

Oralofobia: ansiedad frente al tratamiento dental

Peter Macher

Información básica sobre la ansiedad o fobia frente al tratamiento dental

Pacientes fóbicos: cuando aparecen en la consulta, si es que llegan a acudir a ella, suelen plantear un gran problema. Por un lado, existen muy pocos terapeutas que han recibido la formación psicológica necesaria para este grupo de pacientes y, por el otro, suele tratarse de pacientes de urgencia con un síndrome de ansiedad que ponen en jaque al equipo de la consulta. En Alemania existen muy pocos centros especializados en el tratamiento de este tipo de pacientes.

No se trata de ninguna rareza

En Alemania cerca del 11% de la población, es decir, nueve millones de ciudadanos, son oralofóbicos¹. Los dientes en sí o su tratamiento no revisten una gran importancia para la fobia, dado que ésta también puede aparecer tras una operación, un accidente, una violación, abusos sexuales, etc. Un factor decisivo es la traumatización del sistema oral o las estructuras psicológicas relacionadas.

Clasificada como enfermedad

La oralofobia o ansiedad frente al tratamiento dental es una enfermedad y, según la clasificación internacional ICD-10-GM-2006², cumple los criterios de trastorno fóbico (F40.2) y, con ello, de una patología psíquica en presencia de los siguientes síntomas:

1. Los síntomas psíquicos o vegetativos deben ser manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como las ideas delirantes u obsesivas.
2. Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
3. Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

En función del origen, se puede distinguir entre una oralofobia primaria y una secundaria³.

¿Dentista? ¡No, gracias!

La oralofobia o ansiedad frente al tratamiento dental es una fobia específica que aparece en relación con una situación temida («No dentist, no fear»), cuyo síntoma cardinal es evitar el tratamiento.

¿Cuáles son las causas?

La mayor parte de los afectados refieren haber tenido malas experiencias en tratamientos odontológicos anteriores y haber desarrollado miedo al dolor (63%), el segundo grupo más numeroso (32,2%) aduce la «falta de psicología del profesional»⁴ (escasa comprensión de los pacientes, en su mayoría jóvenes, infravaloración del paciente, falta de consideración ante la presencia de dolor, trivialización del miedo del paciente y ausencia de empatía).

Tal y como demuestran los resultados de un estudio no publicado, aproximadamente un 30% de los afectados sufren además un trastorno por estrés postraumático (TEP) secundario por ejemplo a la violencia física, a abusos sexuales, a violaciones o a enfermedad potencialmente mortal. Todavía no existe una respuesta concluyente a la pregunta de si el TEP es el causante de la oralofobia.

Correspondencia: Dr. Peter Macher.
Odontólogo y Especialista en medicina psicosomática y psicoterapia.
Hauptstrasse 77, 77855 Achern, Alemania.
Correo electrónico: info@oralpsychologie.de

Trastornos psíquicos adquiridos

A raíz de todo lo comentado, la oralofofia se puede describir como un trastorno psíquico que puede ser adquirido por:

- Experiencias traumáticas en el órgano bucal.
- Afectación por experiencias traumáticas de otras personas (relato de otras vivencias, visita al odontólogo de un miembro de la familia).
- Asunción de una actitud negativa con respecto al órgano bucal.
- Abusos sexuales, traumatismos o violencia física, accidentes o intervenciones.
- También puede formar parte de una compleja manifestación de síntomas en presencia de una enfermedad psiquiátrica.

Es evidente que la causa radica en el carácter especial del órgano bucal, que utilizamos tanto para ingerir alimentos como para hablar o para la percepción sensorial y para la comunicación no verbal. Con toda seguridad es responsable de determinados procesos de aprendizaje y de avances importantes en el desarrollo psíquico (la «fase oral» de Freud).

¿Cómo se reconoce un trastorno fóbico?

Para analizar si el paciente presenta un trastorno fóbico se utilizan los siguientes instrumentos desarrollados específicamente para el campo de la odontología⁵:

1. Cuestionario jerárquico estandarizado sobre el miedo (HAF) de Jöhren (Universidad de Witten-Herdecke)
2. Escala analógica visual (VAS) como método de cribado
3. Escala de ansiedad dental (DAS) de Corah
4. Cuestionario de cogniciones dentales de De Jongh et al
5. Inventario de miedo dental de Kleinknecht

Como método habitual solemos utilizar los cuestionarios 1 y 2, una lista de miedos y un cuestionario para determinar la existencia de un trastorno por estrés postraumático (figs. 1 y 2).

Indicios de la enfermedad

El síntoma principal de la fobia al dentista es el afán por evitar el tratamiento (evitación de estímulos asociados al

DEUTSCHES INSTITUT FÜR PSYCHOSOMATISCHE ZAHNMEDIZIN, PSYCHOLOGIE IN DER ZAHNHEILKUNDE UND ZAHNÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE

(Instituto Alemán de medicina psicosomática y psicología y psicoterapia odontológicas)

DIRECCIÓN: DR. PETER MACHER,
ODONTÓLOGO Y ESPECIALISTA EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSICOTERAPIA

D-77855 ACHERN (ALEMANIA)

HAUPTSTRASSE 77

TELÉFONO +49 7841 290855

FAX: +49 7841 28993

Correo electrónico: info@oralpsychologie.de

Internet: www.oralphobie.de

LISTA DE MIEDOS PARA PACIENTES FÓBICOS

Apreciado paciente:

Apreciada paciente:

Nos hemos especializado en ayudar a personas que tienen miedo a los tratamientos dentales (oralofobia). Para lograrlo necesitamos que nos ayude cumplimentando la siguiente lista.

Escriba en primer lugar qué parte del tratamiento le da más miedo, qué parte le sigue en segundo lugar, y así sucesivamente.

LISTA DE MIEDOS:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....

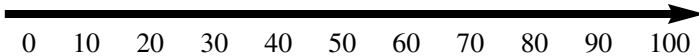
Muchas gracias por su colaboración.

Figura 1. ¿De qué tiene miedo el paciente? El primer cuestionario que utilizamos es el de la «Lista de miedos».

trauma), incluso cuando la salud ya se encuentra perjudicada. Otro signo de la enfermedad es el número de dientes extraídos o a extraer, que se correlaciona de forma significativa con la fobia⁶. En el 45% de los casos se constata la existencia de otra fobia⁷.

Fecha: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: h/m

1. Hace _____ años que no voy al dentista.
2. Escala del miedo (VAS): marque el número que describa de forma más exacta el miedo que le da el tratamiento odontológico.

Casi no da miedo  Un miedo indescriptible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

< 30: grado de ansiedad bajo 31-38: grado de ansiedad medio > 38: grado de ansiedad alto
> 38 y evitación del tratamiento > 2 años: oralofobia

3. Cuestionario jerárquico estandarizado sobre el miedo (HAF) de Jöhren.

Imagine las situaciones que se describen a continuación y marque con una X cómo se siente ante ellas.

	Relajado	Intranquilo	Tenso	Con miedo	Muerto de miedo
¿Cómo se siente si piensa que mañana tiene que ir al dentista?					
Está sentado en la sala de espera, esperando a que le llamen. ¿Cómo se siente?					
Imagínese que entra en la sala de tratamiento y huele el olor típico de las consultas.					
Usted se encuentra en el sillón dental y el odontólogo entra en la sala.					
Miran juntos las radiografías y hablan de lo que hay que hacer.					
¿Cómo se siente cuando le dicen que van a empezar a quitarle el sarro?					
El dentista le explica que tiene una caries y que se dispone a tratarla.					
Cambia la posición del sillón y prepara una jeringa.					
Imagínese que escucha el ruido típico de la turbina. ¿Cómo se siente?					
El dentista le explica que la caries es demasiado profunda y que tiene que extraer el diente.					
Le van a extraer una muela del juicio y ya le han puesto la anestesia. El dentista toma el bisturí.					

Figura 2. Con este segundo cuestionario se puede determinar de forma eficaz la gravedad del trastorno por estrés post-traumático.



Figura 3. Conversación previa: la paciente expone sus miedos en un ambiente relajado y sin prisas. La auxiliar especializada en pacientes fóbicos la acompaña y el odontólogo escucha pacientemente y plantea preguntas concretas.

La fobia al dentista se puede tratar

Con el presente trabajo se pretende proporcionar algunas reflexiones e indicaciones básicas que permitan comprender mejor el problema.

La comunidad científica está de acuerdo en que el tratamiento o la mejora de esta enfermedad psíquica pasa por la adopción de medidas psicoterapéuticas específicas. Éstas incluyen la aplicación de distintos procedimientos acordes con el método de tratamiento por parte de odontólogos y/o psicólogos especializados. El tratamiento bajo anestesia general no constituye una terapia para vencer el miedo.

Según los resultados de los estudios publicados por Berggren en 1984, sólo el 30% de los pacientes tratados con anestesia general continuaron acudiendo a las citas con regularidad para seguir recibiendo el tratamiento dental, es decir, no se consiguió eliminar el miedo en las dos terceras partes de los casos. Algunos estudios posteriores confirmaron estos resultados. Otros estudios, en cambio, demostraron que con ayuda psicológica específica se podía lograr instaurar un tratamiento dental prácticamente «normal» incluso en pacientes con oralofovia grave, que deseaban firmemente recibir anestesia general y que no acudían al odontólogo desde hacía una media de 10 años⁸⁻¹². Las experiencias recabadas por el «Therapiezentrum für Zahnbehandlungsangst» (Centro terapéutico para el tratamiento de la ansiedad dental), de Bochum (Prof. P. Jöhren), y por el «Zahnärztlichen Angstambulanz Hamburg» (Centro ambulatorio para el tratamiento de la ansiedad dental de Hamburgo) (Dr. M. Mehrstedt) coinciden plenamente con nuestras conclusiones, basadas en la observación de los procesos tera-



Figura 4. A continuación, se responde a todas las consultas y se inicia el ejercicio para vencer el miedo. Se expone al paciente la teoría del miedo.

péuticos de los pacientes con fobia al dentista durante más de quince años. Según éstas, el tratamiento de pacientes fóbicos bajo anestesia general sólo está realmente indicado en menos del 10% de los casos.

Métodos

Tradicionalmente el método de elección para el tratamiento de la monofobia es un método terapéutico conductual para modificar la conducta fóbica. Para conseguir la relajación del paciente también se puede recurrir a la hipnosis, a la música, a las «Mindmachines», etc.

Ejercicio para vencer el miedo o «anti ansiedad»

El ejercicio para vencer el miedo que aquí presentamos se basa en un enfoque psicoanalítico del sistema oral y su objetivo es proporcionar al paciente fóbico las claves necesarias para controlar la situación en el sillón dental. El ejercicio es impartido por un odontólogo que ha recibido una formación específica. Además, el paciente es acompañado por una auxiliar especializada en pacientes fóbicos.

El punto clave del ejercicio es la contribución activa que realiza el propio paciente. En una conversación previa se le explica de qué modo puede contribuir a vencer su miedo durante el ejercicio.

Conversación previa

- El miedo del paciente

Durante la conversación previa, que no se realiza en la sala de tratamiento, el paciente dispone de margen su-



Figura 5. Tras exponer al paciente cómo funciona el miedo, se le explica cómo superarlo con sus propios recursos. Es importante que el paciente tenga siempre la sensación de que domina la situación.



Figura 6. Ejercicio en el sillón dental.

ficiente para relatar su calvario. Para que se sienta más seguro, le acompañará la auxiliar especializada en pacientes fóbicos, una profesional del ámbito de la odontología formada para tratar a este tipo de pacientes. El profesional realizará también las preguntas relevantes para el tratamiento de la ansiedad. Es importante que la conversación se realice sin prisas y que el paciente disponga de tiempo suficiente (fig. 3).

Los cuestionarios pueden proporcionar indicaciones decisivas para diseñar el ejercicio. Esto significa que cada ejercicio para vencer el miedo debe ser diseñado de forma específica para el paciente.

- La enfermedad: ¿cómo funciona el miedo?

Una vez el paciente fóbico ha expuesto su solicitud y se ha contestado a todas sus preguntas, pasa a iniciar el ejercicio para vencer el miedo. Durante éste se le explica la psicología del síndrome de ansiedad y se le muestran los mecanismos internos por los que se rige (fig. 4).

... ¿y cómo se puede vencer?

A continuación el odontólogo expone al paciente cuáles son las habilidades o recursos propios que tiene que trabajar para controlar su miedo y para crear una experiencia positiva.

Durante todo el ejercicio el paciente se deja absorber por su realidad interna y el contexto situacional de ésta, y va saliendo por su propio pie del estado de ansiedad («hipnosis sin trance»). El odontólogo y su equipo acompañan al paciente en tanto se comunican con él, pero es el paciente quien controla el proceso. Por consiguiente, el paciente es la parte activa del entorno del tratamiento.

Esto es muy importante, porque el síntoma cardinal que se esconde detrás de toda fobia es el miedo a no poder controlar una situación. Esto exige un convencimiento por parte del paciente de que durante el ejercicio para vencer el miedo no es «el que padece» la situación, sino el que la controla.

Preparado para el ejercicio

La conversación previa se suele alargar entre 20 y 30 min y a continuación se inicia el ejercicio para vencer el miedo en el sillón dental. A partir de los cuestionarios y de la conversación el odontólogo y el paciente establecen los primeros pasos para iniciar el ejercicio. Pero el paciente es quien decide. Se le recordará los recursos propios de que dispone y se iniciará el ejercicio. Durante el ejercicio lo importante no es resolver problemas odontológicos (esto sucede de forma automática y por añadidura); lo esencial es que el paciente siga dominando la situación (fig. 5).

Cuidado: el punto crítico

Si el paciente llega a un «punto de no retorno» y vuelve a sentir fobia, significa que no ha prestado la atención suficiente y que el ejercicio debe continuarse desde un nivel anterior.

Es necesario observar al paciente

El odontólogo también tiene el deber de detectar exactamente cuándo un paciente empieza a mostrar un antiguo patrón de conducta («tengo que soportarlo, tengo que



Figura 7. Una vez finalizado el ejercicio con éxito, la paciente comprueba el resultado de su tratamiento odontológico.

pasar por el aro, los indios no conocen el dolor» y otras frases similares carentes de sentido). En cuanto el paciente cae en este tipo de conducta, se mete en un callejón sin salida, puesto que todo eso ya lo ha probado muchas veces durante años y no le ha servido para librarse de su miedo. El profesional debe entonces exigir al paciente que utilice sus recursos propios y que preste atención. Así mismo, el odontólogo también deberá decidir cuándo dar por finalizado un ejercicio, puesto que durante éste algunos pacientes se vuelven tan atrevidos y eufóricos que tienden a sobrestimarse. Como consecuencia, después del ejercicio y a pesar del éxito que supone haber concluido un tratamiento odontológico, entran en una espiral depresiva que da al traste con el trabajo realizado para superar el miedo. En el sillón dental se realizan los siguientes pasos:

- Exploración y diagnóstico
- Información
- Exposición de la situación y utilización de los recursos propios
- Tratamiento

Una carrera de obstáculos

El elevado grado de destrucción dental que presentan los pacientes fóbicos es un hecho inherente a esta problemática. Con frecuencia incluso es necesario realizar una cirugía oral o maxilar. A este respecto, es recomendable ponerse en contacto con un cirujano que tenga «mano izquierda» con los pacientes fóbicos, o al menos, con un

cirujano oral que se haya formado mínimamente en este ámbito. También la visita al cirujano oral se realizará en clave de ejercicio. Después de dos a tres horas, el paciente habrá superado el miedo a dicha visita. En caso de duda el odontólogo y la auxiliar le acompañarán y le ayudarán a entrar en situación. Las intervenciones de larga duración se pueden realizar con analgesedación o anestesia intratraqueal, tal y como se hace en algunos casos de pacientes no fóbicos.

De este modo, gracias al ejercicio para vencer el miedo se suele lograr que el paciente supere sin problemas su ansiedad y se convierta en un paciente odontológico muy motivado. Las personas afectadas disponen ahora de una asociación a la que pueden recurrir (Alemania). Su página web, www.oralphobia.de, incluye foros y chats en los que los pacientes pueden participar e informarse.

Se puede obtener más información en la página www.oralpsychologie.de

©Deutsches Institut für Psychosomatische Zahnmedizin, Psychologie in der Zahnheilkunde und Zahnärztliche Psychotherapie (Instituto Alemán de medicina psicosomática y psicología y psicoterapia odontológicas), 77855 Achern, Alemania

Bibliografía

1. Marwinski G: Ätiologie und Prävalenz der Zahnbehandlungsangst, Univ. Witten-Herdecke, 2005.
2. ICD-10-GM-2006, Deutscher Ärzte-Verlag.
3. Macher P: Das Krankheitsbild der Oralphobie – ein Beitrag aus der Oralpsychologie. Vortrag auf dem 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie, Aachen 2000.
4. Macher P: Umfrage 2000, Deutsches Institut für Psychosomatische Zahnmedizin.
5. Mehrstedt M et al: Die Dental Anxiety Scale (DAS) und das Dental Fear Survey (DFS)- Zwei Messinstrumente zur Erfassung von Zahnbehandlungsängsten. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 2/2002.
6. Mehrstedt M: Zahnbehandlungsängste, Gesundheitszustand und Lebensqualität. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 2002.
7. Roy-Byrne PP, Milgrom P et al: Psychopathology and Psychiatric Diagnosis in Subjects with Dental Phobia. J.o. Anxiety Disorders, Vol. 8, Nr. 1 (1994).
8. Jöhren P und Sartory G: Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie. Schlütersche, 2002.
9. Berggren et al: Qualitative and Quantitative Effects of Treatment for Dental Fear and Avoidance. Anesthesia Progress, Vol. 33, Jan/Feb 1986.
10. Berggren et al: Reduction of fear and anxiety in adult fearful patients. International Dental Journal (1987) 37.
11. Dworkin SF: Integrating Behavioral und Pharmacological Therapeutic Modalities. Anesthesia Progress, Vol.33, Jan/Feb 1986.
12. Macher P et al: Effektive Behandlung von Oralphobikern mit ausgeprägtem Narkosewunsch. ZWR Nr. 14, 2004, 37-42.