

## Estrés en pacientes de las unidades de salud bucodental de Atención Primaria

Luis Miguel Rodríguez Vázquez<sup>1</sup>, Emilio Rubiños López<sup>2,3</sup>, Almudena Varela Centelles<sup>3,4</sup>, Ana Isabel Blanco Otero<sup>5</sup>, Flor Varela Otero<sup>6</sup>, Pablo Varela Centelles<sup>3,7</sup>

*1 Odontólogo. Centro de Salud de Burela (Lugo).*

*2 Odontólogo. Centro de Salud de Viveiro (Lugo).*

*3 Práctica privada*

*4 Higienista dental.*

*5 Odontólogo. Centro de Especialidades Mollabao. Pontevedra.*

*6 Médico Estomatólogo. Centro de Salud "Beiramar", Vigo. (Pontevedra).*

*7 Odontólogo. Centro de Salud "Praza do Ferrol". Lugo.*

### Correspondencia:

Dr. Pablo I. Varela Centelles  
Centro de Salud "Praza do Ferrol"  
Pza. Ferrol 11, 1ª Planta  
27001 Lugo.  
pvarelac@infomed.es

Rodríguez-Vázquez LM, Rubiños-López E, Varela-Centelles A, Blanco-Otero AI, Varela-Otero F, Varela-Centelles P. Estrés en pacientes de las unidades de salud bucodental de Atención Primaria. *Odontol. Prev.* 2008;1(2):97-102.  
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN1888-6450

### Resumen

**Objetivos:** determinar la prevalencia de pacientes con miedo al dentista entre los usuarios de las unidades de salud bucodental (USBD) y caracterizarlos de acuerdo con variables sociodemográficas. **Diseño del estudio:** muestreo no probabilístico sobre pacientes consecutivos que acudían por primera vez a las USBD de Burela, Praza do Ferrol y Viveiro (Lugo) para exodoncia en el período comprendido de 9 de enero a 7 de marzo y de 18 de junio a 21 de septiembre de 2007. Las variables consideradas fueron "demográficas" (edad, sexo, domicilio, nivel educacional), "relacionadas con la intervención" (causa de exodoncia, resto radicular), "actitud" (acompañante si/no, expresa temor), y de "estrés", determinado mediante una escala visual analógica (EVA). **Resultados:** Un total de 804 pacientes participaron en el estudio. El valor medio en la EVA fue de  $3,54 \pm 2,63$ ; con un rango de 0 a 10, una mediana de 2,95 y una moda de 0. Un 96,8% refirieron algún grado de estrés, de los que un 10,1% reflejó altos valores ( $>7,5$  en la escala). Estos valores resultaron estar influenciados por el sexo ( $p=0,000$ ), lugar de residencia ( $p=0,025$ ) y por la presencia de un acompañante en la consulta ( $p=0,008$ ). El análisis mediante regresión logística reconoce el sexo femenino (OR=3,26; IC95%: 1,93 , 5,49), la residencia urbana (OR=2,02 IC95%: 1,04 , 3,91) o rural (OR=2,16; IC95%: 1,15 , 4,08) y la ausencia de acompañante en consulta (OR=1,68; IC95%: 1,05 , 2,70) como variables predictoras de alto nivel de estrés. **Conclusión:** Un 10,1% de los pacientes sufren un alto nivel de estrés previo a exodoncia, siendo más frecuente en mujeres, de medio urbano o rural que acuden sin acompañante a la consulta.

**Palabras clave:** *Odontología, exodoncia, atención primaria, estrés, miedo al dentista, ansiedad dental.*

## **Introducción**

La visita al dentista ha sido tradicionalmente reconocida como un evento desagradable, cuando no doloroso. Esta idea perdura todavía hoy en día en algunos pacientes, a pesar de la creciente preocupación entre los profesionales por crear una atmósfera de tranquilidad y confianza en el consultorio dental, junto con el empleo de diferentes técnicas de control de estrés, todo ello apoyado en el mayor peso que los contenidos de ciencias de la conducta han adquirido en los planes de estudio odontológicos (1).

El miedo al dentista, también definido en la literatura como “ansiedad dental”, cuenta con una prevalencia en la población general que ronda el 50% según algunos autores (2). Este problema trasciende la mera dificultad en el manejo del sujeto, pues se ha podido demostrar que el paciente sufre más dolor si la ansiedad es alta en el consultorio dental, aumentando además el estado de ansiedad la sensación dolorosa independientemente de que la ansiedad constituya un rasgo de la personalidad del sujeto (3). Por otra parte, el miedo al dentista puede llegar a constituir un círculo vicioso (4) en el que se produce una conducta de evitación de la consulta, que se traduce en agravamiento de la salud oral y aparición de sintomatología, con el correspondiente requerimiento de tratamientos más complejos que, tras realizarse, refuerzan la propia conducta evitativa.

En la revisión de la literatura efectuada no se ha podido recuperar ningún informe sobre la prevalencia del miedo al dentista entre la población española, aunque sí en otros países de nuestro entorno (5-8). Sin embargo, y dadas las especificidades de la atención odontológica pública en Galicia, es improbable que los resultados obtenidos en esos estudios pudieran ser extrapolados a las Unidades de Salud Bucodental (USBD) de Atención Primaria.

La identificación de los rasgos característicos del paciente ansioso podría permitir la puesta en práctica de medidas de control de estrés en el consultorio y el establecimiento de estrategias para la interrupción del círculo vicioso del miedo al dentista. En este orden de cosas, el objetivo de este trabajo ha sido determinar la prevalencia de pacientes con ansiedad dental entre los usuarios de las USBD del Servicio Gallego de Salud e intentar su caracterización de acuerdo con variables sociodemográficas.

## **Pacientes y Métodos**

La muestra objeto de estudio fue obtenida mediante un muestreo no probabilístico sobre pacientes adultos consecutivos que acudían por primera vez a las Unidades de Salud Bucodental (USBD) de Burela, Praza do Ferrol y Viveiro (Lugo), con una población adulta total asignada de 65.827 personas, para la extracción de piezas dentarias durante el período comprendido de 9 de enero a 7 de marzo y de 18 de junio a 21 de septiembre de 2007.

Las variables consideradas se agruparon bajo los epígrafes de “demográficas” (edad, sexo, domicilio – definiendo como urbanos los núcleos de más de 80.000 habitantes, rurales los de menos de 5.000 y el resto como periurbanos -, nivel educacional – clasificado como sin formación reglada, estudios obligatorios, enseñanza secundaria o formación universitaria-, idioma en que se expresa), “relacionadas con la intervención” (causa de exodoncia, resto

radicular), “actitud” (acompañante si/no, expresa temor espontáneamente), y de “estrés”, determinado mediante una escala visual analógica (EVA).

La EVA se considera como un método efectivo, preciso, fiable, fácil de emplear y reproducible. Esta escala consiste en una línea de 10 cm. de longitud sobre un papel blanco, que representa un continuo en la variable a medir; se le explica al sujeto que un extremo significa ausencia de esa variable y que el otro significa la manifestación más intensa que pueda imaginar. El sujeto determina su estado poniendo una marca a la distancia que considere que refleja la intensidad de la variable que ha experimentado. El resultado se cuantifica midiendo la distancia desde cero hasta la marca hecha por el paciente.

El tamaño muestral se determinó en base a una población asignada de 65.827 individuos, para una prevalencia esperada de ansiedad dental del 50% (2) y un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 3,5%. En estas condiciones el tamaño muestral necesario estimado fue de 775 pacientes.

Los datos se recogieron en dos proformas (EVA y resto de variables) para posteriormente ser volcadas al paquete estadístico SPSS + (8.0), analizándose en un ordenador tipo PC.

Para su análisis, los pacientes fueron distribuidos en 3 grupos de edad (18-34; 35-64; y 65 o más años). Los valores de estrés obtenidos se agruparon arbitrariamente para su estudio en cuatro grados: I (de 0 a 2,5 cm. registrados en la EVA), II (de 2,6 a 5 cm.), III (de 5,1 a 7,5) y IV (de 7,6 a 10 cm.).

Se practicó un análisis estadístico descriptivo, estudiándose las relaciones entre variables mediante la prueba de Ji cuadrado. El nivel de significación elegido para todas ellas fue del 5%. Para identificar las variables predictoras de estrés se ajustaron modelos de regresión logística considerando como variable dependiente tener o no alto nivel de estrés ( $EVA > 7,5$ ) y como independientes las asociadas al nivel de estrés en el análisis univariante (con  $p < 0,20$ ).

## Resultados

### - Descripción de la muestra

Un total de 804 pacientes participaron en el estudio, predominando los sujetos de sexo masculino (51,2%), de medio urbano (38,1%), frente a un 30,1% de medio rural o un 31,8% domiciliados en áreas definidas como periurbanas.

La edad media de los participantes fue de  $55,16 \pm 27,43$  años, predominado el grupo de 35 a 64 años (44,3%), seguido de los mayores de 65 años (36,9%), y de los que tienen una edad comprendida entre 18 y 34 (18,8%).

La composición de la muestra atendiendo a su nivel educacional arroja un 32,5% de sujetos sin formación reglada, un 41,8% con estudios primarios, un 21,3% con formación secundaria y un 4,5% de pacientes con formación universitaria.

La mayoría de las exodoncias fueron motivadas por caries (48,9%), seguida de enfermedad periodontal (30%) y otras causas (21,1%).

El 64,8% de los participantes acudieron acompañados al consultorio, expresando espontáneamente sentimientos de discomfort un 2,3%.

### - Nivel de estrés

El valor medio alcanzado en la EVA fue de  $3,54 \pm 2,63$ ; con un rango en entre 0 y 10, con una mediana de 2,95 y una moda de 0.

Un 96,8% refirieron experimentar algún grado de estrés por su presencia en la consulta, de

los que un 47% se encontraría dentro del grado I; un 24% en el grado II; un 18,9% en el III y un 10,1% reflejó altos valores de estrés en la consulta (grado IV).

Las pacientes de sexo femenino experimentaron un alto nivel de estrés previo a una exodoncia más frecuentemente que los hombres ( $p=0,000$ ); un alto grado de estrés también ha resultado estar influenciado por el lugar de residencia del paciente ( $p=0,025$ ) o por la presencia o no de un acompañante en la consulta ( $p=0,008$ ), mientras que el resto de las variables consideradas no presentaron distribuciones significativamente diferentes entre los pacientes con alto nivel de estrés (Tabla 1).

El análisis de los datos mediante regresión logística ha permitido confirmar el sexo, el domicilio del paciente y la presencia o no de un acompañante en la consulta como variables predictoras de un alto nivel de estrés previo a la exodoncia (Tabla 2).

**Tabla 1.** Distribución de pacientes con nivel alto de estrés (Grupo IV).

	n	% del total de la muestra	Alto nivel de estrés (% EVA>7,5)	Valor p
<b>Sexo</b>				
Hombre	412	51,2	5,1	0,000*
Mujer	392	48,8	15,3	
<b>Grupo de edad</b>				
18-34	151	18,8	13,2	0,166
35-64	356	44,4	10,7	
65 años y más	297	36,9	7,7	
<b>Domicilio</b>				
Urbana	306	38,1	12,1	0,025*
Rural	242	30,1	12	
Periurbana	256	31,8	5,9	
<b>Nivel educacional</b>				
Sin estudios	261	32,5	8,8	0,669
Estudios primarios	336	41,8	9,8	
Estudios secundarios	171	21,3	11,7	
Estudios universitarios	36	4,5	13,9	
<b>Idioma</b>				
Castellano	225	28,1	12,9	0,228
Gallego	542	67,6	8,9	
Otro	35	4,4	8,6	
<b>Acompañante en consulta</b>				
Sí	496	61,7	7,9	0,008*
No	308	38,3	13,7	
<b>Expresión verbal de estrés</b>				
Sí	14	1,7	14,3	0,597
No	790	98,3	10	
<b>Exodoncia resto radicular</b>				
Sí	226	28,1	7,1	0,078
No	578	71,9	11,2	

\*Estadísticamente significativo

**Tabla 2.** Variables predictoras de alto nivel de estrés.

	OR	IC95%	Valor p
<b>Sexo</b>			
Hombre	1*		
Mujer	3,26	1,93	5,49
			0,0000
<b>Domicilio</b>			
Urbano	2,02	1,04	3,91
Rural	2,16	1,15	4,08
Periurbano	1*		
			0,0378
			0,0172
<b>Acompañante en consulta</b>			
Si	1*		
No	1,68	1,05	2,70
			0,0310

\* Categoría de referencia

## Discusión

El miedo al dentista y su correlación con parámetros clínicos ha sido objeto de estudio de las ciencias del comportamiento (9), habiéndose relacionado los valores de estrés con los niveles de cortisol en orina. Si los efectos del estrés odontológico son objetivamente detectables, no parece existir un consenso en la comunidad científica sobre la forma de cuantificarlo, existiendo varias herramientas para su determinación, como por ejemplo la Escala de Ansiedad Dental (10), el Cuestionario de Miedo al Dentista (11), o el Cuestionario de Confianza en Cirugía Oral (12). Aunque estas herramientas han sido validadas y su utilidad confirmada por el uso, no parecen medir las mismas dimensiones de la ansiedad, pues su aplicación a una misma muestra de pacientes arroja resultados muy dispares, con rangos de prevalencia entre el 8,2% y el 23,4% dependiendo de la herramienta utilizada (8).

Se ha propuesto el empleo de una única cuestión para determinar la ansiedad dental, formulada de modo que recoja todos los aspectos de la visita odontológica (13), lográndose una correlación satisfactoria entre los resultados alcanzados y los arrojados por la Escala de Ansiedad Dental. En este orden, y dado que el objeto del presente estudio fue la determinación de la sensación subjetiva de estrés en el momento de la consulta, se ha optado por emplear la Escala Visual Analógica (EVA) para determinar el nivel de estrés. Esta escala es un instrumento útil para la medida de respuestas psicosociales a problemas de salud, ya que los fenómenos subjetivos como dolor, estrés o bienestar varían en intensidad y son difíciles de describir en palabras. En estas circunstancias, la EVA constituye una alternativa válida y fiable (14).

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los pacientes experimentan algún tipo de estrés en la consulta dental, pero sólo poco más de un cuarto lo hacen por encima del valor medio de la escala y un 10,1% refieren un estrés que se podría calificar de importante (dentro del cuarto más alto de la escala). Sería, pues, la caracterización de este grupo uno de los objetivos del estudio. A diferencia de lo descrito en algunos estudios (3), las pacientes participantes refieren valores de estrés altos con más frecuencia que los de sexo masculino (5,6). En lo que se refiere al nivel educacional de los pacientes, éste no parece condicionar la presencia de un alto nivel de estrés, a pesar de que se ha descrito que el grado de ansiedad se correlaciona negativamente con el nivel de instrucción del sujeto (15).

El mayor estrés experimentado por las mujeres en la consulta debe ser objeto de consideración

por parte del profesional en la entrevista clínica y durante el tratamiento, pues se ha descrito que las mujeres son más proclives a descuidar su salud oral a causa de la ansiedad dental (2). Resulta en cierto modo llamativo que los sujetos que desean la presencia de un acompañante en la consulta no refieran grados de estrés más elevados, sino más bien al contrario ( $p=0,008$ ), actuando la presencia del acompañante como un probable agente tranquilizador.

La percepción subjetiva de dificultad del tratamiento (exodoncia de resto radicular) no parece condicionar un alto nivel de estrés en los pacientes ( $p=0,078$ ), como tampoco parece ser un indicador del mismo la expresión verbal espontánea del estrés experimentado ( $p=0,597$ ).

## Conclusión

La prevalencia de pacientes que sufren un estrés importante en la consulta dental es de un 10,1% entre los demandantes de atención en las USBD del SERGAS, siendo significativamente más frecuente entre el sexo femenino, en pacientes de medio urbano o rural que acuden sin acompañante a la consulta.

## Bibliografía

1. Smith TA, Heaton LJ. Fear of dental care: are we making any progress? *J Am Dent Assoc.* 2003 Aug;134(8):1101-8.
2. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993 Oct;21(5):292-6.
3. Okawa K, Ichinohe T, Kaneko Y. Anxiety may enhance pain during dental treatment. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2005 Aug;46(3):51-8.
4. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007 Jan 14;7:1.
5. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Apr;31(2):116-21.
6. Peretz B, Mann J. Dental anxiety among Israeli dental students: a 4-year longitudinal study. *Eur J Dent Educ.* 2000 Aug;4(3):133-7.
7. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Gender-based differences in factors related to non-utilization of dental care in young Norwegians. A longitudinal study. *Eur J Oral Sci.* 2003 Oct;111(5):377-82.
8. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996 Oct;24(5):346-50.
9. Brand HS. Anxiety and cortisol excretion correlate prior to dental treatment. *Int Dent J.* 1999 Dec;49(6):330-6.
10. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res.* 1969 Jul-Aug;48(4):596.
11. Kleinknecht RA, Thorndike RM, McGlynn FD, Harkavy J. Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *J Am Dent Assoc.* 1984 Jan;108(1):59-61.
12. Litt MD, Nye C, Shafer D. Coping with oral surgery by self-efficacy enhancement and perceptions of control. *J Dent Res.* 1993 Aug;72(8):1237-43.
13. Neverlien PO. Assessment of a single-item dental anxiety question. *Acta Odontol Scand.* 1990 Dec;48(6):365-9.
14. Mottola CA. Measurement strategies: the visual analogue scale. *Decubitus.* 1993 Sep;6(5):56-8.
15. Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract.* 2006 Jul 1;7(3):75-82.

**Agradecimientos:** A María Isolina Santiago Pérez, del Servicio de Epidemiología de la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Xunta de Galicia por su asesoría en el análisis estadístico de este trabajo.