

Multimed 2019; 23(2)

Marzo-Abril

Artículo original

Asociación entre odontofobia y salud dental

Association between odontophobia and dental health

Esp. I EGI. Karen Leimys Palomino Rodríguez.^{1*}

Est. 5to año EGI. Anaís de los Milagros Alcolea García.¹

Resid. 2do año Ortod. Annet de la Caridad Alcolea García.¹

Ms.C. SaludBuc. José Rolando Alcolea Rodríguez.¹

¹Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas Manuel Cedeño Infante. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: adrianiven.grm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la visita al estomatólogo es una de las atenciones en salud que más ansiedad genera en las personas, estas pueden, llegar hasta el miedo y la fobia.

Objetivo: determinar la posible asociación entre la odontofobia y la salud dental en pacientes de 20 a 50 años ingresados en el Servicio de Atención Primaria de la Clínica Estomatológica de Bayamo en febrero de 2017.

Método: se realizó investigación epidemiológica observacional analítica transversal, el universo de 132 pacientes, todos formaron parte del estudio. La presencia de odontofobia se identificó con el apoyo de la Escala de la Ansiedad de Norman Corah y un cuestionario donde fueron estudiadas las variables: estado clínico de los dientes afectados y pérdida dentaria, luego se determinaron por cientos, medias, prueba de confiabilidad estadística y Odds Ratio.

Resultados: predominaron los pacientes odontofóbicos con dientes clínicamente afectados por diversas causas (media=16,14), existió asociación estadística entre odontofobia y dientes afectados (OR=1.38) a expensas fundamentalmente de los dientes con indicaciones de

extracción (OR=1.94). Esta situación contribuyó en gran medida a la alta pérdida dentaria (53,57% - OR=4.38).

Conclusiones: se demostró la asociación causal entre odontofobia y salud dental, determinada por estado clínico de los dientes afectados y la pérdida dentaria.

Palabras clave: Ansiedad al Tratamiento Odontológico; Atención Odontológica.

ABSTRACT

Introduction: the visit to the stomatologist is one of the health care that generates more anxiety in people; they can reach fear and phobia.

Objective: to determine the possible association between odontophobia and dental health in patients aged 20 to 50 years admitted to the Primary Care Service of the Stomatology Clinic of Bayamo in February 2017.

Method: transversal analytical observational epidemiological research was carried out, the universe of 132 patients; all of them were part of the study. The presence of odontophobia was identified with the support of the Norman Corah Anxiety Scale and a questionnaire where variables were studied: clinical status of affected teeth and tooth loss, then were determined by hundreds, means, statistical reliability test and Odds Ratio.

Results: predominantly odontophobic patients with teeth clinically affected by various causes (mean = 16.14), there was a statistical association between odontophobia and affected teeth (OR = 1.38), mainly at the expense of the patients with indications of extension (OR = 1.94). This situation contributed to a large extent to the high dental loss (53.57% - OR = 4.38).

Conclusions: the causal association between odontophobia and dental health was demonstrated, determined by the clinical state of the affected teeth and tooth loss.

Key words: Dental Anxiety; Dental Care.

Recibido: 17/1/2019.

Aprobado: 12/2/2019.

Introducción

El ser humano en el proceso de interacción con otros seres humanos, forma su personalidad, en un medio socio-histórico concreto; este nace con potencialidades biológicas y psicológicas primarias, consolidadas a partir de la combinación peculiar e irreplicable de las condiciones internas y externas del desarrollo, la formación de particularidades psicológicas complejas que posibilitan la autorregulación de su actuación y, por tanto, el poder de dirigir su conducta.⁽¹⁾

La visita al estomatólogo es una de las atenciones en salud que más ansiedad genera en las personas, que puede llegar hasta el miedo y la fobia. Conducta que atenta contra la salud oral de esas personas e influye notoriamente en la calidad de los tratamientos y la salud mental del profesional. La mayoría de las explicaciones sobre esta situación apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.

El miedo es considerado como un estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo.⁽²⁾

La odontofobia es considerada en la clasificación internacional de las enfermedades como una fobia específica, definida como el “temor acusado y persistente, excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos, el que provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia. Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar”.⁽³⁾

Entre el 10% y el 15% de la población mundial experimenta odontofobia. En países de Europa, Australia o Norteamérica hasta el 18%, los asiáticos presentan los niveles más elevados mundialmente (30% - 48%), estos en ocasiones eligen retrasar las citas con el dentista debido al miedo que le provoca el tratamiento.^(2,4,5) Otros consideran que aumenta con la edad, ya que pueden haber experimentado mayor número de tratamientos estomatológicos.⁽⁵⁻⁸⁾

Apoyados en los criterios de Gaurav y Colaboradores,⁽⁹⁾ corroboran que la odontofobia tiene relación con variables sociodemográficas, elementos que deben ser punto de partida para el

manejo de la misma en la atención estomatológica. Esta con diferentes niveles de intensidad. Por ejemplo Siegel en África, citado por Carlsson,⁽²⁾ encontraron un estado de salud malo y medio relacionado con diferentes causas de miedo.

Khawjay Colaboradores,⁽¹⁰⁾ plantean que el motivo más universalmente referido de la odontofobia es una experiencia traumática previa, seguido por otros como la actitud aprendida de su entorno, los relatos de parientes y amigos cercanos respecto a tratamientos dentales, por lo que considera la odontofobia una conducta aprendida.

Carlsson y Colaboradores,⁽²⁾ demuestran que el ruido del airtor, es la principal causa de miedo de los pacientes, seguido del instrumental, inyecciones, olor a dentista (olor a eugenol) y tener que atenderse con estudiantes.^[11]

La situación cotidiana en los servicios estomatológicos y la minuciosa revisión bibliográfica del tema fue la motivación para la realización de esta investigación, con el objetivo de determinar la posible asociación entre odontofobia y salud dental en pacientes de 20 a 50 años ingresados en el Servicio de Atención Primaria de la Clínica Estomatológica de Bayamo durante el mes de Febrero de 2017.

Método

Se realizó una investigación epidemiológica observacional analítica transversal, en los pacientes ingresados en el Servicio de Atención Primaria de la Clínica de Especialidades Estomatológicas de Bayamo, durante el mes de febrero de 2017. El universo de estudio fue de 132 pacientes de 20 a 50 años de edad en la población, en el escenario y tiempo descrito anteriormente, todos aceptaron formar parte del estudio.

Los métodos de investigación cuantitativos fueron: teóricos (análisis-síntesis, inducción-deducción e hipotético – deductivo), empíricos (observación, cuestionario, medición y estudio documental) y estadísticos: descriptivos (por cientos y medias) e inferenciales (prueba de confiabilidad estadística al 95% y Odds Ratio)

Las variables estudiadas fueron: odontofobia, estado clínico de los dientes afectados, pérdida dentaria y pacientes con alta pérdida dentaria.

Definición de variables

Odontofobia (cualitativa ordinal): cuando según la Escala de la Ansiedad Dental de Norman Corah^(1,11) obtuvo 9 o más puntos

Estado clínico de los dientes (cualitativa nominal dicotómica)

Dientes afectados: dientes a restaurar, restaurado, extraído o para extraer, por cualquier causa.

Dientes sanos: diente sin evidencia clínica de daño existente o tratado, o sea que no clasificó en la escala anterior.

Estado clínico de los dientes afectados (cualitativa nominal politómica)

Diente a restaurar: diente afectado por caries dental, traumatismos dentarios, obturaciones temporales, procesos púlsares y periapicales, abrasiones u otras causas que necesitan ser restaurados.

Diente restaurado: diente restaurado por cualquier causa.

Diente extraído: diente ausente de la cavidad bucal por cualquier causa siempre que mantengan la brecha.

Diente para extraer: diente con criterio de exodoncia por cualquier causa a extraer.

Alta pérdida dentaria (cualitativa nominal dicotómica): cuando la cantidad de dientes perdidos fue superior a la media del grupo etario del individuo.

Bioética: Una vez seleccionado el paciente para el estudio, se procedió a comunicar los objetivos del mismo y los beneficios, luego se solicitó su consentimiento informado según los principios éticos del que se dejó constancia escrita.

Técnicas y procedimientos

Para la obtención de la información se aplicaron métodos exploratorios de interrogatorio y examen físico intraoral en el sillón dental, reflejados en un cuestionario anónimo y confidencial, que constó con dos partes: encuesta para determinar la presencia de odontofobia y su intensidad según instrumento de Escala de la Ansiedad Dental de Norman Corah validada internacionalmente⁽¹⁾ y examen bucal para medir la salud dental.

El análisis estadístico se realizó con el apoyo de tablas de contingencia 2x2 y el paquete estadístico EPIDAT 4.1, el que permitió determinar las frecuencias absolutas, media y porcentajes, posteriormente se aplicó la estadística inferencial a través del Ji-Cuadrado (χ^2) y el valor de p, que al ser menor de 0.05, indicó la asociación entre las variables con una significación estadística del 95%, para las que se determinó el Odds Ratio ($OR = ad / bc$) y sus

intervalos de confianza al 95%, cuando este arrojó valores menores a 1 no existió asociación causal, el OR de 1 indicó que el factor de riesgo era de protección y los OR mayores a 1 demostraron la asociación causal y la probabilidad de aparecer la morbilidad bucal ante la presencia de odontofobia.

Resultados

La asociación entre odontofobia y el estado clínico de los dientes, referida en la tabla 1, expone que el promedio de dientes afectados por diversas causas en la población estudiada fue de 15,32, con mayor nivel de afectación en los pacientes que sufren de odontofobia 16,14. En los no afectados por esta categoría fue de 13,88, lo que demostró la asociación estadística entre la odontofobia y el estado clínico de los dientes, con un OR=1.38 e IC (1,21-1,58).

Tabla 1. Asociación de la odontofobia con el estado clínico de los dientes

Estado clínico de los dientes	Odontofobia				Total N=132	
	Si N=84		No N=48			
	No.	Media	No.	Media	No.	Media
Dientesafectados	1356	16.14	666	13.88	2022	15.32
Dientessanos	1332	15.86	870	18.13	2202	16.68
Total	2688	32.00	1536	32.00	4224	32.00

Prueba de Ji – Cuadrado: Estadístico=22.6437 p=0.0000

OR= 1.38 IC [1.21 – 1.58]

El estado clínico de los dientes afectados según grupo de estudio expuesto en la tabla 2, reveló en la población total el predominio de la media de dientes a restaurar (4,80) y extraídos (4,59), similar en los pacientes con odontofobia que presentaron la situación más negativa; 5,04 dientes a restaurar; 4,96 extraídos y 2,04 para extraer, los restaurados fueron similares para ambos grupos, ligeramente mayor para aquellos pacientes sin odontofobia. Finalmente se demostró que la odontofobia tiene asociación causal con el estado clínico de los dientes, principalmente con los dientes para extraer (OR=1,94) y los extraídos (OR=1,50).

Tabla 2. Estado clínico de los dientes afectados según grupo de estudio

Dientesafectados	Odontofobia				Total N=132		X²	p	OR	IC
	Si N=84		No N=48							
	No.	Media	No.	Media	No.	Media				
A restaurar	423	5.04	210	4.38	633	4.80	10.4135	0.0013	1.37	1.13-1.66
Restaurados	345	4.11	207	4.31	552	4.18	1.5617	0.2114		
Extraídos	417	4.96	189	3.94	606	4.59	13.3774	0.0001	1.50	1.23-1.83
Para extraer	171	2.04	60	1.25	231	1.75	18.0525	0.0000	1.94	1.42-2.64
Total	1356	16.14	666	13.88	2022	15,32				

El promedio de dientes perdidos fue de 6.34, el que aumenta al aumentar la edad, grupo de edades con mayor afectación fue el de 40-59 años (8.54). (Tabla 3)

Tabla 3. Promedio de dientes perdidos según grupo de edades.

Grupos de edades	N	Dientes perdidos	Media
20 - 29	27	65	2.41
30 - 39	42	234	5.57
40 - 49	63	538	8.54
Total	132	837	6.34

La relación entre odontofobia y desdentameinto expuesta en la tabla 4, proyectó como resultados que el 41.67% de los estudiados presento alta pérdida dentaria (dientes perdidos por encima a los de su grupo etario), con una mayor frecuencia en aquellos que se identificaron con odontofobia (53.57%), en los casos sin esta categoría la alta pérdida dentaria solo fue del 20.83%. La estadística inferencial corroboró que en los individuos con odontofobia aumenta la probabilidad de pérdida entre 4.38 y hasta 9.93 veces (OR= 4.38 IC [1.93 – 9.93]).

Tabla 4. Asociación entre odontofobia y la alta pérdida dentaria.

Pacientes con alta pérdida dentaria	Odontofobia				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%

Si	45	53.57	10	20.83	55	41.67
No	39	46.43	38	79.17	77	58.33
Total	84	63.64	48	36.36	132	100.00

Prueba de Ji – Cuadrado: Estadístico=13.4644 p=0.0000

OR= 4.38 IC [1.93 – 9.93]

Discusión

Martínez Vasallo, Al Namankany y Colaboradores,^(3,12) demostraron que el miedo a la atención estomatológica constituye un obstáculo que interfiere la consulta y por consiguiente la salud bucal del paciente.

En el estudio de morbilidad de Granmay el Análisis de la situación de salud de la Clínica, donde se realizó este estudio ambos del 2015, plantearon una media de dientes afectados para este grupo según edades indicadoras internacionales de 13.44 y 12.77, respectivamente. Al comparar los resultados con la morbilidad de Granma y del área de salud, se pudo observar que los dientes afectados en el grupo con odontofobia es superior al perfil epidemiológico de la provincia para este indicador, por lo que se corrobora la influencia de la odontofobia sobre esta morbilidad, y no solo factores socioeconómicos y culturales tributarios a la provincia y el municipio.^[13]

Al Namankany, Arrieta Vergaray Colaboradores,^(12,13) afirman que la ansiedad dental crea en el paciente un círculo vicioso: evasión del tratamiento dental, deterioro de la dentición, sentimientos de culpa e inferioridad.

Valdés Reyes y Colaboradores,⁽⁵⁾ demuestran la relación entre odontofobia y afectaciones dentales por caries dental y enfermedad periodontal, que pueden llegar hasta la realización de la extracción dentaria como única posibilidad terapéutica.

En el estudio de morbilidad de Granma 2015 plantea como resultado el predominio de los dientes restaurados (media=5.80) y extraídos (media=4.48), superiores en el Análisis de la situación de salud de la Clínica 2015, dientes restaurados (media=6.30) y extraídos (media=4.70).⁽¹³⁾

Los estados agudos muy frecuentes en estos casos impone la exodoncia, tratamiento finalmente preferido por estos pacientes, puede ser por la posibilidad que ofrecen estos

ante el uso de anestésicos y de esta manera evitar una de las causas principales de odontofobia que son las molestias generadas por los tratamientos.

Según Khawja, Simon y Colaboradores,^(10,14) plantean que la fobia estomatológica conlleva a la evasión de asistencia al detrimento de la salud oral del individuo y la pérdida de órganos dentarios, lo que genera un conflicto social, la inconformidad estética y funcional y alteraciones en su bienestar biopsicosocial.

Valdés Reyes y Colaboradores,⁽⁵⁾ demuestran en su investigación que el miedo al estomatólogo, se relacionan con las disfunciones masticatorias por desdentamiento.

Los resultados obtenidos y la bibliografía consultada ratifican que el miedo a la atención estomatológica genera morbilidad dental de alta severidad que conduce a la pérdida dentaria, ya que estos pacientes demoran los tratamientos, evitan los conservadores y prefieren la exodoncia como solución a su situación dental.

Conclusiones

En los pacientes que sufren odontofobia aumenta la morbilidad y severidad de las enfermedades dentales. Existió una alta pérdida dentaria, la que aumentó proporcionalmente con el aumento de la edad y en los pacientes con odontofobia.

Referencias Bibliográficas

1. Guallimba Revelo AL. Estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad. [Tesis] Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2011 [citado 20/8/2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1392/1/T-UCE-0007-29.pdf>.
2. Carlsson V, Hakeberg M, Boman UW. Associations between dental anxiety, sense of coherence, oral health-related quality of life and health behaviour – a national Swedish cross-sectional survey. BMC Oral Health 2015; 15: 100.

3. Martínez Vasallo HM, Martínez Vasallo B. El miedo insuperable como eximente de la responsabilidad penal y su implicación en las Ciencias Médicas. RevMéd Electrón 2013; 35(1): 73-84.
4. Vásquez Campos ME, Montes de Campos EE. Diagnóstico y diseño de un programa de orientación en atención psicológica primaria, dirigido a estudiantes de quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, que brindan consulta a pacientes en etapa infantil con indicadores de ansiedad, durante el período comprendido entre febrero y agosto de 2013. [Tesis] El Salvador: Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador; 2013 [citado 2017/11/30]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/5407>.
5. Valdés Reyes JM, Castellano Prada D, Ghannam Rui Sánchez Y. Caracterización de pacientes con miedo al estomatólogo. [Internet]. 2015 [citado 2017/11/30]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/289307926_CARACTERIZACION_DE_PACIENTES_CON_MIEDO_AL_ESTOMATOLOGO.
6. Guerra Fontén N, Ilezarte ZT. El miedo en pacientes atendidos en urgencias estomatológicas. InvestMedicoquir 2014; 6(2):198-213.
7. Popescu SM, Dascălu LT, Scriciu M, Mercuț V, Moraru IJ, Tuculină MJ. Dental anxiety and its association with behavioral factors in children. CurrHealthSci J 2014; 40(4): 261-264.
8. Tarazona B, Tarazona-Álvarez P, PeñarrochaOltra D, Rojo Moreno J, PeñarrochaDiago MA. Anxiety before extraction of impacted lower third molars. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2015; 20(2): e246-250.
9. Gaurav G, Namita S, Manjunath P Puranik. Cross-Cultural Adaptation of Kannada Version of Modified Dental Anxiety Scale among an Adult Indian Population. J ClinDiagn Res 2015; 9(9): 34-38.
10. Khawja SG, Arora R, Shah AH, Wyne AH, Sharma A. Maternal dental anxiety and its eEffect on caries experience among children in Udaipur, India. J ClinDiagn Res 2015; 9(6): ZC42–ZC45.
11. Singer R, Cárdenas G, Xavier J, Jeanty I, Pereyra M, Rodríguez A, Metsch LR. Dental anxiety and the use of oral health services among people attending two HIV primary care clinics in Miami. Public Health Rep 2012; 127(Suppl 2): 36-44.

12. Al Namankany A, Petrie A, Ashley P. Video modelling for reducing anxiety related to the use of nasal masks place it for inhalation sedation: a randomised clinical trial. *EurArchPaediatrDent* 2015; 16(1): 13-18.
13. Arrieta Vergara K, Díaz Cárdenas S, Verbel Bohórquez J, Hawasly Pastrana N. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Rev Clin Med Fam* 2013; 6(1): 17-24.
14. Simon AK, Bhumika TV, Sreekumaran N. Does atraumatic restorative treatment reduce dental anxiety in children? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Dent* 2015; 9(2): 304-309.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.