis. La estudiante C.F.C. agregaba: “Yo no creo que la gente que tenga más conocimientos sobre el tema tenga menos miedo, en absoluto. Es que no hay más que ver los instrumentos que utilizan. Si supiésemos lo que es cada cosa que nos meten en la boca, directamente no iríamos al dentista, te lo digo sinceramente.”

Según nuestro estudio, los alumnos de otros grados que han sido inculcados desde pequeños en los buenos hábitos de higiene oral, han adquirido una serie de conocimientos básicos sobre odontología, con lo cual van más seguros al gabinete que si tuvieran conocimientos globales como pudieran ser los propios estudiantes de esta titulación ya que éstos, tal como arrojan los resultados obtenidos durante las entrevistas no-directivas, al conocer las complicaciones de los procedimientos son más propensos de padecer ansiedad dental. Añadir también que, entre los estudiantes de Odontología también encontramos ciertas disimilitudes en cuanto a la formación académica se refiere, ya que conforme aumentaba el curso del grado en el que estaban, mayor era la predisposición de padecer ansiedad dental, es decir, los alumnos de primer curso tenían escasa preocupación a la hora de ir al dentista frente a alumnos de cursos avanzados.

Asimismo, según las entrevistas, también concluimos con que aquellos alumnos de otros grados que no han recibido ninguna formación básica sobre higiene oral durante su infancia y que por tanto no entienden la importancia de acudir con cierta asiduidad al dentista ya que sus conocimientos sobre el tema son nulos, también van a ser susceptibles de desarrollar ansiedad dental durante su estancia en el consultorio.



En cuanto a los profesionales entrevistados que actualmente ejercen la profesión, al invertir los roles dentista-paciente, podemos aseverar que a la mayoría les da cierto respeto y nerviosismo el ponerse en otras manos que no sean las suyas propias, según sus declaraciones, por las posibles complicaciones (las cuales conocen) y porque saben el trabajo meticuloso y ordenado que hay tras cada tratamiento, por lo cual añaden, si no

es de confianza el personal que les atiende o si han tenido una experiencia negativa con ese profesional de confianza prefieren no acudir a la clínica.

Dado que se partía de una idea cuyo resultado ha sido radicalmente opuesto al obtenido, se ha recurrido a la consulta y el contraste de diversos estudios con el fin de reforzar la teoría final. De este modo un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México en 2006 acerca del estrés en estudiantes de Odontología reveló que el 61,3% de los estudiantes de esta carrera cuestionados manifestaba al menos una de las siguientes reacciones: miedo, angustia, tensión o estrés en sus consultas odontológicas. Confirma nuestras pesquisas el hecho de que este informe revelaba que el 84% de los alumnos entrevistados reconocieron que los conocimientos adquiridos en la carrera les proporcionaban cierto estrés condicionante en sus visitas dentales³⁹.

Un hecho a destacar que refuerza la idea de que los estudiantes de Odontología son más propensos a sufrir ansiedad dental es el estrés que suelen padecer estos alumnos en su carrera académica, al margen de las consultas al dentista. La *Revista Colombiana de Psiquiatría* trataba esta cuestión en 2013 y concluía que entre los estudiantes de Odontología existe una alta prevalencia de síntomas ansiosos (37,4%), depresivos (56,6%) y de estrés (45,4%) bajo los principales condicionantes de los recursos económicos, la presión familiar, el apoyo social y la escasez de tiempo libre para el descanso o el ocio⁴⁰.

5) Se han dado casos en los que los entrevistados han demostrado tener una personalidad alterada y nerviosa. Martilleo con los dedos en la mesa, cierta agitación, sudoración excesiva al hablar del tema, cambios de postura cada escasos minutos o tocarse el cabello con demasiada frecuencia son algunos de los ejemplos. En la totalidad de estos individuos, que han sido 5 de los 34 entrevistados, se han dado casos de odontofobia o ansiedad dental y que además habían sido diagnosticados de ansiedad generalizada, algunos de los cuales estaban tomando la correspondiente medicación. Por ende, la ansiedad generalizada es un factor predisponente claro que repercute en padecer ansiedad en la consulta dental.

Berggren y Meynert (1984), mantienen que la ansiedad generalizada y la tendencia a las reacciones fóbicas pueden ser la causa del miedo dental⁴¹. Algunos autores opinan que parece existir una clara relación entre la ansiedad rasgo o constitucional y por lo tanto innata y la ansiedad y el miedo dental, actuando la primera como un factor etiológico de modo que el sujeto con ansiedad rasgo tendrá una mayor predisposición y posibilidad de sufrir niveles altos de ansiedad dental⁴².

6) En relación a la visión del problema como algo normal, podemos decir que la odontofobia se ha asimilado hasta ser aceptada como algo común en la conciencia colectiva. Un 63% de los entrevistados declararon que tener miedo al dentista es “normal” y “comprensible” lo que denota que, al haber una concepción de algo común, es más difícil concienciar que es un estado nocivo y que tiene solución. El miedo al dentista suele deberse a la suma del miedo a lo desconocido y a los tratamientos que son frecuentemente invasivos. Si además el paciente es nervioso o ha tenido una mala experiencia en su primera visita, suele originar pánico dental. A esto puede sumarse el temor a no poder controlarlo, haciendo de la visita al dentista una verdadera pesadilla, es por ello, que la mayor parte de los individuos entrevistados consideren como algo normal tenerle miedo al dentista⁴³.

Incluso los individuos que se mostraron más aprensivos a este tema y que reconocieron sufrir ansiedad, como es el caso de la paciente E.P.D., quizá el más grave, han llegado a declarar que: “Total, el miedo al dentista es normal, tampoco es tan raro que a mí me pase todo esto, ni me voy a sentir mal ni rara”.

El paciente I.E.P. especificó mientras alzaba los hombros como señal de que era algo lógico que: “No se puede pretender tampoco que a la gente no le dé la ansiedad de vez en cuando allí dentro. El miedo es intrínseco de la profesión del dentista, no se puede erradicar por completo. Es un dolor por el que tienes que pasar”. Esta idea, esa suposición de que “el miedo es intrínseco en la odontología”, frena de manera tajante los intentos de los profesionales para erradicar el problema ya que no hay colaboración de los pacientes. Márquez Rodríguez ha incidido en que el miedo y la ansiedad es una de las principales fuentes de problemas para la práctica normal de la profesión y otorga a los propios dentistas el papel protagonista para paliar estos estados⁴⁴.

7) Las manifestaciones cognitivas de la ansiedad dental se refieren a la propia experiencia interna. Incluyen una serie de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los pacientes. En este apartado debemos tener muy presente la diferencia fundamental entre la ansiedad (relacionada con la incertidumbre) y la fobia (generada por un estímulo concreto). La situación que con más frecuencia generó entre los entrevistados ansiedad dental fue el hecho de la anticipación, es decir, no fueron capaces de definir de manera concreta lo que les provocaba esa ansiedad, solo tuvieron pensamientos catastróficos sobre lo que podría pasar. Reflexiones acerca de lo que va a suceder una vez están en la sala de espera, miedo a perder las piezas dentales, a la muerte en el consultorio, al temor de perder los dientes, en general, se trata de

hipersensibilidad ante los estímulos dentales y a la espera de dolor ante ellos. El alumno I.E.P. añadió un ejemplo de ansiedad dental frente a la incertidumbre y el no control del tratamiento “entre el sonido, que no puedes ver lo que te están haciendo y que casi todo lo que te van a hacer en la boca te va a doler o te la va a dejar dormida, no es agradable”.

8) Según los resultados obtenidos, tiene mayor prevalencia la odontofobia frente a la ansiedad dental en el espectro de estudiantes de la Universidad de Sevilla. Las intervenciones más citadas han sido la extracción de piezas dentales, las limpiezas, seguido del torno y el sonido del eyector. El paciente A.M.P. declaró: “A mí lo que peor me sienta es que me pongan el tubo que absorbe saliva porque siempre da la impresión de que te vas asfixiar y te deja tan seco que es insoportable”.

Moore puntualizó que 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 dental⁴⁵.

Es muy significativa también la desconfianza que genera la anestesia. Aquello que en principio existe para anular el dolor o reducirlo a un nivel ínfimo es a veces un condicionante de sufrir odontofobia. El pensamiento de que va a desaparecer su efecto en medio de la intervención o que al contrario va a perdurar demasiado, provoca que 13 de los entrevistados hablen de la anestesia con cierto temor.

Varios estudios han demostrado que los procedimientos odontológicos tales como exodoncias, tratamientos del canal radicular, raspados radiculares y tartrectomías, así como procedimientos que inducen a ahogamiento, el sonido de las fresas, el tiempo en la sala de espera y las quejas provenientes de otros pacientes constituyen los factores desencadenantes de odontofobia más potentes⁴⁶.

9) La manifestación conductual de ansiedad dental más frecuente que percibimos durante la realización de las entrevistas no-directivas fue la evasión del tratamiento odontológico por parte de algunos de los sujetos. Encontramos casos que llegaban a cancelar la cita el día antes o incluso el mismo día. La paciente E.P.D. señalaba: “Al principio estoy bien, pero cuando llega el día empiezo a sentir náuseas de forma que me veo obligada a cancelar la cita”.

Encuestas realizadas en EEUU mostraron que del 5-6% de la población adulta eludía el tratamiento dental por temor. Además se calcula que un porcentaje mucho mayor de la población, hasta un 25%, rehúye el tratamiento dental⁴⁷.

La evasión del tratamiento dental, las cancelaciones de las visitas y el distanciamiento entre las mismas no solo se han considerado consecuencias de la ansiedad y el miedo dental sino que han sido nombradas como factores capaces de predecir que el sujeto tendrá ansiedad y miedo dental⁴⁸. Se trata pues de un círculo vicioso: la ansiedad y el miedo dental conducen a la evasión, así como la evasión a la aparición de mayor sintomatología y patología bucodental. Cuando el paciente acude al dentista, los niveles de ansiedad son muy altos, ya que espera que el tratamiento vaya a ser más doloroso y complicado. Todo ello conduce finalmente a una elevación del nivel de ansiedad dental, a la aparición de sentimientos de culpabilidad, vergüenza e inferioridad y a una exacerbación de la ansiedad dental⁴⁹.

Existe por tanto, una relación entre la frecuencia de las visitas al dentista y la probabilidad de padecer ansiedad dental. A mayor frecuencia de visitas, mayor será la normalización de los procedimientos y el *modus operandi* odontológico para el paciente y menos frecuentes serán las conductas de evasión y cancelación de citas, ya que al sistematizar la visita al dentista como un hecho rutinario se apartan los miedos sociales preconcebidos y se acude de buen ánimo.

Kent incidió en este aspecto al exponer que la frecuencia con la que el paciente visita a su dentista influye en su grado de ansiedad dental. Encontró que los pacientes que visitaban al dentista de manera regular presentaban menor grado de resentimiento y una mayor satisfacción que aquellos que acudían a la consulta solo cuando tenían una urgencia⁵⁰.

10) Acerca de los elementos que disminuyen el malestar en los pacientes, los dentistas de la muestra de estudio coincidieron en que es fundamental la confianza que el paciente deposita en el profesional. A raíz de las declaraciones obtenidas, podemos concluir que existen una serie de procedimientos que sirven de ayuda a la hora de tratar a un paciente con estas características. Dichos procedimientos pueden ser: atesorarse de paciencia; transmitir profesionalidad y seguridad; iniciar una conversación previa al tratamiento para despejar la mente del paciente; explicar cuál es el procedimiento que se va a seguir así como asegurarse de detener la intervención en cualquier momento que el paciente lo requiera. Según Rojas, es imprescindible trabajar mediante la percepción de control, donde se le entrega al paciente la posibilidad de detener el procedimiento dental cuando éste lo estime conveniente, lo cual llevaría a manejar adecuadamente la ansiedad: “Un paciente que siente que tiene el poder sobre la situación y que puede detener el proceso cuando lo estima necesario subjetivamente es un paciente que

conseguirá que remita su ansiedad y por consiguiente tendrá una mejor experiencia en el gabinete dental”⁵¹.

La odontóloga de nuestra muestra de estudio Z.C.S.G. reconoció: “No he dejado a ningún paciente sin tratar ni he tenido que derivarlo por que muestre señales inequívocas de ansiedad”, a lo que añadió: “Todo lo contrario, hay gente miedosa que ya han pasado por más dentistas y ahora quieren quedarse conmigo y me dicen que sorprendentemente han tenido una buena experiencia en el dentista”. Las claves de este éxito se encuentran en ciertos mecanismos de apoyo al paciente, hacerle pasar por una buena experiencia. “Suelen acudir con temblor en las manos pero al final, si tú les tratas bien, acaban confiando y ahí va todo enfilado”, declara el dentista J.R.C.

En los resultados obtenidos durante las entrevistas no directivas, encontramos casos de sujetos de otras titulaciones cuyos familiares eran dentistas, por lo que habían convivido con la disciplina odontológica durante toda su vida y ya estaban familiarizados con los instrumentos y procedimientos, por lo que se mostraban más seguros y confiados. Sin embargo, nos encontramos también este mismo caso pero con la diferencia de que su dentista de confianza, su padre, le había hecho daño previamente durante un procedimiento, con lo cual, al haber experiencias negativas por mucha confianza que haya con el profesional por los posibles lazos afectivos que éstos mantuviesen, esa relación de confianza profesional odontólogo- paciente deja de ser tan sólida.

Añadir también que la ansiedad dental no supone únicamente un serio problema para la persona que lo padece, sino que también repercute en la relación del dentista con el paciente. Los pacientes ansiosos requieren un 20 % más de tiempo en el sillón que los pacientes que se encuentran relajados⁵². Los odontólogos consideran que los pacientes ansiosos constituyen una de las causas más frecuentes de estrés profesional, por la falta de cooperación de éste, pudiendo dar resultados insatisfactorios a pesar del esfuerzo del facultativo, como así resaltan Howard, Cunningham y cols, los cuales señalaron que el 80 % de los dentistas admitieron que se ponían ansiosos al tratar a este tipo de pacientes⁵³.

Al igual que los datos obtenidos, la literatura odontológica, principalmente Moore, realza en primer lugar la comunicación facultativo-paciente, la cual juega un papel muy importante en la reducción de la ansiedad, ya que da soporte verbal y tranquilidad al mismo⁵⁴.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. **Barberia, Leache, E.; Martín Díaz, D.; Tobal, M. y Fernandez Frías, C. (1997)** *Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental*. Boletín Asociación Odontológica Argentina para Niños, 25.
2. **Freud, S. (1915)** *Obras completas: Conferencias de introducción al Psicoanálisis, Parte III Doctrina general de las neurosis*. Editorial Amorrortu. Páginas 16-17.
3. **Klein, D.F. (1993)** *False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis*. Arch Gen Psychiatry, 50, 306-317.
4. **Vallejo Ruiloba, Julio; Gómez Beneyto, Manuel; Fernández Liria, Alberto (2009)** *Manual de Psiquiatría*. Grupo ENE Publicidad, Madrid.
5. **Heidegger, Martín (1927)** *El ser y el tiempo*. Editorial Tecnos. Madrid.
6. **Tillich, Paul (2013)** *Dogmática: Lecciones de Dresde 1925-1927*. Madrid: Editorial Trotta.
7. **Kierkegaard, Soren (2010)** *Biblioteca Grandes Pensadores: obras de Kierkegaard*. Editorial Gredos: Madrid.
8. **Klerman, G. L. (1987)**. Overview: Anxiety and somatoform disorders. En G.L. Tischler (Ed.), *Diagnosis and classification in psychiatry. A critical appraisal of DSM-III*. Cambridge: University Press.
9. **García Arroyo, J.M.; Fernández-Argüelles, P.; Domínguez López, M. L.; García López O. (2010)** *El circuito modal de la ansiedad*. Publicación Revista electrónica de Psiquiatría: Interpsiquis.
10. **Kierkegaard, S. (1844)**. *El concepto de la angustia*. Alianza Editorial: Madrid
11. **Antony, M.A. y Barlow, D.H. (2002)**. Specific phobias. En D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (2ª ed., pp. 380- 417). Nueva York; Guildford.
12. **Márquez-Rodríguez, J.A., Navarro-Lizaranzu M.C., Cruz-Rodríguez D., Gil-Flores J. (2004)** *¿Por qué se le tiene miedo al dentista?* RCOE, Vol 9, N°2, 165-174 Huelva: UH
13. **Eitner S, Wichmann M., Paulsen A., Holst S. (2006)** *Dental anxiety - an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health*. J Oral Rehabil 33: 588- 93.
14. **Doerr P.A., Lang W.P., Nyquist L.V., Ronis D.L. (1998)** *Factors associated with dental anxiety*. J Am Dent; 129: 1111-9.

15. **Locker D, Liddell A. (1992)** *Clinical correlates of dental anxiety among older adults. Commun Dent Oral Epidemiol ; 20: 372-5.*
16. **Rowe M, Moore T. (1998)** *Self-Report Measures of Dental Fear: Gender Differences. Health Behav, 22*
17. **Berggren U, Meynert G. (1984)** *Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. J Am Dent Assoc; 109(2): 247-251.*
18. **Lima Álvarez M., Casanova Y. (2006)** *Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico, Humanidades Médicas. Ene-Abr; Vol 6 No.16.*
19. **Caycedo C., Cortés O., Gama R., Rodríguez H., Colorado P., Caycedo M., Barahona G., Palencia R. (2008).** *Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género, Suma Psicológica. Marzo; Vol15 (1):259-278*
20. **Agras S. (1969)** *The epidemiology of commons fear and phobia. Compr. Psychiatry, 10.*
21. **Gustafsson A., Broberg A., Bodin L., Berggren U., Arnrup K. (2010)** *Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. Int J Paediatr Dent; 20(4):242-53.*
22. **Zubeldia, P. (2016)** Agencia de comunicación Europa Press, delegación española con declaraciones de *La Vanguardia, Edición 11 de mayo de 2016.*
23. **Hägglin C., Berggren U., Hakeberg M., Hällstrom T., Bengtsson C. (1999)** *Variations in dental anxiety among middle aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. J Dent Res 1999; 78 (10): 1655- 1661.*
24. **García Arroyo, J. M. (2016)** *El cáncer de mama (2): Metodología de la subjetividad, Publicaciones Punto Rojo Libros: Sevilla.*
25. **García Arroyo, J.M. (2011)** *¿Qué desvela la psicoterapia sobre el paciente hipocondríaco? 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011.*
26. **Weiner A.A., Weinstein P. (1995)** *Dentists' knowledge, attitudes, and assessment practices in relation to fearful dental patients: a pilot study. Gen Dent. 43: 164-8.*
27. **García Arroyo, J.M. (2011)** *El cáncer de mama (I): Reacciones ante el diagnóstico. Sevilla: Dis-Capaz.*
28. **Marty, P. (2003)** *La psicósomática del adulto. Amorrortu editores. Buenos Aires.*
29. **Andrés Rodríguez, José (2010)** *Depresión, ansiedad y dolor físico. Revista de Psicología.*
30. **Miguel, M. (2006)** *Las enfermedades psicósomáticas: Enfermedades invisibles. Clínica de la ansiedad. Madrid.*

31. **VV.AA. (2015)** *Higienistas dentales. Temario Volumen 2*. Servicio de Salud de Castilla y León. 314.
32. **Sokol D.J., Sokol S., Sokol C.K. (1985)** *A review of noninvasive therapies used to deal with anxiety and pain in the dental office*. JADA; 110: 217-22.
33. **Rodríguez R., Cano-Vindel A. (1995)** *Relación entre adquisición y patrón de respuestas de ansiedad en la fobia dental*. *Ansiedad y Estrés*. Madrid; 1: 105-11.
34. **Scott D.S., Hirschman R., Schroeder K. (1884)** *Historical antecedents of dental anxiety*. JADA; 108: 42-50.
35. **Postel, J.P. (2010)** *Memoire & Anesthesie*, Newsletter.
36. **De Jongh A., Muris P., Ter Horst G., Van Zuuren F.J., De Wit C.A. (1994)** *Cognitive correlates of dental anxiety*. J Dent Res; 73: 561-66.
37. **Pérez Navarro, N., González Martínez, C., Guedes Pinto, A.; Correa, M. (2005)** *Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad*. *Revista Cubana Estomatología*; 39(3).
38. **Klatchoian D.A. (1993)** *Psicología odonopediátrica*. San Pablo: Sarvier; p.89.
39. **García V. (2006)** *Estrés en estudiantes de odontología*. Univ. Nac. Autón. Méx.
40. **Arrieta Vergara, K.; Díaz Cárdenas, S.; González Martínez, F. (2013)** *Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados*. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 42 (2); 173-181.
41. **Berggren U., Meynert G. (1984)** *Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences*. JADA; 109: 247-51.
42. **Martínez de Zalduendo J.R., González-Pinto A. (1981)** *Ansiedad en el paciente estomatológico. Estudio y valoración de 65 casos*. *Rev Española Estomatol*; 259.
43. **Unidad de odontopediatria de Clínicas Cueva Queipo (2013)** *¿Miedo al dentista?*
44. **Márquez-Rodríguez, J.A. (2001)** *Estudio sobre los conocimientos, comportamientos y actitudes respecto a la salud oral en pacientes de la Sanidad Pública*. Vicerrectorado de Tercer Ciclo y Enseñanzas Propias. Universidad de Sevilla.
45. **Moore, R.; Birn, H.; Scheutz, F. (1993)** *Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults*. *Commun Dent Oral Epidemiol*, 21: 292-296.
46. **Hmud, R; Walsh, L.J. (2007)** *Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo*. *Revista De Mínima Intervención En Odontología*, Publicado primero en *Int Dent S Afric* 2007; 9: 48-58.

- 47. Corah NL. (1988)** *Dental anxiety. Assessment, reduction and increasing patient satisfaction.* Dent Clin North Am; 32: 779-90.
- 48. Berggren U., Meynert G. (1984)** *Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences.* J Am Dent Assoc; 109(2): 247-251.
- 49. Armfield J.M., Slade G.D., Spencer A.J. (2009)** *Dental fear and adult oral health in Australia.* Community Dent Oral Epidemiol; 37: 220-230.
- 50. Kent, G. (1984)** *Satisfaction with dental care.* Med Care; 22: 583-585.
- 51. Rojas G., Harwardt P., Sassenfeld A., Molina Y., Herrera A.; Ríos M., Misrachi C. (2012)** *Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental.* Acta Odont.
- 52. Filewich R.J., Jackson E., Shore H. (1981)** *Effects of dental fear on efficiency of routine dental procedures.* J Dent Res; 60; 533 (Abstract).
- 53. Howard J.H., Cunningham D.A., Rehnitzer P., Goode R.C. (1976)** *Stress in the job and career of a dentist.* J Am Dent Assoc; 93: 630-6.
- 54. Moore R., Brodsgaard I. (2001)** *Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patient.* Commun Dent Oral Epidemiol; 29: 73-80.

6. APÉNDICES

Apéndice 1: Tabla de sujetos pacientes

Nombre	Sexo	Edad	Grado
M.V.R.	Mujer	19	Criminología
A.M.P.	Mujer	20	Filología Inglesa
C.F.C.	Mujer	22	Bellas Artes
T.B.T.	Mujer	23	Ingeniería Informática
J.V.G.	Mujer	23	Ingeniería Química
D.R.A.	Mujer	23	Historia y Geografía
E.P.D.	Mujer	26	Periodismo
J.V.L.	Hombre	23	Derecho
P.S.T.	Hombre	24	Derecho
A.T.T.	Hombre	25	Ingeniería Química
I.E.P.	Hombre	25	Trabajo Social
A.M.P.	Hombre	26	Ingeniería Aeronáutica
G.J.M.	Hombre	26	Derecho
A.G.H.	Hombre	28	Ingeniería
D.S.A.	Hombre	30	Ingeniería

Nombre	Sexo	Edad	Grado
B.M.L.	Mujer	18	Odontología
A.P.R.C.	Mujer	19	Odontología
C.F.P.	Mujer	23	Odontología
M.L.G.E.	Mujer	26	Odontología
F.B.A.	Mujer	29	Odontología
C.S.F.	Mujer	23	Odontología
J.E.V.M.	Mujer	28	Odontología
C.S.V.	Mujer	28	Odontología
M.V.E.	Hombre	20	Odontología
L.W.	Hombre	26	Odontología
F.G.B.	Hombre	20	Odontología
D.A.S.	Hombre	23	Odontología
C.E.T.	Hombre	25	Odontología
C.C.G.	Hombre	29	Odontología
A.A.L.	Hombre	31	Odontología

Apéndice 2: Tabla de sujetos odontólogos

Nombre	Sexo	Edad	Experiencia
Z.C.S.G.	Mujer	27	Tres años ejercidos
J.R.C.	Hombre	26	Tres años ejercidos
M.M.B.	Mujer	26	Dos años ejercidos
P.P.R.B.	Hombre	36	Once años ejercidos

Apéndice 3: Motivación personal

Hace unos años, cuando aún no tenía la mayoría de edad, a menudo soñaba con ayudar a las personas que me rodeaban. Me imaginaba a mí misma vestida con una gran bata blanca, en una clínica, cambiando tristezas por alegrías, ayudando a los pacientes a sonreír con más fuerza, y la gran satisfacción que me daba el hacerlo. Es por ello, por toda esta magia, por lo que decidí hacerme odontóloga. Fui consciente desde edades muy tempranas de cómo influye el mantener la salud oral en la psicología de una persona. Ahí fue donde me di cuenta de mi verdadera vocación. Años más tarde, vi mi sueño realizado y comencé a estudiar la carrera de Odontología en la Universidad de Sevilla. Elegí esta carrera no sólo porque me apasionaban las ciencias, sino por el gran contenido humano que presenta y la vocación que sentía.

Debido a mi afán de superación, unido a unos episodios negros en mi vida, empecé a experimentar de propia mano episodios de ansiedad generalizada junto a situaciones de odontofobia con cierta frecuencia, en los que fui consciente, no solo por los síntomas que me acompañaban, sino porque actividades que antes no me suponían ningún temor, como por ejemplo acudir al dentista, ahora significaban un mundo para mí, quizás agravado por los conocimientos propios que tengo sobre las disciplinas odontológicas. Fue este motivo lo que me impulsó a elegir este tema para la realización de mi proyecto de fin de grado enfocado en el ámbito universitario de la ciudad de Sevilla, clasificando a los alumnos en estudiantes de Odontología y estudiantes de otras titulaciones, y comprobar así, si existen diferencias cualitativas en lo que a odontofobia y ansiedad dental se refiere.

Espero que el presente trabajo de investigación haya estado a la altura de vuestras expectativas y que haya sido de vuestro agrado.

Cristina Sánchez Valle