



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**VARIABLES PSICOSOCIALES Y COGNITIVAS QUE INTERVIENEN EN LA
RESPUESTA DE ANSIEDAD Y LA PERCEPCIÓN DE DOLOR EN
PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA**

TUTORA: Hcmy García

Ortiz, Elizabeth.
Ramírez, Rossana.

Caracas, noviembre del 2010.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**VARIABLES PSICOSOCIALES Y COGNITIVAS QUE INTERVIENEN EN LA RESPUESTA
DE ANSIEDAD Y LA PERCEPCIÓN DE DOLOR EN PACIENTES QUE ASISTEN A
CONSULTA ODONTOLÓGICA**

Trabajo de grado presentado ante la Ilustre Universidad Central de Venezuela por

**ORTIZ, ELIZABETH.
RAMÍREZ, ROSSANA.**

Como requisito para optar al Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Vilma Tovar por facilitarnos el acceso a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela y permitirnos llevar a cabo esta investigación en las diferentes áreas de atención odontológica que forman parte del servicio asistencial dispensado a la comunidad desde dicha instancia.

A los odontólogos: Dra. Elizabeth González, Dra. Aymara Pérez Sánchez, Dra. Isabel Martín y Dra. Ana Rodríguez de López por su colaboración en el desarrollo de la investigación y las facilidades de aplicación de la batería de pruebas a los pacientes de las clínicas privadas donde laboran: Clínica Humboldt, Clínica Luis Razetti, Grupo Odontológico Integral Tamy's y Clínica Bello Monte.

A todos los expertos en el área de Metodología de la Investigación, Psicología de la Salud y Odontología que participaron en el proceso de validación de contenido del cuestionario.

A Dimas Sulbarán y Leonardo Pérez por su asesoramiento estadístico.

A la Profesora Meury Ruiz, por su orientación y disposición de servicio durante la fase preliminar de la investigación, además de facilitarnos el acceso a otros profesionales de las áreas Psicológica y Odontológica que contribuyeron a su vez, en la realización de la investigación.

A la Profesora Purificación Prieto, por su apoyo, atención, y asesoramiento teórico y metodológico, durante el desarrollo de la investigación.

Al Doctor Pablo Peñaranda, por su orientación y colaboración durante la fase preliminar y a lo largo de todo el proceso de realización de este trabajo de investigación.

Finalmente a nuestra tutora Hecmy García, por su importante asesoramiento teórico y metodológico durante la realización de esta investigación,



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

**VARIABLES PSICOSOCIALES Y COGNITIVAS QUE INTERVIENEN EN LA
RESPUESTA DE ANSIEDAD Y LA PERCEPCIÓN DE DOLOR EN
PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA.**

Por: Ortiz Elizabeth y
Ramírez Rossana.

RESUMEN

El objetivo de la investigación consistió en describir la relación entre los factores de riesgo en salud dental y las creencias en relación con la consulta odontológica, en la aparición de la respuesta de ansiedad y la percepción de dolor, en pacientes odontológicos. Se accedió a una muestra incidental conformada por 406 pacientes escolarizados, de ambos sexos provenientes de un centro asistencial público y cuatro clínicas privadas. Se conformó una batería de pruebas para la medición de las variables, partiendo de la construcción y validación de contenido y pilotaje del cuestionario de variables psicosociales y cognitivas; incorporándose la *Escala de Ansiedad Dental de Corah*, una *Escala Visual Analógica* de la percepción de dolor. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson y con un nivel de significación $\alpha=0,01$ se obtuvieron resultados estadísticamente significativos que señalan interacción entre las variables.

Palabras Clave: Ansiedad Dental, Dolor Odontológico, Factores Protectores y Factores de Riesgo en Salud Dental, Creencias en relación con la consulta odontológica.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	6
2.1 Definición de salud	6
2.1.1 El modelo de creencias de salud	8
2.2 Interdisciplinariedad en psicología y ciencias de la salud	12
2.3 Psicología odontológica	13
2.3.1 Factores protectores y factores de riesgo	16
2.3.1.1 Factores protectores en salud dental	17
2.3.1.2 Factores de riesgo en salud dental	19
2.4 Ansiedad	22
2.4.1 Ansiedad odontológica	24
2.4.1.1 Variables que intervienen en la adquisición de la respuesta de ansiedad dental	25
2.4.2 El paciente difícil en odontología	27
2.5 Dolor	29
2.5.1 Clasificación del dolor	31
2.5.2 El concepto de dolor en psicología	32
2.5.2.1 Modelos explicativos del dolor	33
2.5.2.2 Las conductas de dolor	38
2.5.2.3 Factores psicológicos explicativos de las conductas de dolor	39
2.5.3 Evaluación del dolor	41
2.5.3.1 Aspectos conceptuales en la cuantificación del dolor en la clínica	41
2.5.3.2 Procedimientos de evaluación	42
2.5.3.2.1 Procedimientos psicológicos de evaluación del dolor crónico	43
2.5.3.2.1.1 Procedimientos de autoinforme	43
2.5.4 Dolor orofacial	45
2.6 Ansiedad dental y dolor odontológico	47

2.7 Ansiedad dental y cognición	49
2.8 Dolor dental y cognición	51
2.8.1 Catastrofización del dolor	52
2.9 Ansiedad dental, dolor dental y cognición	54
Planteamiento del problema	55
Objetivo general	57
Objetivos específicos	57
CAPÍTULO III: Marco metodológico	59
3.1 Análisis de las variables	59
3.2 Variables no controladas	61
3.3 Tipo de investigación	61
3.4 Diseño	61
3.5 Tipo de diseño	62
3.6 Participantes	62
3.6.1 Población	62
3.6.2 Muestra	62
3.6.2.1 Criterios de inclusión de la muestra	63
3.7 Instrumentos de medición	63
3.8 Procedimiento	66
3.9 Aspectos éticos de la investigación	86
CAPÍTULO IV: Análisis de resultados	89
4.1 Análisis descriptivo	89
4.2 Datos descriptivos de las variables	94
4.3 Análisis de correlación entre las variables	102
4.4 Análisis de regresión múltiple	103
4.4.1 Verificación de los supuestos estadísticos	103
CAPÍTULO V: Discusión	109
CAPÍTULOS VI: Conclusiones	121
CAPÍTULO VII: Limitaciones	123
CAPÍTULO VIII: Recomendaciones	124
Referencias	126
Anexos	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras	...Pág-
1. Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o preventiva de acuerdo a Becker y Maiman (1975)	11
2. Modelo lineal simple del dolor, correspondiente a la teoría de la especificidad.	33
3. Modelo multidimensional del dolor de Melzack y Casey (1968)	35
4. Niveles en la experiencia de dolor, según el modelo de Loeser (1980)	36
5. Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976).	37
6. Explicación de las conductas de dolor (respuestas de informe) según Schoenfeld (1980)	37
7. Gráfico de frecuencia de edad	90
8. Porcentaje de participantes de acuerdo con la variable sexo.	90
9. Gráfico de porcentaje de nivel de instrucción	91
10. Gráfico de frecuencia y porcentaje de motivos de consulta	93
11. Gráfico con el porcentaje de respuestas de estado de salud dental actual	93
12. Histograma de frecuencia de las respuestas en el cuestionario Corah de ansiedad dental.	97
13. Gráfico de torta de las respuestas de “percepción de la intensidad del dolor dental”.	98
14. Histograma de frecuencia de los puntajes de intensidad de dolor dental percibido.	99
15. Histograma de frecuencia de las respuestas en el cuestionario de “Factores protectores y factores de riesgo en salud dental”	100
16. Histograma de frecuencia de las respuestas en el cuestionario de “Creencias en relación con la consulta odontológica”	101
17. Modelo de regresión lineal para la variable dependiente.	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas	...Pág-
1. Tabla de especificaciones para la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental	68
2. Tabla de especificaciones para la variable Creencias en relación con la consulta odontológica	69
3. Tabla de especificaciones con porcentajes de acuerdo en relación a la redacción y pertinencia de los Ítems del cuestionario de “Factores protectores y factores de riesgo en salud dental”.	70-71
4. Tabla de especificaciones con porcentajes de acuerdo en relación a la redacción y pertinencia de los Ítems del cuestionario de “Creencias en relación con la consulta odontológica”	72-73
5. Tabla de especificaciones corregida para la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental.	74
6. Tabla de especificaciones corregida para la subdimensión pautas de higiene y salud dental.	75
7. Tabla de especificaciones corregida para la variable “Creencias en relación con la consulta odontológica”	75
8. Estadísticos de la escala de Factores protectores y factores de riesgo en salud dental en el piloto	76
9. Estadísticos de resumen de los elementos en el piloto de factores protectores y factores de riesgo en salud dental	76
10. Estadísticos de la escala de creencias en relación con la consulta odontológica en el piloto	77
11. Estadísticos de resumen de los elementos en el piloto de creencias en relación con la consulta odontológica.	77
12. Estadísticos descriptivos del cuestionario de variables psicosociales y cognitivas en salud dental.	78
13. Estadísticos de fiabilidad de la variable factores protectores y factores de riesgo	79
14. Comportamiento estadístico de los ítems de factores protectores y factores de riesgo en salud dental.	80-81

15. Estadísticos de fiabilidad de la variable creencias en relación con la consulta odontológica	82
16. Comportamiento estadístico de los ítems de Creencias en relación con la consulta odontológica.	83-84
17. Estadísticos de fiabilidad para el cuestionario de variables psicosociales y cognitivas en salud dental.	85
18. Frecuencia y porcentaje de la edad de la muestra.	89
19. Frecuencia y porcentaje del motivo de consulta odontológica	92
20. Estadísticos descriptivos de las variables de investigación.	95
21. Porcentajes de respuesta para el cuestionario de la subdimensión pautas de higiene y salud dental.	96
22. Estadísticos descriptivos de la subdimensión “Pautas de higiene y salud dental”	96
23. Correlaciones entre las variables “factores protectores y factores de riesgo de salud dental”, “creencias en relación a la consulta odontológica” Ansiedad dental e intensidad de dolor dental percibido.	102
24. Resumen del modelo de regresión lineal	105
25. Resumen del ANOVA ^b	106
26. Coeficientes de regresión parcial ^a	107

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud y la odontología tradicionalmente se han enfocado en áreas diferentes de la salud, pero que convergen, al facilitar servicios que ayudan o brindan bienestar a la sociedad en general. Ahora bien, como todo saber especializado, el odontólogo generalmente se ha encargado de manejar los aspectos relacionados con la salud bucal adscritas al modelo biomédico, en muchos casos dejando de un lado variables que pueden intervenir en este proceso y que son objeto de estudio en la psicología. Es por esto que autores como Peñaranda (2005) defienden un enfoque interdisciplinario del saber, suponiendo que este permitiría una visión más integral y realista del campo de la salud.

Apoyando esta tendencia, a finales de la década de 1960 surge un producto de la colaboración interdisciplinaria entre la psicología y la odontología denominado *odontología conductual*. Esta subdisciplina ha intentado relacionar la psicología de la salud y la odontología, proporcionando grandes ganancias para ambos campos, especialmente porque ha incorporado muchas de las variables psicológicas, sociales y culturales que normalmente no se toman en consideración en la práctica odontológica.

La ansiedad asociada a situaciones de consulta odontológica es un tema de gran interés psicológico. Se estima que al menos en el Occidente, el miedo al odontólogo prevalece como el quinto de los miedos más comunes. De hecho, se considera que aproximadamente el 40% de las personas que habitan en sociedades occidentales sienten aprensión por la consulta odontológica, 20% siente una gran ansiedad ante la consulta y el 5% de la población evade por completo la visita al odontólogo debido a una ansiedad extrema (Doebling y Rowe, 2000). Se considera que la *ansiedad dental*, la conducta no cooperativa, la relación paciente-odontólogo, la motivación del paciente para la prevención dental y la experiencia de dolor, entre otras problemáticas que se observan a diario en la práctica odontológica, constituyen áreas de gran interés para la psicología (Vinaccia, Bedoya, y Valencia, 1998).

Numerosas investigaciones en el área de la psicología de la salud, sugieren que entre las causas por las cuales las personas postergan o evitan la consulta odontológica, se

encuentran la expectativa de dolor y la ansiedad dental. Una encuesta llevada a cabo en el Reino Unido en el año 1988, develó que aproximadamente el 25% de los participantes elegían soportar el malestar y afrontar sus problemas dentales a través del consumo de analgésicos, en lugar de asistir al odontólogo; encuestas recientes reportan resultados similares (Neish, Sullivan y Tripp, 1998).

Ahora bien, ¿es acaso el tratamiento odontológico doloroso? Lamentablemente a pesar del avance tecnológico y el uso de nuevas estrategias que han logrado optimizar increíblemente las intervenciones dentales, es una realidad que muchos procedimientos son notablemente dolorosos y molestos para el paciente; más específicamente la expectativa de un paciente de sentir dolor, ser herido y ahogarse durante el tratamiento puede actuar como un factor de riesgo al aumentar la ansiedad dental (Hmud y Walsh, 2009). El aspecto que cobra mayor relevancia en este tópico, tiene que ver con la evidencia que sugiere que las personas que experimentan dolor durante el tratamiento o intervención odontológica, tienen una mayor probabilidad de evitar el tratamiento subsecuente (Neish, Sullivan y Tripp, 1998). La recuperación postoperatoria también ha sido documentada dentro de esta área. Específicamente, los hallazgos señalan que suele ser más lenta, complicada y dolorosa en aquellos pacientes adultos que sufren de ansiedad preoperatoria (Caldwell-Andrews, Kain, Karas, Mayes, McClain, y Zeev, 2006).

A este nivel de análisis queda establecido que las expectativas de dolor y las experiencias dolorosas previas del paciente, el temor a la sangre o las heridas e incluso algunas características de la personalidad, son elementos que repercuten en la aparición de la respuesta de ansiedad ante la situación de consulta odontológica. No obstante, los factores contextuales propios de la consulta odontológica, tales como: los olores, el tiempo de espera, las quejas de otros pacientes y el sonido de las fresas; además de los relativos al estilo de interacción del odontólogo o el personal médico con el paciente, constituyen elementos que pueden intervenir en la aparición y/o mantenimiento del fenómeno denominado ansiedad dental (Hmud y Walsh, 2009).

En relación con la percepción del dolor, ha sido documentado que los pacientes ansiosos que se someten a una intervención dental, esperan sentir más dolor en contraste con los pacientes que no padecen de ansiedad ante la consulta odontológica. Sobre la base de este hallazgo, el rol de las cogniciones en la percepción del dolor ha sido un tema especialmente estudiado en los casos de dolor crónico, y se ha comprobado que las

variables cognitivas, entre las que destacan: las actitudes, expectativas y atribuciones, el locus de control y los procesos atencionales, son moduladoras del dolor crónico (Anarte, Esteve, López, Ramírez y Camacho, 2001).

Las creencias del paciente, afectan de manera determinante el curso a tomar en términos de acciones preventivas de la enfermedad. La consulta odontológica dependerá de los beneficios percibidos en contraposición de los costos o barreras percibidas por el paciente. De lo anterior se puede inferir que en el caso del control odontológico, lo problemático comúnmente es que los procedimientos dentales generalmente involucran la exposición a situaciones dolorosas que pudieran hacer que el paciente postergue la consulta, aumentando a su vez la complejidad del procedimiento dental y perpetuando la creencia de que la visita preventiva al odontólogo acarrea mayores costos que beneficios.

Otro elemento de gran relevancia en el contexto de la consulta odontológica, hace referencia a los factores protectores en salud dental, entendidos estos como los recursos, competencias o habilidades de afrontamiento adquiridas y que ponen de manifiesto los pacientes para disminuir el riesgo de patología bucodental. El aumento de las competencias y habilidades de afrontamiento permitiría a los pacientes prevenir de una manera más efectiva las enfermedades dentales, desmitificando la creencia que describe la consulta odontológica como un evento aversivo que se deja como último recurso, y convirtiéndolo más bien en un evento asociado a la higiene, la promoción de la salud y el bienestar integral. La idea de desarrollar factores protectores en salud dental se sustenta en la intención de promover pautas de higiene destinadas a disminuir la incidencia de las enfermedades bucodentales graves, así como de disminuir el riesgo en salud dental.

Como se ha visto hasta ahora, las variables psicológicas y ambientales operan conjuntamente en la configuración de repertorios de protectores o riesgosos para la salud y el bienestar individual. Los factores protectores en salud dental son fundamentales para disminuir las probabilidades de riesgo en cuanto a la adquisición de patología bucodental; su aprendizaje dependerá de las políticas educativas y sanitarias, así como del entorno sociocultural y familiar, que constituya el sistema de relaciones del paciente odontológico. Por otro lado, la estructura cognitiva del paciente, y más específicamente sus creencias en torno a la consulta odontológica, intervendrán en la forma como perciba y evalúe el evento, y de esa manera podrían ejercer influencia sobre su repertorio de conductas relacionadas con la asistencia, la postergación, la evitación o el abandono de la consulta. Tal y como ha sido

señalado previamente, la asistencia a la especialidad odontológica, suele ser percibida como una situación generadora de dolor y malestar, además de un productor común de ansiedad, resultante de su valoración como amenazante y potencialmente dañina.

Ante semejante panorama descrito, surge la necesidad de un análisis holístico en salud dental, donde se conciba al paciente de manera integral, considerando los factores ambientales y psicológicos que contribuyen en la aparición de la enfermedad; identificando a su vez, a los *pacientes difíciles*, que debido a la presencia de ansiedad o fobia al odontólogo, evitan o demoran la consulta, y finalmente modificar aquellas creencias distorsionadas que conducen a la catastrofización de la situación.

Con esa orientación, el abordaje del paciente odontológico debe partir de una consideración biopsicosocial del individuo. Desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, durante el proceso de diagnóstico en salud, es necesario tomar en consideración la interacción de los factores biológicos en relación con los psicológicos y los sociales; siendo fundamental detenerse en los psicológicos y los sociales, para determinar la salud o la enfermedad. El tratamiento debe integrar los tres factores mencionados anteriormente (biológico, psicológico y social), apuntando a una atención en salud que permita abarcar con amplitud la enfermedad y atacar diversos elementos simultáneamente durante el proceso. Por último, el modelo destaca la importancia de la relación médico-paciente y su repercusión en la evolución del tratamiento y recuperación del paciente (Taylor, 2007).

Dentro del contexto previamente delineado, se entiende que el vínculo de unión entre el odontólogo y sus recursos de tratamiento con los pacientes ansiosos, que se encuentran en situación de riesgo (individual o psicosocial) o que tienden a catastrofizar el evento, se sitúa en el área de la Psicología. Es por ello que desde la disciplina psicológica, se facilita un conjunto diverso de recursos que favorecen el desarrollo de la terapéutica odontológica, y sin los cuales la atención estaría privada de herramientas y estrategias para la optimización del diagnóstico, el tratamiento, la educación y el seguimiento a los pacientes que acuden a esta especialidad sanitaria.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

La *salud* y la *enfermedad* se constituyen como los aspectos más importantes en la vida de las personas. Históricamente, la salud ha sido conceptualizada y entendida de manera negativa, como: “el estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez” o de manera positiva haciendo alusión a dimensiones de bienestar, ajuste psicosocial, calidad de vida y funcionamiento cotidiano, de protección hacia posibles riesgos de enfermedad y de desarrollo personal (Godoy, 1990).

No obstante, la tendencia actual ha reorientado la conceptualización de la salud desde un dimensión positiva, sin tener como prerequisite hacer alusión a la enfermedad. Diversos autores coinciden en señalar la definición de salud expuesta por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), en la década de los 70, como la iniciadora de ésta filosofía positiva de la salud y propulsora a su vez del creciente reconocimiento de los factores psicológicos desde disciplinas científicas de la salud y la psicología propiamente, acerca del continuo salud-enfermedad (Godoy, 1990).

2.1 DEFINICIÓN DE SALUD.

La OMS define la Salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1974; 1978, c.p. Godoy, 1990). Es importante destacar que con esta definición, queda constituido el derecho humano fundamental a la salud y el aumento a la calidad de vida, incorporándose de la misma manera las dimensiones física, psíquica y social del bienestar, así como la labor y obligación de los gobiernos a proteger la salud, a través de la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Eventos que han sido punto de partida en las ciencias sociales para su participación en la formulación de políticas de salud, y más específicamente en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Godoy, 1990).

Sin embargo, la definición de salud de la OMS, recibió diversos cuestionamientos que destacaron su inadecuación, pues dentro de la misma se mantiene como referente

último la enfermedad, y más específicamente los componentes individuales (estado incapacitante) y subjetivos (malestar) que la acompañan (Godoy, 1990).

Los argumentos previamente expuestos, sustentan los esfuerzos que desde las ciencias biomédicas y de la conducta se han realizado en torno al logro de un nuevo concepto de salud, que además de ser susceptible de medición y operativización, resalte la importante labor que cumplen los factores psicológicos en la salud (Godoy, 1990). Siguiendo a Ribes (1990), *la dimensión psicológica de la salud* radica en que, en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando. Pues el autor entiende la salud como el “resultado de condiciones biológicas del individuo, de condiciones sociales presentes en el contexto y de condiciones comportamentales de cada sujeto en particular”.

Siguiendo las directrices previas, plantea Godoy (1999), que el intento de formulación de salud actual, se situaría en la consideración de dos dimensiones de la salud (tanto a nivel individual como comunitario): *el balance o nivel de salud y el potencial de salud*.

Dentro de la primera dimensión se distinguen el aspecto individual y el comunitario. Desde el nivel individual, “es el proceso o estado de equilibrio dinámico que tiene, en sentido positivo, el bienestar físico, psíquico y social, y, en sentido negativo, la ausencia de enfermedades, trastornos, síntomas o necesidades físicas, psíquicas y sociales”. Desde el ámbito comunitario, se trata del mismo balance, solo que se relaciona con las características de una determinada población (Godoy, 1990).

La dimensión denominada potencial de salud, está referida a cualquier tipo de interacciones entre el sujeto y el medio para mantener el balance de la salud y restablecerlo, en su caso. Se constituye de esta manera, el potencial de salud como un requisito del balance de la salud (Godoy, 1990). Desde el punto de vista individual, esta dimensión representa lo que desde el modelo integrador de la salud se ha denominado “variables protectoras, recursos de resistencia o competencias” y se extienden desde fortalezas del aparato biológico, hasta recursos psicológicos y estrategias de afrontamiento, actitudes y conocimiento respecto a la salud y el estilo de vida. Desde el nivel comunitario, el potencial de la salud esta representado por las características físicas y biológicas, sociales y socio demográficas, culturales, sanitarias; propias de la comunidad (Godoy, 1990).

Integrando las dimensiones del balance o potencial de salud y el nivel de salud, queda establecida una definición actual de salud, que siguiendo a Godoy (1999), se entiende como:

“Un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicoculturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales” (p.43).

En conclusión, las diferencias individuales en los recursos y competencias y las características patógenas del medio, serán las claves relevantes en la determinación de la salud-enfermedad, de manera tal que: “la salud y la enfermedad están multideterminadas importando tanto las condiciones biomédicas de la vida, como las condiciones biográficas del vivir” (Pérez Álvarez, 1991; c.p. Godoy, 1999).

2.1.1 El Modelo de Creencias de Salud.

Partiendo de la propuesta integradora de la salud, el modelo de creencias de salud constituye uno de los modelos de la psicología de la salud que intenta comprender y explicar las conductas protectoras de la salud y las conductas preventivas de la enfermedad. Sus orígenes se remontan a las investigaciones realizadas por los psicólogos de orientación fenomenológica Hochbaum, G., Kegeles S., Leventhal H., y Rosenstock I., alrededor de la década de 1950 (Moreno y Gil, 2003).

Este primer acercamiento surge con la intención fundamentalmente pragmática de responder a una serie de problemas de carácter social, principalmente relacionados con la educación para la salud, como un intento de comprender por qué frecuentemente las personas se niegan a llevar a cabo conductas preventivas, tales como las revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades. Por tanto, su principal objetivo de estudio era la *prevención*, considerando que el mero cuidado médico era sólo una parte de la totalidad del servicio que la salud pública podía y debía ofrecer (p.93).

Durante sus inicios el modelo se centró en el estudio de la conducta de evitación de la enfermedad, incorporando décadas después, el estudio de las respuestas de los pacientes ante síntomas manifiestos y el cumplimiento de las instrucciones y los tratamientos médicos. En general, el carácter del modelo de la salud desde sus inicios hasta la actualidad, ha sido más aplicado que estrictamente teórico. Como Cabrera, Tascón y Lucumí (2001) indican “el modelo de creencias de salud se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen” (p. 5).

Las premisas esenciales del modelo se basan en los planteamientos asumidos por la propuesta teórica de Lewin, que indican que la conducta de los individuos se puede explicar a través de dos planteamientos básicos:

- a) El valor que el sujeto atribuye a una determinada meta.
- b) La estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

Según lo planteado por Moreno y Gil (2003), cuando estas afirmaciones se traducen al ámbito de la psicología de la salud obtenemos los siguientes supuestos:

- a) El deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud).
- b) Las creencias de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede ayudar a recuperar la salud).

Entendemos de lo anterior, que el basamento del modelo establece para cada individuo el deseo de ser saludable y la evitación del malestar; asimismo se entiende que con el despliegue de conductas saludables, las probabilidades de evitar la enfermedad aumentarán. Ahora bien, el modelo de creencias de la salud consta de diversas dimensiones, que tratan de explicar el comportamiento de cada individuo. Una de las dimensiones hace referencia a la *susceptibilidad percibida* o la percepción que tiene cada persona sobre sí mismo y su probabilidad de contraer algún tipo de enfermedad; la vulnerabilidad a la enfermedad percibida, si bien es una percepción subjetiva, variará en diferentes niveles, desde el individuo que niega por completo la posibilidad de caer enfermo; el que admite la posibilidad estadística que tiene de contraer una enfermedad pero que no

llega a considerar que realmente le va a ocurrir en algún momento determinado; hasta el individuo que está convencido de que va a contraer una enfermedad y lo expresa. Una segunda dimensión tiene que ver con la *severidad percibida*, entendiéndose como las creencias acerca de la gravedad de contraer una enfermedad o curarse, o dejar la enfermedad una vez contraída. Esta dimensión a su vez contempla dos tipos de consecuencias: las médico-clínicas y las sociales, las primeras se refieren a las consecuencias directamente asociadas a los aspectos clínicos de la enfermedad como la muerte, incapacidad, dolor etc., y las segundas a los aspectos relacionados con los efectos a largo plazo de una enfermedad sobre las interacciones sociales como podrían ser un debilitamiento de las relaciones sociales, la pérdida de empleo y otros reforzadores sociales (Moreno y Gil, 2003).

La susceptibilidad personal a una enfermedad y la percepción de su gravedad, no son suficientes para determinar la conducta específica que desplegará la persona, para ello conviene añadir otra dimensión, que ha sido identificada como *beneficio percibido*, entendida como la efectividad de las diferentes conductas existentes en el repertorio del individuo, al momento de afrontar alguna enfermedad. La última dimensión consiste en las *barreras percibidas* que entorpecen la puesta en marcha de la conducta de salud; estas barreras implican que el individuo evalúa como posiblemente negativas las consecuencias de emitir cierto curso de acción, optando por otro alternativo. “En conclusión, el modelo funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costes y beneficios para el sujeto, quien sopesaría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costes de tomarla” (Moreno y Gil, 2003, p. 95).

Como complemento a las dimensiones ya mencionadas (*susceptibilidad percibida*, *severidad percibida*, *beneficios percibidos* y *barreras percibidas*) se añaden otros estímulos importantes que ayudan a explicar cómo se desencadena el proceso de toma de decisiones, llamados *claves para la acción*. Estas claves para la acción, en el contexto de la salud, van desde las internas (como podrían ser los síntomas de alguna enfermedad) a las externas (los consejos recibidos desde los medios de comunicación, consejos de amigos y de los servicios médicos como tal). La intensidad o preponderancia que tenga alguna de las claves para la acción para desencadenar o producir una conducta de salud, dependerán de cada sujeto y de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida en el momento (Moreno y Gil, 2003, p. 95).

Otro elemento que forma parte de la explicación de la toma de decisiones y de la conducta de salud, tiene que ver con las variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales. Se considera que estas variables afectan la percepción del individuo y por lo tanto van a afectar su conducta de salud (Moreno y Gil, 2003, p. 95).

En la siguiente figura se esquematiza el modelo de Creencias de la salud incluyendo lo mencionado anteriormente:

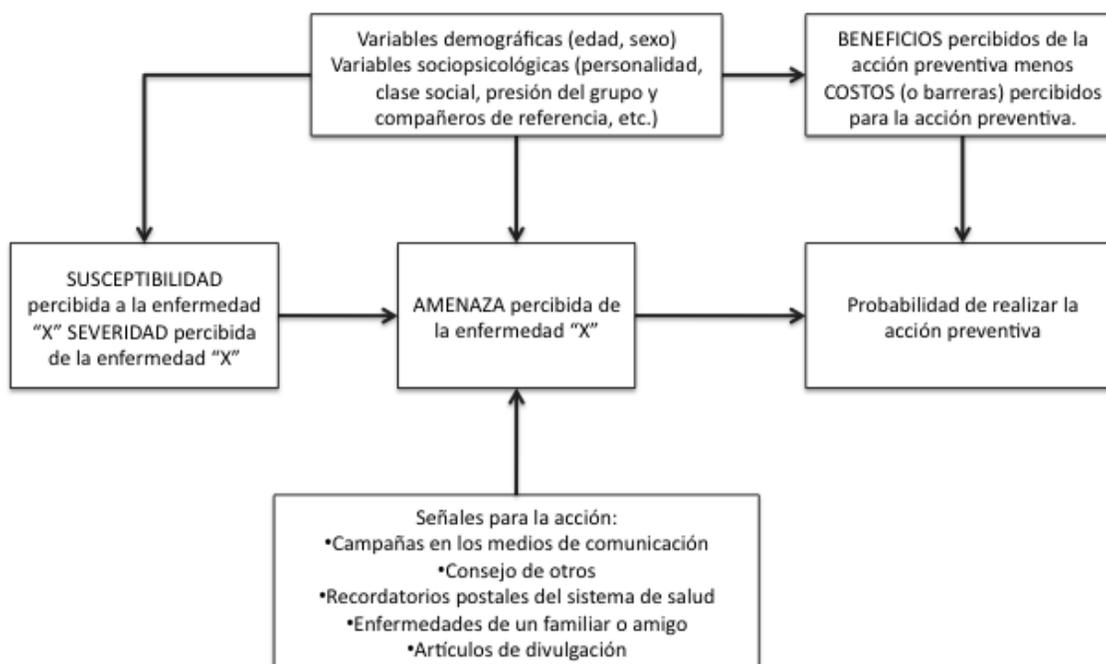


Fig.1: Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o preventiva de acuerdo a Becker y Maiman (1975).

A manera de resumen podemos identificar que este modelo implica que la persona debe tener un sistema de creencias, que van a explicar la conducta de salud (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001):

“Primero, que es *susceptible* de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una *severidad* moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser *benéfico* al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las *barreras* psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva” (p.7).

El modelo de creencias de salud aporta un marco conceptual que busca facilitar la comprensión de las conductas deliberadas de salud y las conductas que pudieran ser contraproducentes para la salud. Este modelo toma diversas variables y las contrapone, en una explicación plausible del comportamiento, y la posibilidad de que este se traduzca en acciones preventivas de la enfermedad, elemento fundamental para la psicología de la salud.

2.2 INTERDISCIPLINARIEDAD EN PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD.

La aplicación al estudio de la conducta, de un modelo de análisis e interpretación medico-psiquiátrico con un enfoque marcadamente orgánico, ha repercutido sobre el establecimiento de una analogía “enfermedad biológica”, “enfermedad mental”, “anormalidad conductual” y de la misma manera, sobre la dicotomización de la conducta en los polos “normal” y “anormal”, siendo ésta la herencia, que desde el modelo biomédico ha recibido la Psicología Clínica y ha caracterizado su ámbito de acción durante décadas (Tarff, 1975).

Tal y como ha sucedido con la conceptualización de salud desde las ciencias biomédicas y del comportamiento, en los últimos años se ha evidenciado un creciente interés por vincular a la psicología con los problemas de la salud humana, más allá de las limitaciones impuestas por el modelo de la salud mental. Dicho fenómeno ha propiciado la aparición de nuevas interdisciplinas y subcampos de conocimiento, que comparten el objetivo común de destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, tal y como se perciben desde la perspectiva de la medicina clínica y experimental (Ribes, 1990).

Dentro de este marco, se inscribe la interdisciplinariedad como una actividad científica, en donde diferentes disciplinas se integran para configurar orgánicamente un nuevo campo de acción y de conocimientos (Rodríguez, 2010). De acuerdo con Ribes (1990), implica la “reintegración y el reordenamiento de conceptos, metodologías y técnicas de las disciplinas insertadas”.

Bajo esta aproximación se reconoce que el conocimiento y experiencia de diversas disciplinas son necesarias para comprender e intervenir en la naturaleza multifacética de los problemas de salud actuales. Siguiendo a Menéndez (1998), la interdisciplinariedad alude al método de trabajo entre diferentes disciplinas y profesionales, supone la interacción de

diversos conocimientos para generar un nuevo saber; entendiendo por interacción la conjunción de disciplinas, niveles de análisis, así como el efecto de la combinación de variables. En definitiva, implica trabajar realmente bajo una perspectiva biopsicosocial del individuo (Rodríguez, 2010).

En este contexto *la Psicología de la Salud* constituye un campo reciente, que resulta del trabajo de varias décadas en otras áreas. Es una disciplina especializada relativa al conjunto de las aportaciones de la psicología a la salud, cuyo interés más amplio es la salud y la enfermedad. Es un campo de acción, que a diferencia de la psicología clínica tradicional, además de ocuparse del tratamiento y rehabilitación, resalta la importancia de un trabajo a nivel de prevención de la enfermedad y promoción de salud (Gómez y Quintero, 2003).

Siguiendo lo expuesto por Godoy (1999), la Psicología de la Salud, se define como:

"El conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud, y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud, y consistentes en la investigación de la importancia de los factores comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos" (p.54).

De lo anterior se desprende, que al partir del sustento biopsicosocial, la psicología de la salud tiene como objetivo esencial el estudio de la salud y la intervención, para lograr la prevención de la enfermedad (Godoy, 1999).

2.3 PSICOLOGÍA ODONTOLÓGICA.

Siguiendo la línea de la interdisciplinariedad previamente expuesta, en su trabajo de investigación titulado *Psicología Odontológica*, Peñaranda (2000), enfatiza la conjunción entre disciplinas que a lo largo de algunas décadas se ha ido estableciendo, gracias al aporte de numerosos hallazgos científicos realizados en torno a diversas áreas donde se reconoce el objeto de estudio de la psicología (emociones, aprendizaje, comunicación, lenguaje, pensamiento; entre otras) y la disciplina psicológica.

Tal y como se ha visto, dentro del contexto de la salud dicha interdisciplinariedad ha recibido el nombre de *Psicología de la Salud*, *Psicología Médica* y *Psicología Odontológica*; siendo ésta última el producto de la imbricación entre la psicología y la odontología, área interdisciplinaria cuya finalidad consiste en “poner a disposición del odontólogo los conceptos, técnicas y hallazgos de la psicología que son útiles a la práctica odontológica integral”, siendo su objeto el estudio de los factores psicológicos que se encuentran presentes en la patología bucal o que contribuyen a su curación y prevención (Peñaranda, 2000).

En Venezuela, el inicio de la psicología odontológica como área interdisciplinaria se remonta a la década de los años 90 con la creación de cursos de psicología en las diferentes escuelas de odontología del país, y fundándose en el año 1996 la *Cátedra de Psicología Aplicada a la Odontología* en la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela, evento que representó un cambio cualitativo en la relación entre la psicología y la odontología, debido a que se pasó del estudio y control de los fenómenos psicológicos básicos (tales como la motivación o la emoción) al abordaje de problemas cuyo manejo son fundamentales para el desarrollo de la odontología; y entre los cuales destacan: la relación odontólogo-paciente, la relación entre el estrés y la enfermedad periodontal, la eliminación del bruxismo, la fobia y deserción al tratamiento odontológico, el paciente difícil en odontología, el dolor bucofacial, los problemas psicológicos relacionados con la estética bucofacial, el desgaste profesional en el odontólogo, los factores de riesgo en cáncer bucal, las técnicas conductuales para la modificación de actitudes sobre la higiene bucal, el ambiente confortable en el consultorio y técnicas ergonómicas, los hábitos orales nocivos (succión del pulgar, queilofagia, onicofagia y tabaquismo) (Peñaranda, 2000).

La finalidad de esta disciplina consiste en optimizar la atención de los pacientes y su acción puede ser clasificada en cuatro grandes áreas:

La relación odontólogo-paciente.

De acuerdo con Peñaranda, (2000) ésta área guarda relación con las diferentes personalidades y tipos psicológicos que debe conocer el odontólogo para brindar atención a sus pacientes, partiendo de la comprensión de que las características de personalidad e individualidad del paciente, modulan la expresión de su sintomatología dental.

Dentro de esta línea se inscriben los elementos y recursos necesarios para el desarrollo de un vínculo adecuado entre el especialista y el paciente, que incluyen la comunicación armoniosa en la situación de consulta y/o tratamiento odontológico, como la interacción con sus familiares.

Estos elementos de la relación odontólogo-paciente, varían cuantitativamente y cualitativamente de acuerdo con las diversas etapas de desarrollo del ciclo vital humano, constituyéndose así un conjunto de normas destinadas al apoyo psicológico que van desde la infancia y se extienden hasta la senectud e incluyen el apoyo a poblaciones de pacientes discapacitados.

El Diseño del espacio, la decoración e instrumental.

En las instituciones públicas, como en las privadas, el diseño y decoración del espacio obedecen a los hallazgos realizados desde el área de la Psicología Ambiental. El odontólogo debe manejar los aspectos sobre el diseño y arreglo ambiental, como de las características y formas que tanto los objetos como el instrumental odontológico deben exhibir para producir sensaciones de confort y agrado, contribuyendo así a la reducción de la distancia física y la consideración de la consulta odontológica como un evento aversivo por parte del paciente (Peñaranda, 2000).

La educación del paciente.

El campo de acción del profesional en odontología, no sólo se restringe a la condición biológica del paciente, sino que también incluye los factores cognitivos y conductuales que operan en situaciones de consulta odontológica. En líneas generales, esta área involucra el diseño e implementación de programas profilácticos, que desde el punto de vista de la prevención se destinan a públicos individuales y colectivos con la finalidad de eliminar las diferencias entre el conocimiento que sobre la salud dental sostiene la población y el que sostiene el odontólogo (Peñaranda, 2000).

Cobra gran relevancia en este campo la incorporación de los hallazgos en procesos de aprendizaje y motivación realizados desde la psicología, pues gracias a ellos se han desarrollado las técnicas de modificación de conducta y persuasión, que repercuten en la disminución de las posibles complicaciones que pudieran presentarse en la prevención de las patologías odontológicas.

Las enfermedades psicológicas relacionadas con la cavidad bucal.

El significado psicológico de la boca y de la cara explican como estas dos áreas pueden ser blanco de manifestaciones y alteraciones de carácter psicológico (el bruxismo, la onicofagia y la succión del pulgar; entre otras), patologías que aunque cuya manifestación pueda ser localizada en la cavidad bucal, no obedecen exclusivamente a los factores patógenos objetivos que explican el cuadro (Peñaranda, 2000).

Esta área engloba los trastornos psicofisiológicos, donde los componentes subjetivos pueden presentarse en mayor proporción para explicar la patología bucodental, y deben ser considerados para el diagnóstico y el diseño del plan de tratamiento ajustado a las características de cada paciente (Peñaranda, 2000).

De la misma manera la discapacidad intelectual puede producir graves problemas odontológicos, tales como la pérdida de piezas dentales y la aparición de cambios en los hábitos de la conducta alimentaria, siendo de vital importancia la formación y el interés del profesional de la odontología en esta área (Peñaranda, 2000).

2.3.1 Factores protectores y factores de riesgo en salud dental.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), **la salud bucodental** puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas labiales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, además de otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Una óptima salud bucodental depende no sólo del despliegue de conductas sanas, sino también del consumo de agua limpia, el acceso a condiciones sanitarias adecuadas y servicios públicos, la adquisición y puesta en práctica de hábitos correctos de higiene bucodental y la absorción de niveles adecuados de fluoruros en el organismo (OMS, 2007).

Según cifras oficiales anunciadas por el consejo ejecutivo de la OMS, para el año 2006 la caries dental y las periodontopatías como la gingivitis (inflamación y sangrado de las encías), destacaron como las enfermedades bucodentales más comunes, presentándose en una proporción del 20% al 90% en individuos en edad escolar en todo el mundo, y afectando al menos al 20% de la población adulta, la cual además presenta una alta

incidencia en enfermedades periodontales graves que pueden desembocar en la pérdida de piezas dentales; por su parte, otros problemas de salud dental como: la maloclusión, malformaciones genéticas y el cáncer oral, aunque en menor proporción, también se ubican dentro de esta categoría (Consejo Ejecutivo OMS, 2006).

En la actualidad se reconoce que diversos problemas de salud dental como la caries dental, las periodontopatías, la pérdida de la dentición, las lesiones de la mucosa oral y los cánceres orales, las enfermedades bucodentales relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los traumatismos orodentales, constituyen importantes problemas de salud pública en todo el mundo, y una deficiente salud bucodental tiene profundos efectos en la salud y la calidad de vida general (Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day y Ndiaye, 2005).

Siguiendo esta línea, diversos autores plantean que debido a que la salud bucodental se encuentra estrechamente relacionada con la salud y el bienestar general del organismo, todas las afecciones de la cavidad bucal repercuten negativamente sobre el funcionamiento de éste, incrementando algunos factores de riesgo para contraer enfermedades sistémicas (Carranza y Estrada, 2010; Consejo Ejecutivo OMS, 2006). En consecuencia, desde la odontología, se establece como meta básica “prevenir el inicio de la enfermedad y su desarrollo posterior”, concentrando para ello, la mayor cantidad de recursos disponibles sobre aquellos individuos o grupos de individuos, que se encuentran más propensos a desarrollar una enfermedad, es decir aquellos que están en riesgo (Mattos y Melgar, 2004).

2.3.1.1 Factores protectores en salud dental.

Los *factores protectores (FP)*, se definen como aquellas características personales, elementos contextuales o la percepción que el individuo tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar. Son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud (Tobón, 2004). Al aumentar estos factores presentes en la vida de las personas se disminuye la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar, pues éstos actúan reduciendo los efectos de los factores de riesgo y favoreciendo a la salud (Amar, Abello y Acosta, 2003).

Desde el enfoque de la psicología de la salud y el *modelo de competencias* de Albee (1980), los factores protectores se conciben como factores que promueven la salud, en contraste con lo planteado por el modelo biomédico o de la enfermedad mental, donde son entendidos como factores que previenen la enfermedad (c.p. Gómez y Quintero, 2003).

Dentro de este contexto, **la protección en salud dental** implica aquellas competencias y habilidades de afrontamiento que los individuos adquieren y despliegan, para neutralizar o atenuar la incidencia de factores relacionados con la probabilidad de aparición de la patología bucodental (Amar, Abello y Acosta, 2003; Consejo Ejecutivo OMS, 2006).

De acuerdo con la *nota informativa sobre salud dental* publicada por la OMS en el año 2007, a través de la promoción de la salud bucodental y de la salud en materia general, es posible el desarrollo de factores protectores capaces de disminuir la incidencia de las enfermedades bucodentales, así como de otros cuadros clínicos crónicos, si se abordan los factores de riesgo en común que éstos comparten. Tales políticas sanitarias estarían destinadas a proporcionar a la población educación acerca de los siguientes tópicos:

- La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación balanceada previenen la caries dental y la pérdida prematura de dientes.
- Dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol disminuyen el riesgo de cánceres de la cavidad bucal, periodontopatías y la pérdida de dientes.
- El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.

El comportamiento de los individuos ejerce un impacto positivo o negativo sobre su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen (Lima y Casanova, 2006). Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado, el uso de hilo dental y la limpieza profesional (cada seis meses) evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos odontológicos que resultan de la instauración o evolución de cuadros infecciosos en la cavidad bucal. La caries dental puede prevenirse manteniendo una alta concentración de fluoruro en la cavidad bucal (Carranza y Estrada, 2010; Consejo Ejecutivo OMS, 2006).

Por esta razón y partiendo de la consideración de la *higiene bucal* como el estado de conservación y limpieza bucodental, que no evidencia restos de alimentos, sangrado gingival (durante el cepillado o uso de hilo dental) o la emanación de mal aliento de manera frecuente, la OMS establece la educación en pautas de higiene bucal adecuada, con el objetivo de incentivar en la población la adquisición de la rutina dental como recurso preventivo de la enfermedad dental (Consejo Ejecutivo OMS, 2006; OMS, 2007). En líneas generales dichas pautas se centran en:

- Aprendizaje de técnicas de cepillado adecuadas.
- Uso del hilo dental al menos dos veces al día.
- Uso de productos dentales con flúor, incluyendo agua fluorada, crema dental y/o suplementos que contengan flúor.
- Uso de enjuague bucal antiséptico después del cepillado dental.

Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración de un perfil de protección. Desde el punto de vista de la salud dental, se trata no sólo de la adopción y mantenimiento de hábitos de higiene bucodental correctos, sino también de la adquisición de comportamientos que disminuyan la probabilidad de enfermar, tales como: un adecuado control y manejo de las tensiones y emociones negativas en situaciones de consulta odontológica o ante la anticipación de la misma, el mantenimiento de pautas adecuadas de alimentación y la asistencia regular a la especialidad odontológica, como importante medio de prevención de la enfermedad y la promoción de pautas de salud e higiene dental.

2.3.1.2 Factores de riesgo en salud dental.

Se entiende por *factor de riesgo (FR)* un factor asociado con una probabilidad aumentada de que un individuo desarrolle alguna enfermedad; se trata de una característica o circunstancia detectable en el individuo o en su comunidad durante un lapso temporal, cuya aparición aumenta la probabilidad de que ese individuo desarrolle alguna enfermedad determinada (Mattos y Melgar, 2004; Tobón, 2004). Los factores de riesgos no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacionándose, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su efecto nocivo para la salud. Los *indicadores de riesgo (IR)* por su parte, son las variables asociadas con la enfermedad (Mattos y Melgar, 2004).

Dentro de esta línea se inscribe ***el riesgo en salud dental*** como la probabilidad de contraer algún daño o enfermedad que implique el deterioro de la salud bucodental; probabilidad que debe entenderse desde su dimensión biológica, como desde su dimensión social (Cata Soto, 2004).

En este sentido, Cata Soto (2004), entiende *el riesgo biológico* como el potencial que tiene un individuo de enfermarse biológicamente, el cual está relacionado con los tejidos bucales y puede ser estimado a través de la evaluación de su estado de salud general, su dieta e higiene bucal, el estado de inflamación gingival que presenta, la experiencia de caries y el flujo salival. Asimismo expone que el *riesgo social* se relaciona con las condiciones de vida del sujeto y más específicamente con su “calidad de vida”, siendo la dimensión socioeconómica y cultural, la que en este aspecto cobra mayor relevancia.

Dentro de los factores de riesgo relacionados con la aparición de la enfermedad bucodental, destaca la higiene como causa primaria, relacionada con la adquisición de hábitos orales incorrectos durante la infancia (Carranza y Estrada, 2010). No obstante la literatura señala que los padecimientos de este tipo comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes, a saber: el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, pues se ven favorecidas por el mantenimiento de pautas alimentarias inadecuadas, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol y azúcar. De la misma manera que se ven influidas por factores de tipo socioeconómico, sanitario, cultural y educativo (Consejo Ejecutivo OMS, 2006).

Las afecciones bucodentales constituyen un grave problema de salud pública, cuyos efectos en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida "son considerables y costosos" (Petersen y cols, 2005). Una vez que los factores de riesgo sean identificados, pueden convertirse en el punto de partida o núcleo de las estrategias y acciones de *promoción de la salud* (OMS, 1998).

Los factores de riesgo individuales, se relacionan con la probabilidad del organismo de desarrollar patologías bucodentales, en respuesta al efecto de la interacción de variables biológicas o psicosociales, tales como: el déficit de calcio, fluoruro y micronutrientes, pautas inadecuadas de alimentación, la puesta en práctica de hábitos erróneos de higiene bucodental, el tabaquismo, el bajo nivel de instrucción y la ausencia de programas

educativos y en general de pautas culturales que fomenten la salud bucodental (Mattos y Melgar, 2004; Lima, Rivero y Pérez, 2007).

Dentro del contexto odontológico, el riesgo individual puede estimarse a partir del cálculo de diversos índices que informan sobre el estado de salud bucal, entre ellos se encuentran: los que miden la prevalencia de caries, los relativos a la higiene bucal y los que evalúan el estado gingival y/o periodontal (Lima, Rivero y Pérez, 2007).

Respecto a la aparición de enfermedades bucodentales comunes, numerosas investigaciones (Carranza y Estrada, 2010) han develado una relación directa entre la mala higiene, entendida como el uso de técnicas inadecuadas de cepillado dental y el desuso de productos enriquecidos con calcio y flúor en el cuidado de la dentadura; respecto a una mayor prevalencia e incidencia de la caries. No obstante, también demuestran que la predisposición a la caries es un fenómeno variable, no solo a nivel interindividual, sino también entre los diferentes dientes dentro de una misma cavidad bucal, fenómeno que viene determinado por factores como: el flujo salival, la masticación, deglución y la interacción de bacterias alojadas en la boca (OMS, 2007).

Entre las conductas de riesgo para la salud bucodental, además de los hábitos orales perjudiciales, destacan aquellos comportamientos disruptivos o entorpecedores que se suscitan durante la consulta odontológica y tratamiento dental (cerrar la boca, mover la cabeza, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar), así como también su evitación (postergación en la solicitud de consulta, anulación de citas, ausentismo) (Lima y Casanova, 2006).

Finalmente, se consideran como factores importantes de riesgo individual en el desarrollo de patología bucodental, la edad, la experiencia e historia clínica de caries dental y enfermedades periodontales, además de la presencia de hábitos relacionados con el consumo de sustancias (alcohol, cigarrillo) y la deformación de la dentadura (onicofagia, quelofagia, bruxismo, succión digital, respiración bucal y deglución atípica) (Lima, Rivero y Pérez, 2007).

Desde la óptica psicosocial *los factores de riesgo* se relacionan con la prevalencia de las enfermedades bucodentales a nivel mundial, la cual resulta particularmente elevada

en las comunidades desfavorecidas y pobres, tanto en los países en vía de desarrollo como en los desarrollados (Petersen y cols, 2005).

En la mayoría de los países subdesarrollados como es el caso de Venezuela, la mayor proporción de la población no recibe atención bucodental sistemática y los programas educativos destinados a la prevención escasean. Estos mismos países en los últimos años han sido afectados por un aumento en la incidencia de caries dentales, factor propenso a continuar aumentando, debido al creciente consumo de azúcares y a la insuficiente exposición a fluoruros por parte de la población (Consejo Ejecutivo OMS, 2006).

En relación con los gastos derivados de su tratamiento, las enfermedades bucodentales ocupan el cuarto lugar entre aquellas que más costos generan. Los países desarrollados cuentan con avanzados sistemas sanitarios públicos y privados que ofrecen servicios curativos a los pacientes, pero que en su mayoría funcionan sobre la demanda asistencial dispensada por especialistas que se dedican a la práctica privada. Por su parte en los países subdesarrollados, las políticas y recursos de atención en salud bucodental se destinan primordialmente a la asistencia dental de urgencia y se especializan en intervenciones para aliviar el dolor (Consejo Ejecutivo OMS, 2006).

En líneas generales los factores de riesgo psicosociales en el desarrollo de enfermedades bucodentales se relacionan con: la extrema pobreza, el bajo nivel socioeconómico, la ruralidad extrema (por la dificultad de acceso a los centros de salud) y el bajo nivel de escolaridad (Cata Soto, 2004).

2.4 ANSIEDAD.

La ansiedad clásicamente ha sido conceptualizada como un factor incidente en la desregulación del mecanismo interno de vigilancia, que es el encargado de proteger al individuo de situaciones amenazantes. Al aparecer la ansiedad, el organismo se activa para efectuar una respuesta defensiva. Cuando la activación que incide en la desregulación del organismo ocurre de manera crónica, se inicia un proceso que puede ir desde el malestar hasta la patología y que tendrá sus manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras.

Desde el *modelo conductual*, destaca el planteamiento de Hull donde la ansiedad se define como el “impulso o drive” que desencadena la conducta del individuo; es decir, la motivación para responder a cierto tipo de estimulación. Tal y como es entendida aquí, la

ansiedad se relaciona con una serie de estímulos incondicionados o condicionados que elicitán el mismo tipo de respuesta emocional (Saputi, 2004).

Dentro del *análisis experimental de la conducta* y desde un punto de vista funcional, la conducta ansiosa es elicitada por la presencia de estímulos condicionados aversivos, provocando un sentimiento difuso, resultando indiferenciado el estímulo que está causando la conducta. Para que la situación o el estímulo sea considerado como aversivo, este debe reforzar negativamente la conducta y debe ser capaz de reducir la probabilidad de ocurrencia de una conducta (Saputi, 2004).

En líneas generales, desde el enfoque conductual el término ansiedad se refiere a todo un patrón de conductas complejas y variadas caracterizadas por sentimientos subjetivos de aprensión y tensión, que se acompañan de una activación fisiológica y que surgen en respuesta a estímulos internos/cognitivos o ambientales (Saputi, 2004).

En contraposición a la consideración conductista de la ansiedad, a partir de la década de los 60 se empieza a cuestionar la relación E-R del conductismo. Las variables cognitivas pasan a constituir el foco de interés a partir de los aportes de diversos autores, entre los que destacan: Lazarus, Beck y Meichenbaum, quienes se dedicaban al estudio del estrés y los procesos de afrontamiento. Lazarus (1986), define el estrés o ansiedad, como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquel como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Lo fundamental aquí entonces va a ser la evaluación cognitiva y el afrontamiento (Saputi, 2004).

“La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez” (Sierra, Ortega y Zubedait, 2003). En otras palabras, puede ser comprendida como una serie de respuestas que se engloban en un patrón compuesto por aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos que implican un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen ser poco adaptativos (Saputi, 2004).

2.4.1 Ansiedad odontológica.

Desde la perspectiva conductual la ansiedad y los miedos que surgen en torno al área de la salud dental, son considerados como patrones de conducta multidimensionales y aprendidos, que resultan desadaptativos en relación al tratamiento odontológico; patrones de respuesta que se constituyen por elementos dados en las tres dimensiones básicas de respuesta (Navarro y Ramírez, 1996; Cruz, Gil, Márquez y Navarro, 2004).

De manera más específica la multidimensionalidad de los patrones que se aluden, consiste en su estructura interactiva y dinámica con elementos de respuesta de índole motora (operante-motora), respondiente (activación autonómica simpática), y operante-verbal (o cognitiva en la forma de autoverbalizaciones y autopercepciones alarmantes y aprensivas) (Navarro y Ramírez, 1996; Cruz y cols, 2004).

Este aspecto merece especial detenimiento, ya que resulta pertinente establecer las diferencias que existen entre la respuesta de ansiedad y los miedos dentales.

En primer orden y en términos de la temporalidad de la relación entre la conducta y el contexto odontológico: la ansiedad dental es un patrón conductual anticipatorio, evocado por una situación preaversiva; se presenta en sus componentes fisiológicos, motores y verbales de manera anticipada al tratamiento; mientras que, los miedos dentales son controlados por la situación de tratamiento en una relación de inmediatez temporal. En segundo orden y siguiendo el criterio de la generalización de la respuesta: la ansiedad dental se presenta como un patrón de respuesta generalizado, evocado por el contexto global del tratamiento; los miedos dentales se caracterizan como patrones discriminativos, controlados por situaciones estímulares específicas durante el tratamiento. Finalmente y partiendo de los elementos operantes-motores: la ansiedad dental se caracteriza por la evitación del tratamiento; mientras que los miedos dentales por el escape de la situación, lo que se traduce en comportamiento perturbador u obstaculizante del paciente al momento de la intervención (Navarro y Ramírez, 1996).

Siguiendo las directrices previas, diversos autores plantean que en la génesis y aparición de dichas actitudes y pautas de comportamiento, intervienen múltiples causas y factores, postulando en consecuencia como “multifactorial” la naturaleza del origen de la ansiedad ante y hacia la situación de atención dental (Cruz y cols, 2004).

2.4.1.1 Variables que intervienen en la adquisición de la respuesta de Ansiedad Dental.

Como se ha visto hasta ahora, la ansiedad dental constituye un fenómeno complejo, y su desarrollo no puede justificarse exclusivamente a partir de una única variable. En este contexto, Hmud y Walsh (2009) presentan en forma de resumen los factores que de manera consistente han estado ligados a una mayor incidencia de ansiedad dental, los cuales incluyen:

- Características de personalidad.
- Temor al dolor.
- Experiencias dentales traumáticas pasadas, particularmente en la infancia (experiencias condicionantes).
- La influencia de familiares o pares dentalmente ansiosos que despiertan temor en una persona (aprendizaje vicario).
- Temor a la sangre y heridas.

Tradicionalmente desde la psicología conductual, la adquisición de la conducta de ansiedad, ha sido explicada sobre la base del condicionamiento clásico, tomando como punto de partida la identificación de experiencias traumáticas pasadas del paciente. Por otra parte y desde la perspectiva sociocognitiva, se señala como el factor principal para la adquisición del patrón de conducta aquí referido, el modelaje de actitudes ante el tratamiento odontológico por parte de los padres y otros modelos significativos (Caycedo, Cortés, Gama, Rodríguez, Colorado, Caycedo, Barahona y Palencia, 2008).

En congruencia con el planteamiento anterior, entre las causas que con mayor frecuencia aparecen en la literatura especializada, se citan las siguientes: “la conducta de miedo proveniente del modelaje familiar o el entorno, la vivencia de experiencias aversivas previas, especialmente durante la infancia; la puesta en práctica de pautas y hábitos inadecuados de autocuidado oral (u omisión de las prácticas adecuadas) y en consecuencia la aparición de un estado de deterioro bucodental; los factores socioeconómicos y sociales relativos a la escolaridad, ingresos familiares y dinámica familiar, ejercen a su vez influencia sobre la aparición de conductas evitativas o de riesgo (Caycedo y cols, 2008).

Finalmente, y en relación directa con las características contextuales de la consulta odontológica, se señalan los siguientes factores: el tiempo de espera previo a la consulta y el número de pacientes que permanecen en la sala, debido a que por una parte, influyen sobre la expectativa de calidad de atención y servicio del paciente, y por otra sobre su estado de ansiedad propiamente, al vincularse con la percepción de que “las sesiones de tratamiento duraderas aumentan la ansiedad” (Cruz y cols, 2004).

En cuanto a los factores desencadenantes de este complejo patrón de comportamiento, Gale (1972; c.p. Caycedo y cols, 2008), expone que las situaciones asociadas a los niveles más elevados de ansiedad, en orden de relevancia son: la extracción de una pieza dental, la perforación o fresado de un diente, la opinión negativa del odontólogo acerca de la salud o cuidado oral del paciente, y la acción de sostener una aguja frente al paciente. No obstante y a pesar de la basta evidencia que existe en torno a las situaciones previamente mencionadas, hallazgos más recientes (Márquez y cols, 2004; c.p. Caycedo y cols, 2008) develan que los niveles más altos de ansiedad odontológica se relacionan con eventos como: la posibilidad de contagio infeccioso por medio del instrumental odontológico, así como el riesgo de sufrir alguna herida en la boca durante el procedimiento.

Diversos autores, entre los que destacan Pérez y cols. (2002), sugieren que la ansiedad ante la situación de tratamiento odontológico se vincula con experiencias previas en servicios de salud, así como con otras situaciones experimentadas por el paciente; en este orden de ideas plantean que la aparición de la respuesta ansiógena ante el tratamiento, se sustenta sobre el incremento de la reactividad emocional resultante de las otras situaciones estresantes que vive el paciente, entre las que vale mencionar: abuso sexual, físico o psicológico, problemas familiares y/o la presencia de algún desorden de ansiedad (Caycedo y cols, 2008).

Entre las consecuencias que derivan del despliegue de la conducta de ansiedad dental, vale mencionar el impacto negativo que ejerce sobre la promoción y viabilidad del tratamiento odontológico, ya que interfiere en la adhesión, como resultado de la conducta evitativa del paciente y repercute negativamente en la salud dental de la población. Más específicamente se ha encontrado que habitualmente conduce a la interrupción del tratamiento (debido a la inasistencia), así como a la evitación de futuros contactos con odontólogos e higienistas dentales. Por otra parte, las reacciones del paciente y los intentos de manejo de estas reacciones por parte del personal de salud oral, afectan negativamente

la relación odontólogo-paciente y son fuente generadora de estrés para el profesional (Navarro y Ramírez, 1996; Cruz y cols, 2004). Por último, la ansiedad ante el tratamiento odontológico genera un incremento de los costos restaurativos, derivados de la evitación prolongada a las consultas normales, que en muchos casos excede los recursos disponibles para el cuidado de la salud oral (Caycedo y cols, 2008).

Finalmente diversas investigaciones han reportado entre sus hallazgos, que la consulta odontológica se presenta como una situación altamente aversiva, cuya postergación o evitación contribuye a la disminución de los niveles de ansiedad que experimentan los pacientes que deben acudir a este servicio sanitario, debido a que dichos niveles se vinculan estrechamente con la percepción y/o la expectativa de dolor ante los procedimientos de tratamiento e higiene dental (Hunt, George, Wilder, Maixner y Gaylord, 2005).

2.4.2 El paciente difícil en Odontología.

De acuerdo con Chambers y Abrams (1986), “la comunicación con el paciente es la clave para garantizar el éxito del tratamiento odontológico, como para disminuir las condiciones en las cuales se produce el desgaste físico y psicológico del especialista” (Peñaranda, 2005). No obstante, durante su ejercicio profesional, el odontólogo puede encontrarse con un tipo particular de paciente, que dentro de la literatura especializada ha sido denominado como *Paciente Difícil* y que representa al menos un 20% de los pacientes que acuden a la consulta.

El paciente difícil puede caracterizarse de acuerdo con el siguiente perfil:

- Produce mayor desgaste físico y psicológico en el odontólogo.
- Puede perturbar a otros pacientes en la sala de espera, o bien el odontólogo puede generalizar el malestar que le produce este paciente, hacia otros pacientes.
- Genera pérdidas económicas (para si mismo y para el odontólogo).
- Genera dificultades en la realización del diagnóstico como incertidumbre en el resultado del tratamiento.

El comportamiento del paciente difícil puede afectar la autoestima del profesional, así como alterar su estructura emotiva y sus relaciones interpersonales. (Peñaranda, 2005).

Dentro de este contexto, Casanova y Lima (2006), plantean que los pacientes con ansiedad dental son considerados como “pacientes difíciles” en la especialidad odontológica, y pueden ser caracterizados a través de los siguientes rasgos:

- Expresan vergüenza frecuentemente.
- Presentan un estado de salud general deteriorado durante la fase de miedo.
- Expresan desconfianza en los dentistas.
- Presentan extensos y complejos deterioros en la dentadura, que en ocasiones exceden las capacidades del dentista.
- Manifiestan conductas de llanto, berrinche y gritos.
- Suelen ser pacientes tímidos
- Manifiestan hipersensibilidad al dolor.
- Acostumbran postergar o eludir las citas con el odontólogo.
- Manifiestan experimentar señales en el cuerpo, como: enrojecimiento, sudoración, dolor en el pecho, falta de aire, boca seca, problemas gastrointestinales.
- Reportan comúnmente sentirse inmovilizados en el sillón del dentista.

La adquisición del comportamiento del paciente difícil es compleja y diversa, relacionándose con factores psicosociales, culturales, educativos y económicos entre otros. Siguiendo los planteamientos de Peñaranda (2005), a continuación se presentan los factores que modulan la aparición del comportamiento del paciente difícil en odontología:

- a) Modo de vida del paciente (variables culturales, religiosas, económicas y geográficas).
- b) La comunidad y/o la institución.
- c) Desinformación en salud oral.
- d) Tipo de patología (dolor).
- e) Ambiente del consultorio.
- f) Trastornos psicológicos (experiencias negativas con el odontólogo).
- g) Estado anímico del odontólogo y/o del personal auxiliar.

2.5 DOLOR.

Durante el transcurso de la vida son múltiples las ocasiones en las cuales las personas manifiestan experimentar dolor, reportándolo como un fenómeno variable en cuanto a su localización, intensidad y duración. El dolor constituye una experiencia sensorial y emocional variable, que se halla estrechamente vinculada a la interpretación individual que se le otorga, así como a los criterios de subjetividad u objetividad que obedezca.

A pesar de que generalmente se le ha considerado como un elemento que podría ejercer un impacto negativo sobre el estilo de vida, dificultando así la adaptación a sus diversas esferas constitutivas; no obstante, y desde la óptica opuesta, la presencia del dolor posee un alto valor adaptativo, que podría estar asociado al mantenimiento del bienestar y la calidad de vida, pues su aparición proveería información e incluso advertiría acerca de un posible deterioro en el funcionamiento del organismo, y en consecuencia estimularía la movilización de la persona en función de solventar la situación y evitar así la producción de mayores daños (Díaz, 2007; Puebla Díaz, 2005).

Siguiendo este orden, el dolor comienza a constituirse como “un problema”, a medida que su funcionalidad como señal o estímulo que indica algún deterioro interno (superficial o profundo) se debilita, y en consecuencia este empieza a ser percibido y experimentado como algo desagradable e incapacitante.

A este nivel de análisis es posible identificar algunas de las diversas variables que intervienen en la conceptualización, percepción e incluso experimentación del dolor; no obstante, es pertinente preguntarse: ¿qué es el dolor?

Y en concordancia con la conceptualización realizada por la *Asociación Internacional para el Estudio del Dolor*, se trata de “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”, cuya percepción consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociocéptivos tisulares (Puebla Díaz, 2005).

La definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor trae consigo algunas implicaciones de gran importancia para el avance de la conceptualización del dolor que lo alejan cada vez más de la noción simplista de los modelos iniciales (Chapman, 1986; c.p. Penzo, 1987, p.34):

1. Considera el dolor como algo subjetivo;
2. Invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja;
3. Otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro;
4. Considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo;
5. Considera parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables.

La definición anterior establece el dolor como una experiencia subjetiva, evitando así la consideración de una vinculación lineal entre la sensación de dolor y el estímulo desencadenante. De la misma manera toma en consideración el evento biológico objetivo del posible daño tisular (real o potencial) causado por el estímulo nociocectivo (González, 1997).

Partiendo de su análisis se pueden extraer dos elementos comunes, que en conjunción resultan necesarios para la configuración del fenómeno del dolor, ellos son:

- La experiencia de percepción sensorial asociada a una lesión tisular real o potencial.
- El malestar que acompaña dicha experiencia sensorial.

En la percepción de dolor, además de la presencia y adecuado funcionamiento de los nociceptores, entran en juego diversos factores psicológicos; en otras palabras, es posible que la percepción y en consecuencia, la experiencia de sensaciones dolorosas asociadas a la estimulación nociva, reciba influencia de factores como las diferencias individuales, y sea modulada por variables de personalidad, historia de aprendizaje y condicionamiento de la respuesta del dolor (Baldo, García-A, González y Solórzano, 1998).

Es así como, a pesar de existir una localización somática para la sensación de dolor, la reacción ante la estimulación nociva siempre resulta desagradable, y es debido a esta razón que la experiencia de dolor se configura a su vez como una experiencia emocional. Y en este sentido, se asocia con episodios depresivos, ansiedad, frustración, irritabilidad, ira y desesperanza; emociones que generalmente se presentan como factores que potencian la experiencia del dolor y pueden aparecer como parte integrante del proceso, como variables precipitantes, agravantes, o como la consecuencia de su experimentación (Rodríguez y Cano, 2001).

Como hasta ahora se ha visto, la experiencia de dolor interactúa y es influida por diferentes variables, que se relacionan bien con la presencia o recepción de una estimulación nociva proveniente del medio (daño tisular), de elementos cognitivos, motivacionales, emocionales e incluso del aprendizaje adquirido en situaciones similares en el pasado del sujeto (Díaz, 2007).

2.5.1 Clasificación del Dolor.

La adecuada valoración del fenómeno doloroso implica el conocimiento de los diversos tipos de dolor que pueden presentarse, los cuales se encuentran a su vez asociados con diferentes dimensiones: temporalidad, magnitud, localización; entre otras.

Tomando como punto de partida la *dimensión temporal*, el dolor podría clasificarse de acuerdo con su duración e intensidad como *agudo o crónico*. El dolor agudo se caracteriza por ser limitado en el tiempo (menor a 6 meses) y presentar una intensidad variable, entre leve y grave, suele estar acompañado de escaso componente psicológico y generalmente su tratamiento se orienta a la eliminación de la causa que lo provoca. Por su parte el dolor crónico es estable en el tiempo con una duración superior a los seis meses, pudiendo haberse iniciado como agudo y generalmente es resistente a los tratamientos, razón por la cual tiende a mantenerse aun después de tratada su causa de origen (Díaz, 2007; Puebla Díaz, 2005).

Ambos tipos de dolor traen consigo repercusiones psicológicas importantes, sin embargo es el dolor crónico, el que por excelencia acarrea mayores desajustes emocionales y conductuales. Este tipo de dolor, luego de un tiempo prolongado puede desencadenar respuestas emocionales de ansiedad, ira y depresión, así como manifestarse conductualmente a partir de la irritabilidad, la aprensión, la supresión de actividades, el ausentismo laboral y la aparición de alteraciones del sueño, con la presencia de alerta y activación en la persona (Díaz, 2007).

De acuerdo con Fluerstein (1989), el dolor crónico debe ser estimado tomando como punto de partida las capacidades e incapacidades del individuo que lo padece. En este sentido, en el ámbito clínico se emplean tres categorías para definir alteraciones en la capacidad funcional (c.p. González, 1997), las cuales aluden a:

- a. **Impedimento:** "Cualquier pérdida o anormalidad estructural o funcional, psicológica, fisiológica o anatómica"
- b. **Limitación funcional:** "Cualquier restricción o falta de habilidad para realizar una actividad, que resulta de un impedimento de la manera o en el rango considerado normal para un ser humano".
- c. **Incapacidad:** "Una desventaja para un individuo dado (resultante de un impedimento o de una limitación funcional) que limita o evita el llevar a cabo un papel que es normal (en función de la edad, el sexo y los factores sociales y culturales) para ese individuo".

Además de lo revisado hasta ahora, la literatura especializada ofrece diversos sistemas de clasificación del dolor, que varían cualitativa o cuantitativamente en cuanto a la descripción y explicación del fenómeno, pues cada uno de ellos obedece a diferentes criterios que desde su perspectiva, establecen los lineamientos para la descripción de los diversos tipos de dolor.

Es así como de acuerdo con la *patogenia*, el dolor puede ser: neuropático, nociceptivo o psicógeno; con respecto a su *localización*, es somático o visceral; según su *curso*, se clasifica como continuo o irruptivo; tomando en consideración la *intensidad*, puede variar entre leve, moderado y severo; y finalmente partiendo de sus *factores pronósticos*, se cataloga como dolor difícil o complejo (Puebla Díaz, 2005).

A pesar de que los diversos sistemas de clasificación del dolor, colocan el énfasis en uno o algunos factores como determinantes del dolor, es importante resaltar que éste se constituye como el resultado de una interacción compleja y dinámica de múltiples variables, entre las cuales las sensaciones, las emociones, las cogniciones, las motivaciones y las conductas son sólo algunas de naturaleza psicológica (Baldo y cols, 1998).

2.5.2 El concepto de dolor en psicología.

Como bien es sabido, la Psicología se encarga de estudiar el comportamiento del organismo global en sus relaciones con el medio externo, y en consecuencia, las relaciones funcionales del individuo con el entorno socialmente construido. Siguiendo a Ribes (1985), "la psicología estudia el comportamiento en su relación funcional con las propiedades convencionales o simbólicas (mediadas por el lenguaje) de los estímulos"; en este sentido,

sólo está en condiciones de determinar, o de dar razón de relaciones funcionales dentro de su ámbito conceptual (c.p. Penzo, 1989).

Dentro de esta línea, el nivel propio del estudio psicológico lo constituyen las relaciones funcionales del individuo con el medio socialmente construido, siendo su unidad de análisis las conductas. Por lo tanto, el objeto de estudio de la psicología dentro del ámbito del dolor, son las conductas de dolor: las unidades funcionales del comportamiento del individuo en un contexto socialmente designado como “dolor” (Penzo, 1989).

2.5.2.1 Modelos explicativos del dolor.

Tal y como se ha expuesto, el dolor es un fenómeno de gran complejidad, tanto desde el ámbito clínico, como desde el punto de vista conceptual o teórico. El interés por su comprensión, ha motivado el desarrollo de los diversos modelos explicativos, que se presentarán a continuación. Partiendo desde los más simples hasta llegar a los modelos más complejos, cuyo nivel de explicación se basa en las influencias de organizaciones complejas de factores dispares, donde predominan las relaciones funcionales estructuradas, distinguiéndose específicamente dos tipos de factores para explicar el dolor: los de influencia directa y los factores contextuales (Penzo, 1989).

- *Modelo Biologicista:*

El modelo lineal simple del dolor es un modelo de causa efecto, donde se equipara la lesión con la sensación dolorosa que se percibe. En este modelo el dolor es entendido como “el producto final de un sistema lineal de transmisión sensorial” (Penzo, 1989, p.22). Se afirma que ante un estímulo, se producirá una sensación que se percibe como dolorosa de manera proporcional a la intensidad de la estimulación nociceptiva, la cual a su vez producirá una respuesta (como podría ser un quejido) (Melzack en Penzo, 1989).



Fig.2: *Modelo lineal simple del dolor, correspondiente a la teoría de las especificidad.*

Como se puede observar en la representación gráfica del modelo biologicista, se considera que la relación entre el estímulo y la sensación es completamente lineal, al igual que la relación entre la sensación y la lesión, finalizando en una respuesta que es producto de la lesión (Penzo, 1989).

Se trata de un modelo unicausal, donde el dolor necesariamente debe tener una causa física, por lo tanto, cuando no se puede identificar la causa física, se afirma que se trata de un malestar psicológico. Actualmente se considera que el modelo lineal es ineficaz para explicar el dolor crónico y desde la mirada fisiológica se ha demostrado su poco alcance al comprobarse la inespecificidad de la transmisión nociceptiva. Otros hallazgos han indicado la presencia de dolor sin la presencia de una lesión (miembro fantasma y neuritis) aminorándose el alcance de este modelo.

- *Modelos Multidimensionales:*

Los modelos multidimensionales del dolor surgen basándose en el amplio espectro de los síntomas que presentan los pacientes con dolor crónico, identificándose que estos podrían variar desde lo estrictamente somático, hasta lo psicológico.

Melzack y Casey (1968), plantean un modelo neurofisiológico que “sistematiza los fenómenos de la experiencia de dolor en tres categorías: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa” (Penzo, 1989, p.29)

- **Categoría sensorial-discriminativa:** depende de los sistemas espinales de conducción rápida, recibe y transmite la información nociva, tomando en consideración la calidad, duración, intensidad y localización.
- **Categoría motivacional-afectiva:** depende de los sistemas espinales de conexión lenta y su influencia sobre las estructuras límbicas y reticulares, identifica la experiencia y la categoriza como desagradable o aversiva, facilitando en el individuo las conductas emocionales asociadas al dolor (como miedo, ansiedad y depresión entre otras).
- **Categoría cognitivo-evaluativa:** depende de las funciones superiores del SNC y será el encargado de asignar significado al dolor, tomando en consideración vivencias previas en condiciones similares etc.

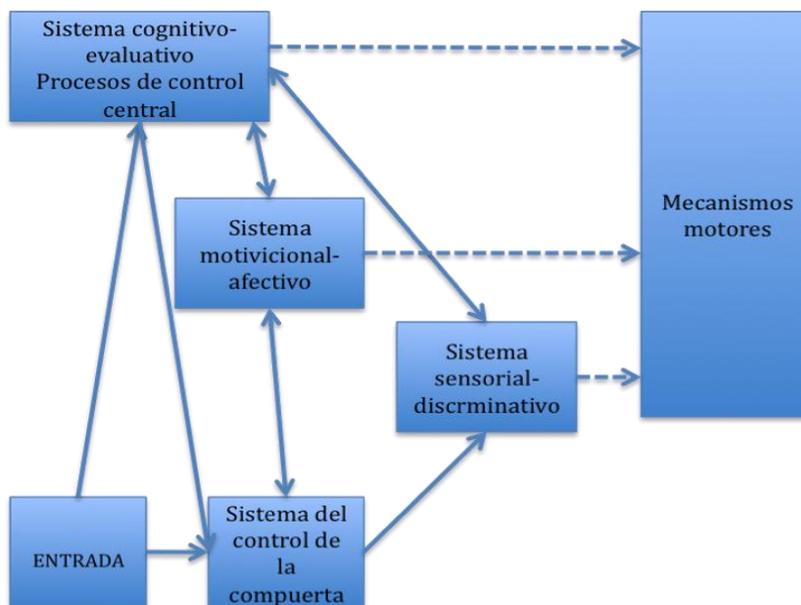


Fig.3: Modelo multidimensional del dolor de Melzack y Casey (1968)

El segundo modelo multidimensional que se describe a continuación fue desarrollado por Loeser en 1980, inicialmente con la intención de establecer una referencia taxonómica que terminara con la confusión entre terminología en el área del dolor. La propuesta de Loeser distingue varios niveles que forman una jerarquía que asciende desde lo más simple hasta el nivel más complejo. El primer nivel es la nocicepción, seguido del dolor, luego el sufrimiento, llegando al nivel más complejo que es la conducta de dolor (Penzo, 1987).

- **Nocicepción:** se entiende como la “energía térmica o mecánica potencialmente destructiva tisular que actúa sobre las terminaciones nerviosas especializadas de las fibras A delta y C (Penzo, 1989, p.31).
- **Dolor:** hace referencia a la experiencia sensorial que provoca la percepción de la nocicepción. La relación entre nocicepción y dolor no es lineal, por lo que los cambios de una no implican unívocamente una modificación en el otro.
- **Sufrimiento:** se entiende como una respuesta negativa de tipo afectivo provocada por el dolor, la pérdida de reforzadores sociales, estrés, ansiedad, depresión etc.
- **Conducta de dolor:** Hace referencia a todo tipo de conducta que sea indicativo de la presencia de nocicepción, estas respuestas pueden ser tanto verbales como no verbales, ya sean posturas analgésicas, búsqueda de medicamentos, expresión

verbal del dolor, muecas entre otras y permite comunicar al medio externo la experiencia dolorosa.

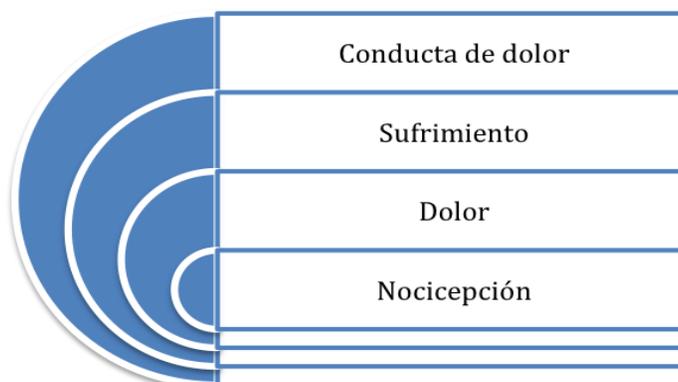


Fig.4: Niveles en la experiencia de dolor, según el modelo de Loeser (1980)

- *Modelo de la explicación de las conductas de dolor de Fordyce:*

Fordyce es uno de los primeros autores que introduce el concepto de conductas de dolor, entendiéndolas como “un conjunto de operantes definidas por su efecto social: la comunicación de un estado entendido o descrito como dolor” (Fordyce, 1976 c.p. Ruiz, 2006; c.p. Coronado y Romero, 2008); así como uno de los principales representantes del análisis experimental en el área del dolor crónico.

En su propuesta inicial la explicación es esencialmente dicotómica, y determinista. El modelo plantea la idea de que existen dos tipos de conductas de dolor, una respondiente y otra operante. La conducta de dolor respondiente es producto de un estímulo nociceptivo y la conducta de dolor operante corresponde a aquella que está influida por factores ambientales y el aprendizaje, entendiéndose por esto entre otras cosas, que las conductas de dolor que hayan sido reforzadas en el pasado, aumentarán su probabilidad de ocurrencia en el futuro, en contraste con aquellas que no fueron reforzadas o que fueron castigadas.

Si la conducta de dolor puede explicarse completamente por la lesión, se habla de dolor respondiente, pero cuando las conductas de dolor no puedan entenderse por completo en términos exclusivos de la lesión y sea necesario incorporar elementos del ambiente y factores de aprendizaje a la explicación, se habla de dolor operante (Penzo, 1987).

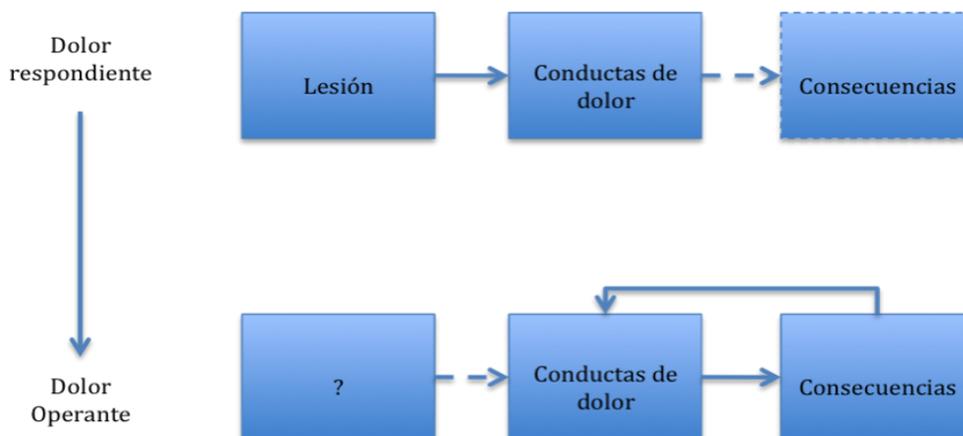


Fig.5: Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976).

- Modelo de Schoenfeld "respuestas de informe":

Dentro del análisis conductual Shoefeld (1980), planteó un modelo alternativo al de Fordyce. En el modelo de *respuestas de informe*, el autor plantea una aproximación integral, donde los estímulos lesionales van a producir una respuesta refleja o incondicionada; por otro lado la respuesta de informe o conducta de dolor es cualquiera que tenga una relación de probabilidad con la anterior. La respuesta de informe siempre va a estar mediada y va a depender también del contexto y situación social en la que ocurre además del entrenamiento social (Penzo, 1989).

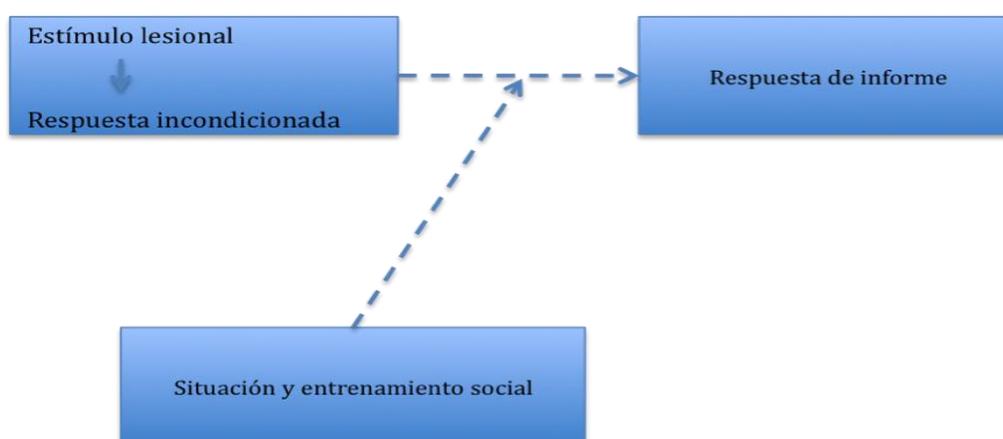


Fig.6: Explicación de las conductas de dolor (respuestas de informe) según Schoenfeld (1980)

2.5.2.2 Las conductas de Dolor.

Siguiendo la exposición anterior, el pionero en cuanto al uso e introducción de la expresión “conductas de dolor” en la terminología empleada dentro del ámbito clínico y del tratamiento del dolor, fue Wilbert E. Fordyce (1976), en cuyos términos “las conductas de dolor son un conjunto de operantes definidos por su efecto social: la comunicación de un estado, entendido o descrito como dolor” (Penzo, 1989). Por su parte Schoenfeld (1980), refiriéndose al dolor y más específicamente a su manifestación individual, lo conceptualiza como: “una respuesta verbal socialmente aprendida” y establece como “estímulos dolorosos” aquellos ante los cuales el individuo reporta dolor y actúa como si lo experimentara. En este orden de ideas señala que “el entrenamiento social de una persona determinará como percibe, siente y reporta el dolor” (Penzo, 1989).

Tomando en consideración los puntos de vista de los autores previamente mencionados, así como la dimensión fisiológica del dolor, una conceptualización integral entendería las conductas de dolor como: “cualquier procedimiento observable mediante el cual el sujeto informa a las personas que están su alrededor, que se encuentra bajo esa experiencia perceptiva” (Vallejo, 2005). Se entienden entonces, como un conjunto de comportamientos socialmente significativos e interpretados como indicación o señal de lo que le sucede a quien los emite, tratándose en este caso de dolor.

Hablar de conductas de dolor, trae consigo dos implicaciones importantes que permiten su conceptualización como fenómeno de estudio desde la psicología. En primer lugar, se les considera “aprendidas” en contraposición a “reflejas”, y en segundo lugar, se alude a ellas como “conductas observables” en lugar de conjuntos de síntomas (Penzo, 1989). Bajo la designación “conductas de dolor” se incluirían no sólo las quejas verbales o no verbales del individuo, sino también la solicitud de analgésicos o cuidados de cualquier tipo y la realización de actividades consecuentes con el dolor (Vallejo, 2005).

Las conductas de dolor pueden adoptar diversas y muy dispares configuraciones, pudiéndose clasificar en diferentes categorías. La primera de ellas corresponde a las *conductas de dolor verbales* y alude a la manifestación de quejas como de informaciones específicas. Otras modalidades de conductas de dolor, consisten en el consumo de medicamentos, las maniobras analgésicas o la adopción de posturas destinadas a la reducción del dolor, los cambios o las pausas en las actividades que se realizan, el reposo y

determinados tipos de movimientos, por ejemplo “protectivos” o “rígidos”, ciertas expresiones faciales y verbalizaciones alusivas al dolor (Penzo, 1989; Ruiz, 2006).

Las condiciones que propician su adquisición son de naturaleza diversa y esta diversidad hace que en cada persona, según su historia de aprendizaje particular, se configure un repertorio peculiar e idiosincrático de conductas de dolor. No obstante, los autores señalan que algunas pueden ser aprendidas a través de la *enseñanza directa*, como es el caso de las verbales, otras a partir de *maniobras analgésicas reflejas* (movimientos protectivos, inmovilidad), otras por medio de la *imitación o la instrucción* (ingestión de medicamentos) y finalmente, otras *por sus efectos en términos de evitación* (reposo) (Penzo, 1989).

Las conductas de dolor guardan diferencias cualitativas, que desde el punto de vista metodológico, dificultan darles un tratamiento en bloque; sin embargo, poseen una propiedad en común que consiste en su función informativa y en el hecho de que son percibidas como tales por las personas que acompañan a los pacientes, y que a su vez responden a ellas de manera previsible y estableciendo discriminaciones muy ajustadas. De aquí se desprende la necesidad de estudiarlas por separado y de acuerdo con métodos muy precisos, sensibles y objetivos (Penzo, 1989).

Para finalizar, la afirmación de que “el dolor es algo subjetivo”, destaca como fuente de evidencia la información proveniente de las conductas de dolor expresadas por el paciente. Bien sea bajo la denominación de “Conductas de Dolor” o entendiéndolas como “Síntomas”, todo profesional de la clínica en el ámbito del dolor, materializa su objeto y se basa en estos repertorios (Penzo, 1989).

2.5.2.3 Factores psicológicos explicativos de las conductas de dolor.

La manifestación conductual del dolor, surge como el resultado de una interacción compleja y dinámica de diversas variables biológicas y psicológicas del individuo, entre las que destacan: las sensaciones, emociones, cogniciones, motivaciones y conductas, siendo estas últimas dadas a través del aprendizaje adquirido en situaciones similares en el pasado del sujeto (Baldo y cols, 1998).

Desde esta perspectiva, el dolor puede evolucionar hasta configurarse como crónico cuando las conductas de dolor son reforzadas positivamente (obtención de más atención de

la familia, obtención de certificados médicos, evitación de relaciones sexuales, etc.) mientras que las conductas adaptativas se someten a procedimientos de extinción (Ruiz, 2006). Es así como en la configuración del fenómeno conocido como dolor, intervienen variables biológicas o fisiológicas, variables afectivas y motivacionales, variables cognitivas o evaluativas y las contingencias de reforzamiento, que pueden insertarse dentro de paradigmas de condicionamiento clásico o de condicionamiento operante (Ruiz, 2006).

- *Condicionamiento clásico:*

Como se ha indicado previamente, el dolor y las conductas de dolor que manifiestan los pacientes dependen no sólo de las características de la lesión física (lesión que puede no estar presente) sino también de diversos factores de aprendizaje y condicionamiento. De esta manera, los estímulos internos y/o externos que se asocian con la experiencia de dolor pueden adquirir la propiedad de desencadenar las conductas de dolor. Las conductas de dolor y la experiencia de dolor como tal, se transforman en *respuestas condicionadas ante estímulos condicionados* (el contexto o situación estimular) que adquieren por asociación con los *estímulos incondicionados* dolorosos, el poder para elicitar tales respuestas de dolor (Díaz-Sibaja, Martín y Díaz-García, 2001).

Teóricamente cualquier estímulo ambiental puede llegar a constituirse como estímulo condicionado; no obstante, cuanto más relevante sea el estímulo para la persona en cuestión, más eficaz será el condicionamiento de la respuesta de dolor. De esta forma aquellos estímulos que se asocian con un incremento en la percepción del dolor adquirirán fácilmente la capacidad de desencadenar las respuestas de dolor (Díaz-Sibaja, Martín y Díaz-García, 2001).

- *Condicionamiento operante:*

Fordyce (1978), señaló como a través del condicionamiento operante, las conductas de dolor pueden ser reforzadas positiva (compasión, atención selectiva de la familia) o negativamente (evitación de actividades físicas, eludir responsabilidades o problemas) hasta configurar un repertorio conductual centrado en el dolor e incapacitando al sujeto cada vez más, con un deterioro de las relaciones sociales y una inactividad y aislamiento perjudiciales (Rodríguez, Cano y Picabia, 2000).

Este mismo autor postuló la utilidad de los principios del condicionamiento operante, en la explicación de las conductas de los pacientes con dolor crónico. En este sentido, describe dos tipos de paradigmas importantes en cuanto a la adquisición y mantenimiento de la conducta de dolor, así como también para el caso de las conductas de salud adaptadas; a saber: reforzamiento positivo y reforzamiento negativo (Díaz-Sibaja, Martín y Díaz-García, 2001).

- *Reforzamiento positivo:* Aquellos pacientes que reciben atención, simpatía y cuidados por parte de otras personas ante las quejas de dolor tenderán a quejarse de nuevo en el futuro, debido a que son reforzados positivamente (socialmente) por su conducta (Díaz-Sibaja, Martín y Díaz-García, 2001).
- *Reforzamiento negativo:* Si un paciente logra disminuir su dolor al acostarse en la cama o mantener reposo, esa conducta quedará reforzada negativamente, ya que será efectiva en la disminución o supresión del dolor. Asimismo, si posterior a la toma de un analgésico se disminuye o elimina el dolor, la conducta de ingestión de fármacos quedará reforzada negativamente y aumentará su probabilidad futura de aparición, bajo condiciones estímulares y contextuales similares (Díaz-Sibaja, Martín y Díaz-García, 2001).

Finalmente para Fordyce (1978), los procedimientos de castigo y extinción cobran relevancia al contribuir en la reducción o supresión de la conducta adaptativa, incompatible en relación con la manifestación de dolor. En este sentido, el funcionamiento social de un paciente puede verse afectado, si es juzgado o **castigado** por sus familiares luego de salir de la casa con amigos, o bien puede ser sometido a **extinción**, si después de ser positivamente reforzado periódicamente pasa a constituirse como un evento inocuo dentro de este mismo sistema de relaciones (Díaz-Sibaja, Martín y Díaz-García, 2001).

2.5.3 Evaluación del dolor.

2.5.3.1 Aspectos conceptuales en la cuantificación del dolor en la clínica:

La evaluación del dolor ha sido atacada desde el punto de vista conceptual desde dos flancos; por un lado se ha cuestionado la validez de la cuantificación del dolor a través de la intensidad como dato único y por otro lado, se ha cuestionado la posibilidad de medición del dolor como evento privado y único que presenta características particulares en cada paciente.

A pesar de las barreras tanto conceptuales como metodológicas que existen en la medición del dolor, se han orientado los esfuerzos a obtener datos que permitan comprender el fenómeno y realizar estimaciones que faciliten el tratamiento, llevando a los especialistas en el área de plantear diversos procedimientos de evaluación.

La relevancia de la información obtenida a través de los diferentes métodos de evaluación del dolor va a depender de la finalidad de la evaluación, la finalidad de la evaluación en este caso se va conformar a partir de las necesidades clínicas. (Penzo, 1989)

La evaluación se realiza para satisfacer una serie de necesidades que se pueden resumir en los siguientes puntos (Penzo, 1989):

1. Permitir un diagnóstico, orientar un tratamiento y formular los objetivos del mismo.
2. Tomar decisiones respecto a qué tipo de pacientes pueden resultar beneficiados de un determinado programa terapéutico o de rehabilitación.
3. Proporcionar información sobre los cambios producidos por el tratamiento, reflejándolos de forma fiable y sensible y haciendo posible determinar la eficacia terapéutica y su evaluación en términos de los costes (eficiencia).

2.5.3.2 Procedimientos de evaluación.

A continuación se realizará una breve descripción de los métodos más comunes para recabar información acerca del dolor en el ámbito clínico. Penzo (1989) menciona una serie de principios básicos que se aplican a todos los tipos de medición del dolor, entre estos se pueden mencionar: la importancia de evaluar el fenómeno tomando en consideración varios aspectos, evitando asumir que existe una correspondencia perfecta entre procedimientos y contenidos; por otro lado debe evaluarse detalladamente la pertinencia del procedimiento y tipos de medición a realizar; por otro lado si bien es importante no realizar mediciones rutinarias, un criterio importante de selección de los procedimientos hace referencia a la comodidad de su uso a lo largo del tiempo; otra característica que debería tener cualquier procedimiento de evaluación de dolor es una composición que en vez de entorpecer la recogida de información, ayude al paciente a verbalizar la información relevante; es también necesario y conveniente cruzar la información facilitada por el paciente con la información proporcionada por familiares y otros seres queridos para tener una visión más completa del fenómeno, en ausencia de observaciones directas; otro principio se refiere

al rol que juega la inferencia en los procedimientos de evaluación, es decir a pesar de que siempre va a existir un mínimo de inferencia en este caso, esta debería estar basada en la definición previa de categorías observadas; por otro lado es importante tomar en consideración la posible reactividad, es decir el cambio en el comportamiento producto de la observación cuando se realiza la evaluación como tal.

2.5.3.3 Procedimientos psicológicos de evaluación del dolor crónico.

2.5.3.3.1 Procedimientos de Autoinforme:

Los procedimientos de autoinforme permiten que el paciente de manera oral y/o escrita facilite información que ayude a conocer y describir el fenómeno. Una particularidad de este procedimiento, es que regularmente los autoinformes se realizan en un momento y contexto distinto a cuando y donde se produjo el fenómeno que se busca describir, que en el caso que nos concierne es el dolor. Esta es una de las diferencias más notables que presentan los procedimientos de autoinforme con los autorregistros, donde usualmente mientras los primeros reúnen datos que el paciente reconstruye en base a su opinión y recuerdo del hecho, los segundos se realizan por el paciente más o menos de manera inmediata después de ocurrido el hecho que se desea registrar.

En el área de estudio del dolor, cuando se desea evaluar el dolor a través de autoinformes, existen fundamentalmente cuatro procedimientos a realizar: los especialistas pueden hacer uso de la entrevista directa con el paciente, las estimaciones cuantitativas del dolor, las estimaciones cualitativas y los cuestionarios escritos. Cada uno de estos procedimientos no debe utilizarse de manera exclusiva, y generalmente en la clínica, en base a las necesidades y objetivos de la evaluación se puede echar mano de varios de estos grupos de procedimientos.

- *La entrevista (historia clínica):*

La entrevista o la historia clínica, como su nombre lo aproxima, permite al especialista en dolor, familiarizarse con el caso ya sea a través de una entrevista abierta como incluso a través de protocolos semiestructurados que buscan recabar información más específica sobre las dimensiones y características del dolor. Los protocolos para recabar información acerca del dolor, pueden explorar desde las características del dolor, las influencias sobre el dolor en movimientos, posiciones y cambios en estos etc.; los tipos de

medicación y medidas analgésicas que se adoptaron como parte del tratamiento; las intervenciones quirúrgicas relacionadas con el dolor; hasta la influencia del dolor sobre diversas áreas, como sueño, vida en pareja y sexualidad, estado emocional, trabajo y relaciones sociales etc., no dejando de explorar las expectativas y objetivos de tratamiento.

- *Estimaciones cuantitativas del dolor:*

Las estimaciones cuantitativas en el dolor se realizan fundamentalmente para que el paciente dé una aproximación numérica de la intensidad de su dolor. Estas estimaciones de la intensidad de dolor percibida pueden ser producidas (ya sea decir o escribir un número o adjetivo) por el paciente o pueden ser de reconocimiento, donde el clínico le brinda al paciente un estímulo a identificar (ya sea un color, un adjetivo, un número o una longitud determinada) y la respuesta que dé el paciente se toma como una magnitud representativa del dolor. Las escalas verbales o descriptivas simples, las escalas numéricas, las escalas análogas visuales y las escalas gráficas son utilizadas comúnmente para realizar estimaciones cuantitativas del dolor.

Escalas verbales o descriptivas simples: Consisten en palabras ordenadas de manera creciente o decreciente, pueden ser adverbios (nada, poco, bastante, mucho etc.) o adjetivos (ausente, ligero, moderado, atroz, insoportable) o combinaciones de ambos.

Las escalas numéricas: requieren que el paciente realice una estimación de su dolor, seleccionando un número de 0 a n , donde n generalmente es 10 puntos o 100 puntos, y donde cero equivale generalmente a ausencia de dolor y la puntuación más elevada ya sea 10 o 100 equivale a diversas y heterogéneas expresiones verbales de dolor que intentan representar la máxima intensidad de dolor.

La escala visual analógica: En este tipo de escalas se estima la intensidad del dolor trazando una marca en un segmento de 10 centímetros, calificando los extremos del segmento con nombres muy similares a los que se usan normalmente en las escalas numéricas. “se considera a la longitud del segmento como una representación del continuo de alguna experiencia” (Huskisson, 1983; c.p. Penzo, 1987, p.99)

Las escalas gráficas son escalas analógicas visuales en las cuales se coloca a lo largo del segmento números o descriptivos distribuidos de manera uniforme para facilitarle la comprensión al paciente.

- *Estimaciones Cualitativas:*

Dentro de las estimaciones cualitativas de dolor, sin lugar a dudas la más difundida es el cuestionario de dolor de McGill desarrollado por Melzack y Torgerson, en la Universidad de McGill en 1971. Estas escalas según Penzo (1987) se fundamentan en la suposición de que "(...) los pacientes describen sus dolores de una forma muy característica. De tal suerte que, muchas de estas descripciones han llegado a adquirir valor patognomónico" (Penzo, 1987, p.104) sin embargo muy a pesar de toda la información recabada al respecto durante años de investigación, normalmente los especialistas en el dolor prefieren aún el dato cuantitativo siendo la intensidad la dimensión generalmente evaluada a expensas de que no es el dato más válido. (Penzo, 1987). El cuestionario de dolor de McGill, consiste en 78 adjetivos, reunidos en 20 grupos, en los que hay de dos a seis términos ordenados en orden de intensidad creciente.

- *Cuestionarios escritos:*

Los cuestionarios escritos son la forma más económica de medir el dolor y hallan su justificación en la comodidad de su aplicación y la uniformidad en como están formulados los ítems, que en sí, usualmente están estandarizados y han sido probablemente producto de un arduo proceso de construcción y selección. Estos cuestionarios deben ser formulados y sometidos a los mismos procedimientos de validación que cualquier otro cuestionario, y deben cumplir con diversos requisitos psicométricos. En sí buscan recabar información como cualquier otro procedimiento de autoinforme y surgen precisamente para sistematizar la información que se pregunta y usualmente se recoge durante la entrevista clínica.

2.5.4 Dolor orofacial.

Un gran número de condiciones patológicas crónicas que afectan la región orofacial están asociadas a un dolor persistente y debilitante, el mismo que constituye la razón más importante por la cual los pacientes adultos consultan por tratamiento (Dinatale, 2003). Generalmente es tratado por los odontólogos, salvo situaciones puntuales que ameritan el tratamiento en una unidad de dolor (González, 1997).

Dentro de la conceptualización del dolor como evento multifactorial, se describe el *Dolor Orofacial* como un fenómeno perceptual complejo de naturaleza multidimensional,

modulado por factores neurofisiológicos y psicosociales (López-Valverde, s.f., clasificación del dolor orofacial, 1).

Desde el punto de vista neurofisiológico, la inervación sensitiva orofacial procede fundamentalmente del V par craneal o *nervio trigémino*, aunque también coadyuvan el VII par o *nervio facial*, el IX par o *nervio glossofaríngeo*, el X par o *nervio vago* y el *plexo cervical* (C1-C4) superficial y profundo (piel cervical y parte del cuero cabelludo) (Galego-Feal, García-Quintans, Gude-Sampedro y García-García, 1996, p. 12).

El origen del mayor número de dolores orofaciales son las piezas dentarias, tanto los estímulos térmicos como eléctricos, químicos y los cambios osmóticos pueden producir dolor dental. Se conoce que además de la causa o patología biológica, en el curso del dolor crónico orofacial intervienen factores de tipo conductual y psicosocial, en consecuencia el mismo puede ejercer efectos negativos sobre el estado psicológico, la interacción social y el desempeño diario de los individuos (González, 1997).

Dentro de la amplia gama de los dolores orofaciales, la odontalgia representa el tipo más frecuente de algia de la cavidad oral, siendo su principal causa la caries dental. Es una condición con alta prevalencia en la población general y constituye uno de los principales motivos de consulta de los pacientes odontológicos (Acosta, 2002 ¶1).

Se describe como un dolor de tipo somático profundo (o visceral) con un umbral de estimulación elevado, que no guarda relación gradual con la intensidad de la lesión, y por ello presenta una variedad de efectos excitatorios centrales que incluyen: dolor referido, efectos autónomos y la inducción de espasmos y puntos desencadenantes en músculos inervados por el nervio trigémino. Además se refiere como malestar o sensación “dolorosa, indiferenciada y opresiva que, en ocasiones, es pulsátil, ardorosa o quemante”; pudiendo también acompañarse de dolor punzante momentáneo. Con frecuencia, al paciente se le dificulta identificar el órgano dentario afectado y puede señalar el dolor como proveniente de otro diente en cualquiera de las bóvedas dentales o en cara y cuello. Por lo tanto, el dolor bucofacial de origen dental puede confundirse con dolor de causas no odontológicas (Espinoza y Paredes, 2002, p. 21).

El mecanismo explicativo del dolor bucodental, señala un exceso de afluencia nociceptiva procedente de la periferia, el cual se constituye como un fenómeno físico y

psíquico que resulta de la interacción de diversos factores, entre los que destacan: el estado psicológico individual del paciente y el equilibrio de las áreas nerviosas centrales. Siguiendo esta línea, las características de una odontalgia son múltiples: desde un dolor agudo y sostenido, irradiado a la cara, occipucio y craneal, hasta otro difuso, indiferenciado, localizado en mandíbula o maxilar (Galego-Feal y cols, 1996, p. 13).

De acuerdo con Galego-Feal y cols, (1996) la *Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor*, establece las siguientes cinco categorías de dolor dental:

1. Los relacionados con defectos de esmalte y la dentina.
2. Los originados en la pulpa dental (pulpitis).
3. Los originados en áreas vecinas al diente (periodontitis).
4. El síndrome del diente roto.
5. Aquellos dolores dentales no asociados a lesión dental objetivable alguna.

2.6 ANSIEDAD DENTAL Y DOLOR ODONTOLÓGICO.

“La percepción del dolor y la ansiedad son concomitantes: a medida que aumenta la ansiedad aumenta también la probabilidad de que los estímulos nocivos, y aún los no nocivos, se manifiesten mediante la respuesta de dolor” (Hoyos, López y Tobón, 2004). En este contexto, diversos hallazgos empíricos y clínicos sugieren que muchos de los procedimientos llevados a cabo por los odontólogos y destinados al mantenimiento de la salud oral, son dolorosos y resultan desagradables para los pacientes que acuden a este tipo de especialidad médica (Neish, Sullivan y Tripp, 1998).

El dolor dental *odontalgia*, constituye un cuadro clínico común que generalmente se diagnostica y maneja rápidamente sin complicaciones; pero en los casos en que se presenta acompañado por el componente ansiógeno, puede llegar a convertirse en una tarea desafiante y frustrante para el profesional de la salud oral. Al respecto, algunos autores (Hoyos, López y Tobón, 2004), plantean que la ansiedad ejerce un efecto retro-alimentador positivo del dolor, explicando que la misma tiende no sólo a mantenerlo, sino también a incrementarlo; pudiendo propiciar la emergencia de un círculo vicioso que podría mantenerse en el tiempo y evolucionar de manera tal, que aun cuando la causa del dolor sea aislada y suprimida, el mismo persista y tienda a la cronicidad.

Numerosas investigaciones han demostrado el componente afectivo de la ansiedad, se encuentra estrechamente vinculado con las experiencias de dolor en los pacientes en el consultorio odontológico. Así como también, que la preexistencia de estados afectivos, pueden intervenir modulando (bien sea, disminuyendo o incrementando) el umbral para la percepción del dolor durante una intervención de naturaleza odontológica; siendo, la ansiedad, la depresión, la ira, la frustración y la tristeza, los estados afectivos que por excelencia pueden exacerbar la experiencia de dolor (García, Gómez y González, 1997).

Davey (1989), como pionero en el estudio de la ansiedad dental y su relación con el dolor, encontró que de aquellas personas que reportaron “haber estado siempre ansiosas por los tratamientos de cuidado y mantenimiento de la salud oral”, el 93% señaló al menos una experiencia de tratamiento dolorosa, mientras que el 70% identificó experiencias dolorosas múltiples; en contraste con los participantes que reportaron “no haber estado nunca ansiosos por los tratamientos de cuidado y mantenimiento de la salud oral”, identificando un 60% de ellos al menos una experiencia de tratamiento dolorosa y sólo el 7% aludiendo experiencias dolorosas múltiples (c.p. Biggs, Kelly y Toney, 2003).

De acuerdo con los reportes anecdóticos extraídos de la práctica clínica, una gran parte de los pacientes odontológicos considera la situación de tratamiento e higiene dental como “una experiencia físicamente dolorosa y psicológicamente estresante”; siendo en este contexto, el dolor y la expectativa del dolor ante la situación de consulta odontológica, las principales razones por las cuales algunas personas evitan asistir y/o someterse a tratamiento dental (Neish, Sullivan y Tripp, 1998).

Siguiendo esta línea, el “miedo a experimentar dolor” ha sido identificado como la causa primaria de la ansiedad dental (Biggs, Kelly y Toney, 2003). Al respecto, resultados provenientes de diversas investigaciones sugieren que los procedimientos odontológicos que con frecuencia se asocian a experiencias dolorosas en los pacientes, pueden ser agrupados en la categoría “experiencias de salud oral más dolorosas”, e incluyen: procedimientos de taladrado, extracción de piezas dentales, inyecciones, ajuste de brackets y el manejo brusco por parte del odontólogo.

Vinaccia, Bedoya y Valencia, (1998) además agregan que este tipo particular de miedo se halla motivado por múltiples factores, entre los que destaca: el temor al daño físico, los ruidos propios del contexto odontológico, los procedimientos dentales, los instrumentos

empleados por el especialista así como su desempeño, el sonido y la sensación del taladro del odontólogo dentro de la boca, la postura “inmóvil” que debe asumir el paciente, las jeringas e inyecciones de anestesia, los olores del consultorio y la visualización de la sangre; entre otros. Mientras que en estudios más recientes destaca el riesgo de infección (VIH/ETS) durante procedimientos de higiene y salud oral, como una de las principales preocupaciones de los pacientes que asisten a consulta y requieren tratamiento odontológico (Neish, Sullivan y Tripp, 1998; Biggs, Kelly y Toney, 2003).

Para finalizar, la ansiedad y el miedo ante situaciones de atención y tratamiento dental, han sido documentados como factores que se observan frecuentemente tanto en poblaciones infantiles, como adultas, y que obstaculizan un adecuado mantenimiento de la salud oral, pudiendo incluso acarrear la evitación total de la consulta odontológica y consecuentemente la identificación y tratamiento tardío de patologías orales de diversa índole (Fernández y Rivera, 2005; Vinaccia, Bedoya y Valencia, 1998).

2.7 ANSIEDAD DENTAL Y COGNICIÓN.

De acuerdo con la teoría cognitiva, la conducta y sus consecuencias están determinadas por la manera como cada individuo percibe, interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores (Dabah, Minici y Rivadeneria, s.f.). Aaron Beck desde una postura más aplicada (1981) sostiene que: “la cognición puede entenderse como la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados”; enfatizando además, que las situaciones por sí mismas no producen malestar directamente, sino sus interpretaciones subjetivas (Cano Sánchez y Ruiz Sánchez, s.f.).

El mismo autor postula la existencia de una estrecha relación entre los pensamientos, las emociones y los sentimientos de las personas, la cual mediatiza su actuación ante una situación específica, el comportamiento de otros y/o los propios síntomas que experimentan. Asimismo plantea que esta relación entre cognición, afecto y conducta no es arbitraria, sino que está mantenida por la estructura de significado de la persona, ya que de acuerdo con Beck (1976), "Los significados proporcionan riqueza a la vida, ellos transforman un simple acontecimiento en experiencia" (Cano Sánchez y Ruiz Sánchez, s.f.).

Las creencias son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos. (Beck, 1976; c.p. Calvete y Cardeñoso, 2001). Son entendidas como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan la forma de ser de cada individuo en el mundo, el modo en que evalúa las situaciones, a los otros, a si mismo, y la forma como se relaciona e interactúa con los demás; es por ellos que juegan un rol importante en los procesos de evaluación y atribución de significados en las diversas situaciones de la vida diaria, repercutiendo sobre la actitud y el comportamiento que las personas despliegan ante las mismas. Cuando las creencias que subyacen a una pauta de conducta o actitud, se desvían de los criterios de lógica, razón y objetividad, se definen como inadecuadas y se rotulan bajo la etiqueta “disfuncional”, siendo estas las que generalmente se encuentran en la base de diversos trastornos emocionales y manifestaciones conductuales inadecuadas. Según lo expuesto desde el modelo cognitivo de la ansiedad, éstas cogniciones adquieren la forma de pensamientos negativos respecto al peligro o daño potencial asociados con diferentes estímulos evocadores de miedo (Beck, 1976; c.p. Calvete y Cardeñoso, 2001).

Dentro del contexto odontológico y relacionado con la respuesta de ansiedad dental, se acuñó el término *cogniciones dentales negativas* y algunos autores (Jongh y Horst 1993), han observado que en su mayoría las creencias disfuncionales que se desarrollan en torno a la situación de consulta odontológica y los procedimientos dentales, se relacionan con el miedo y la preocupación de los pacientes por la pérdida de control y la posibilidad de desmayarse o sufrir un ataque de pánico.

Siguiendo el discurso de Livia y Manrique (2001), la respuesta de miedo frente a la atención odontológica puede tener diversos orígenes, pero en todos los casos el componente cognitivo de la ansiedad es predominante. Estos mismos autores, citando a Krochak (1993), plantean que la ansiedad dental puede provenir de:

- (1)** Una experiencia previa negativa y dolorosa que ha suscitado una respuesta condicionada de miedo,
- (2)** Una sensación de indefensión y de pérdida de control en el escenario del consultorio dental,
- (3)** Una sensación de vergüenza por el descuido dental y por el miedo al ridículo,
- (4)** Anécdotas atemorizantes de experiencias dentales negativas aprendidas vicariamente,
- (5)** Representaciones negativas de los odontólogos en los medios masivos de comunicación,
- (6)** Una sensación de despersonalización en el proceso de atención dental, intensificada por el empleo

generalizado de barreras e instrumentarias de protección (mascarillas, guantes de látex y otros protectores), y **(7)** Un miedo general a lo desconocido.

Aunado a lo anterior, los mismos autores exponen que con frecuencia en el paciente surgen pensamientos catastróficos acerca del tratamiento, tales como: el temor a “experimentar dolor intenso” o la posibilidad de resultar lastimados a través del instrumental utilizado por el odontólogo o higienista dental. Otro de los aspectos que cobra relevancia y que parece ejercer impacto en los niveles de ansiedad frente a la atención odontológica y en la frecuencia de cogniciones dentales negativas, se vincula con la capacidad o incapacidad percibida de las personas para controlar sus pensamientos negativos (Livia y Manrique, 2001).

Respecto al tópico existen diversas evidencias que demuestran por una parte que las cogniciones dentales negativas, operan como componentes significativos de la ansiedad frente al tratamiento dental; mientras que por otra, hay datos que sugieren que la frecuencia de cogniciones negativas se relaciona con los niveles de ansiedad que experimenta un paciente, esto quiere decir que los individuos con mayores niveles de ansiedad son a su vez quienes manifiestan mayor cantidad de pensamientos negativos, en contraste con aquellos cuyos niveles bajos de ansiedad refieren menos cogniciones dentales negativas (De Jongh, 1995; c.p. Livia y Manrique, 2001).

2.8 DOLOR DENTAL Y COGNICIÓN.

Dentro de la literatura especializada abundan investigaciones que describen el comportamiento de las variables cognitivas en relación con el dolor, especialmente en la categoría de dolor crónico, así como en la respuesta de los pacientes al tratamiento.

Según expone Turk (2004; c.p. Ruvalcaba y Domínguez, 2009) los factores cognitivos desempeñan un papel importante en el desarrollo y permanencia del dolor crónico, e incluso se comportan como mejores predictores del dolor y la incapacidad que un individuo puede llegar a experimentar, que los mismos parámetros biomédicos. Entre los elementos cognitivos que comúnmente vienen asociados con la incapacidad que genera el dolor, su percepción y la respuesta ante el tratamiento, destacan: las ideas catastróficas que subrayan el temor a moverse o la posibilidad de lesionarse nuevamente; las creencias erróneas que el paciente maneja sobre el dolor y el significado que atribuye a sus síntomas;

las habilidades que perciben en si mismos para controlar el dolor, el impacto que éste ejerce en su vida diaria y las preocupaciones sobre el futuro. No obstante, apuntan Gatchel y cols, (2007), que de las elaboraciones cognitivas previamente mencionadas, las que ejercen mayor efecto sobre el estado de dolor, son las apreciaciones y creencias, los pensamientos catastróficos y de temor-evitación, así como el control y la autoeficacia percibida.

Los resultados de una investigación llevada a cabo por Anarte, Camacho, Esteve, López y Ramírez (2001), ponen de manifiesto el rol que cumplen las cogniciones, específicamente las creencias en la modulación del dolor en pacientes con dolor crónico. Estos autores llevaron a cabo una evaluación de las creencias de catastrofismo, indefensión, afrontamiento y recursos, en un grupo de pacientes con dolor funcional y dolor orgánico; logrando determinar, que al menos dentro de la muestra, las variables cognitivas relacionadas con las autoafirmaciones de catastrofismo y las creencias de indefensión, son las que realizan un mayor aporte en cuanto a la percepción del dolor. De la misma manera, encontraron diferencias entre las autoafirmaciones que utilizan los pacientes de acuerdo con el tipo de dolor; en este sentido, señalan que los pacientes con dolor funcional suelen emplear un mayor numero de autoafirmaciones de afrontamiento, versus los pacientes con dolor orgánico que evidencian en alta frecuencia creencias de indefensión ante el dolor.

2.8.1 Catastrofización del dolor.

El concepto de catastrofización comenzó a estudiarse, tomándose como sustento la descripción de Albert Ellis que subrayaba el poder explicativo de las distorsiones cognitivas relacionadas con los pensamientos y cogniciones catastrofizadoras, sobre malestar y la psicopatología. Este concepto ha sido ampliamente estudiado en relación con la depresión y la ansiedad, sin embargo no se tiende a asumir que los procesos que subyacen a la catastrofización en estos casos, sean los mismos que operan en el caso del dolor (Coronado y Romero, 2008).

La catastrofización en relación con el dolor se entiende como “un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico. Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo” (Campayo, y Rodero, 2009, p.9). Otros autores como Turk y Monarch (2002) definen la catastrofización como “autoafirmaciones, pensamientos e imágenes que anticipan consecuencias negativas o aspectos aversivos de

una experiencia o malinterpretan la consecuencia de un evento como extremadamente negativa” (c.p. Coronado y Romero, 2008, p.15).

Se ha manifestado la tendencia de agrupar de manera dicotómica a los individuos como catastrofizadores o no catastrofizadores, sin embargo, se ha demostrado que la catastrofización más bien es una variable continua, donde los sujetos que no sufren de dolor crónico pueden tener igualmente la tendencia a catastrofizar y las puntuaciones de catastrofización también se distribuyen normalmente en esta población. Se ha llegado a afirmar que las personas sanas sin dolor con altos puntajes de catastrofización, pueden llegar a padecer de dolor crónico con mayor facilidad y van a requerir servicios de salud relacionados con el dolor en algún momento de sus vidas. De hecho ha llegado a plantearse la hipótesis de que la catastrofización pudiera ser un rasgo de personalidad y por lo tanto un elemento más bien permanente en aquellas personas que presentan este tipo de autoafirmaciones (Campayo, y Rodero, 2009).

Las variables nocivas con las que se relaciona la catastrofización según Campayo, y Rodero, (2009) se pueden agrupar de la siguiente manera (p.10):

1. **Mayor intensidad del dolor:** ocurre tanto en sujetos sanos como en pacientes con dolor neuropático, artritis, fibromialgia y esclerodermia. Esta asociación persiste incluso después de controlar el nivel de depresión, ansiedad o neuroticismo.
2. **Mayor sensibilidad al dolor:** el catastrofismo muestra una asociación positiva con el número de puntos gatillo en la fibromialgia, pero también en otros trastornos musculoesqueléticos, como artritis reumatoide y osteoartritis.
3. **Mayor incapacidad reflejada tanto con autorregistros como con indicadores objetivos, como la reincorporación laboral:** se ha demostrado que el catastrofismo predice la incapacidad incluso después de haber controlado la intensidad del dolor.
4. **Depresión:** se ha documentado una asociación positiva entre el catastrofismo y los síntomas depresivos en fibromialgia y en otras patologías. Los sujetos con mayores niveles de catastrofismo son los que presentan un mayor riesgo de suicidio.

La catastrofización y las creencias de temor-evitación según Pavlin, Sullivan, Freund y Roesen (2005), “se refieren a una orientación exageradamente negativa hacia la experiencia de dolor actual o anticipada”. (c.p. Alapsa, 2009, p.249) Estos mismos autores reportan hallazgos que sugieren que la catastrofización ha sido relacionada con el aumento

de dolor y una recuperación postoperatoria lenta (ALAPSA, 2009). En líneas generales pareciera existir una relación entre los pensamientos centrados en la catastrofización y el dolor, ya que el estilo de afrontamiento de los pacientes dolorosos respecto a su dolor puede facilitar o enlentecer su recuperación, su calidad de vida, sus relaciones interpersonales, etc. En palabras de Sullivan y cols, (2001):

“(...) el catastrofismo puede contribuir a que una experiencia de dolor sea más intensa, aumentando el foco atencional en el dolor y/o aumentando la respuesta emocional ante los estímulos nocivos. Además, ese catastrofismo puede surgir como recurso de afrontamiento ante las emociones negativas causadas por el dolor crónico con la intención de reclutar apoyo social” (c.p. Ortega, Olmedilla, Boladeras, Abenza y cols, 2008)

2.9 ANSIEDAD DENTAL, DOLOR DENTAL Y COGNICIÓN.

Gallego y García (2008), plantean que “las personas ansiosas tienden a sobreestimar la anticipación al dolor”; explican que se trata de pacientes que constituyen grupos de riesgo, en cuanto al inicio y mantenimiento del círculo vicioso, dónde el miedo, la ansiedad y la inasistencia a consultas, se manifiestan como elementos importantes en el mantenimiento de la conducta evitativa. Asimismo señalan que estas personas muestran un patrón de asistencia reiterada a los servicios de emergencia, cuando la situación excede sus capacidades (“el dolor se torna insoportable”), pudiendo manifestar a su vez, un patrón de ingesta de medicinas (donde destacan los antibióticos y analgésicos), con el propósito de suprimir la causa del dolor.

Insertándose dentro del planteamiento previo, algunos autores del campo de la odontología exponen 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”. Por otra parte, el miedo al dentista puede llegar a constituir un círculo vicioso 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 (Rodríguez-Vásquez, Rubiños-López, Varela-Centelles, Blanco-Otero, Varela-Otero y Varela-Centelles, 2008).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud bucodental se encuentra estrechamente relacionada con la salud y el bienestar general del organismo, todas las afecciones de la cavidad bucal repercuten negativamente sobre el funcionamiento de éste, incrementando algunos factores de riesgo para contraer enfermedades sistémicas (Carranza y Estrada, 2010; Consejo Ejecutivo OMS, 2006). Las afecciones bucodentales constituyen un grave problema de salud pública, cuyos efectos en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida "son considerables y costosos" (Petersen y cols, 2005).

La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones más comúnmente temidas, estando centrado el principal temor de los pacientes que acuden a consulta odontológica en las actuaciones terapéuticas que podrían producir o facilitar el daño físico. Dada su prevalencia, es posible estimar que los pacientes con esta condición eviten o posterguen las visitas al odontólogo (Cruz y cols, 2004; Caycedo y cols, 2008).

La ansiedad dental es activada por la expectativa de dolor, y esta a su vez viene dada por las experiencias previas del sujeto con la situación, donde se reconstruye el evento y se puede llegar a sobrestimar el dolor que produce el procedimiento al que este será sometido (Hmud y Walsh, 2009). Por otra parte, la anticipación de la situación ansiógena, puede contribuir en la configuración de repertorios conductuales riesgosos para la salud bucodental, donde se situarían en orden de relevancia los comportamientos disruptivos o entorpecedores que aparecen durante la situación de consulta odontológica o tratamiento dental (cerrar la boca, mover la cabeza, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar), y los comportamientos relacionados con su evitación (postergación en la solicitud de consulta, anulación de citas, ausentismo) (Lima y Casanova, 2006).

Cuando se instaura como un cuadro severo, la ansiedad puede constituirse como un impedimento en cuanto a la búsqueda de tratamiento odontológico profesional, trayendo como consecuencia implicaciones importantes en términos de aparición y cronicidad de enfermedad dental, en lo que respecta al deterioro de la salud bucodental en general y la dentición en específico, así como a la propagación de dificultades psicosociales de índole diversa, entre las cuales destaca el deterioro funcional del paciente odontológico (Navarro y Ramírez, 1996; Caycedo y cols, 2008; Hmud y Walsh, 2009).

La alta incidencia reportada por diversos estudios ha llamado la atención de psicólogos y odontólogos, especialmente por las consecuencias directas que recaen sobre la salud oral y en el bienestar de los pacientes (Caycedo y cols, 2008). Diversos autores conciben la ansiedad dental como una problemática actual que demanda la producción de investigaciones novedosas, orientadas no sólo a profundizar la exploración y descripción de variables que intervengan e interactúen para dar lugar a la adquisición y mantenimiento de éste complejo patrón de comportamiento; sino también al diseño y administración de paquetes terapéuticos que faciliten su tratamiento y de igual manera contribuyan a la reducción del dolor percibido por los pacientes que reciben atención y asistencia odontológica (García, Gómez y González, 1997; Peñaranda, 2005).

Desde la dimensión psicosocial, también existen numerosas variables que debido su relación con la probabilidad de disminuir o aumentar la vulnerabilidad individual que conduzca al deterioro o fortalecimiento de la salud bucodental, cobran relevancia en el análisis y comprensión de los complejos patrones de conducta que se relacionan con la asistencia (regular o irregular) a la especialidad odontológica. Estas variables comprenden: la edad, la experiencia e historia clínica de caries dental y enfermedades periodontales, las pautas de alimentación, los hábitos de higiene bucodental, la presencia de hábitos relacionados con el consumo de sustancias (alcohol, cigarrillo) y la deformación de la dentadura (onicofagia, queilofagia, bruxismo, succión digital, respiración bucal y deglución atípica), además del nivel de instrucción, las políticas de salud pública y las pautas culturales que fomenten la salud bucodental (Lima, Rivero y Pérez, 2007).

Debido a que la ansiedad y el dolor constituyen las principales razones por las cuales los pacientes abandonan o evitan la consulta odontológica, y que los estados de ansiedad facilitan o potencian la percepción dolorosa individual, asociándose con el deterioro de la salud bucodental y favoreciendo el reforzamiento de las creencias catastrofizadoras de la situación de consulta; la siguiente investigación se plantea como propósito realizar una exploración y descripción de las variables psicosociales y cognitivas, que pueden intervenir y guardar relación con la aparición de la respuesta de ansiedad dental y la percepción del dolor dental, en pacientes que asisten regularmente a la especialidad de odontología general, que a grosso modo comprende los procedimientos relacionados con el blanqueamiento dental, la cirugía oral y máxilofacial, la endodoncia, periodoncia, ortodoncia y con la educación en salud oral.

La presente investigación constituye un esfuerzo en el intento de abordar el estudio de la interacción de los factores psicosociales, entendiéndolos como factores protectores y factores de riesgo en salud dental, los factores cognitivos entendidos como las creencias asociadas con la consulta odontológica, la ansiedad dental y la percepción del dolor dental, que reportan los pacientes que acuden a esta especialidad del área de la salud. Específicamente se pretende hacer un aporte desde la psicología clínica, al estudio y comprensión de los factores psicológicos que pueden operar en la situación de consulta odontológica, partiendo de la obtención de información pertinente que permita describir y caracterizar este complejo patrón de comportamiento en un grupo de pacientes odontológicos de la localidad capitalina.

En este orden de ideas, surge el siguiente cuestionamiento: **¿Cómo interactúan las creencias en relación con la consulta odontológica, los factores de riesgo en salud dental, la respuesta de ansiedad dental y la percepción de dolor dental de los pacientes que asisten regularmente a consulta odontológica en centros asistenciales públicos y privados del Distrito Capital?**

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir la relación entre los factores protectores y factores de riesgo en salud dental y las creencias en relación con la consulta odontológica, en la aparición de la respuesta de ansiedad ante la situación de consulta odontológica y la percepción de dolor dental, en pacientes odontológicos del Distrito Capital.

Objetivos Específicos:

- Describir la interacción de los factores protectores y factores de riesgo en salud dental con la aparición de la respuesta de ansiedad dental en pacientes odontológicos de instituciones públicas y privadas del Distrito Capital.
- Describir la interacción de los factores protectores y factores de riesgo en salud dental con la aparición de la respuesta de dolor dental, en pacientes odontológicos de instituciones públicas y privadas del Distrito Capital.

- Describir la interacción de las creencias en relación con la consulta odontológica con la aparición de la respuesta de ansiedad dental, en pacientes odontológicos de instituciones públicas y privadas del Distrito Capital.
- Describir la interacción de las creencias en relación con la consulta odontológica con la aparición de la respuesta de dolor dental, en pacientes odontológicos de instituciones públicas y privadas del Distrito Capital.
- Describir la interacción de la respuesta de ansiedad dental con la percepción de dolor dental, en pacientes odontológicos de instituciones públicas y privadas del Distrito Capital.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO.

3.1 Análisis de las variables.

3.1.1 Variable 1: ansiedad asociada a las situaciones de consulta odontológica (Ansiedad Dental).

Definición Conceptual: La ansiedad dental puede entenderse como un patrón de conducta complejo asociado a una activación fisiológica, que puede producirse tanto ante estímulos internos cognitivos y somáticos, como ante estímulos ambientales o externos y que puede presentarse antes y/o durante el procedimiento odontológico (Márquez y cols, 2004).

Definición Operacional: Será entendida como la preocupación relacionada con la anticipación de amenaza ante la situación de consulta y asistencia odontológica; se estimará a partir de la puntuación obtenida por cada participante en la escala de ansiedad dental de Corah. El puntaje mínimo que se puede obtener es de 4 puntos y el máximo de 20. Rangos desde 9 y hasta 12 puntos señalan ansiedad moderada, de 13 a 14 puntos ansiedad elevada, y de 15 a 20 puntos ansiedad severa o fobia.

3.1.2 Variable 2: percepción del dolor.

Definición Conceptual: Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular potencial o actual, describiéndose en términos de este daño y siendo además necesaria una sensación en alguna parte o partes del cuerpo (Encyclopedia of Pain, 2007).

Definición Operacional: Escala visual análoga que consiste en una línea recta, de 10 cm de longitud, con las leyendas "Sin Dolor", "Dolor Moderado" y "Dolor Severo" en sus extremos y punto medio; dónde cada paciente reportará el grado de dolor que experimenta de acuerdo a su percepción individual, seleccionando y encerrando dentro de un círculo, el número de la línea, que desde el punto cero (sin dolor), hasta

el punto diez (dolor severo), mejor represente la magnitud de su experiencia sensorial.

3.1.3 Variable 3: creencias en relación con la consulta odontológica.

Definición Conceptual: Son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos. Son entendidas como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan la forma de ser de cada individuo en el mundo, el modo en que evalúa las situaciones, a los otros, a si mismo y la forma como se relaciona e interactúa con los demás (Beck, 1976; c.p. Calvete y Cardeñoso, 2001).

Definición Operacional: Serán entendidas como predisposiciones de conductas protectoras de la salud y preventivas de la enfermedad dental, estimándose a partir de la puntuación obtenida por cada participante en el cuestionario de creencias relacionadas con la consulta odontológica. El puntaje mínimo que se puede obtener es de 20 y se relaciona con creencias ajustadas, y el máximo es 100 que alude a la presencia de pensamientos de tipo catastrofizador. La puntuación de corte entre un rango y el otro es 60 puntos.

3.1.4 Variable 4: factores de riesgo en salud dental.

Definición Conceptual: Son condiciones biológicas, sociales, conductuales o ambientales que están asociadas con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (OMS, 1998).

Definición Operacional: Serán entendidos como la susceptibilidad desde el punto de vista biológico y social de contraer algún daño o enfermedad que implique el deterioro de la salud bucodental individual; se estimarán a partir de la puntuación obtenida por cada participante en el cuestionario sobre factores protectores y factores de riesgo relacionados con la salud dental. El puntaje mínimo que se puede obtener es 15 y se relaciona con riesgo bucodental elevado, y el máximo es 75 que alude a factores de protección en salud dental. La puntuación de corte entre un rango y el otro es de 45 puntos.

3.2 Variables no controladas.

- Manejo del odontólogo (Relación odontólogo-paciente).
- Procedimiento odontológico.
- Motivo de consulta.
- Características de la sala de espera: ruidos, olores y otros distractores.

3.3 Tipo de Investigación.

De acuerdo con lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2003), se trata de una investigación “no experimental”, puesto a que en lugar de llevarse a cabo una manipulación deliberada de variables, se observan los fenómenos tal y como suceden en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

En este tipo de estudios, no se construye ni se provoca intencionalmente ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes. Las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se ejerce control directo ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

3.4 Diseño.

El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. Los diseños representan el plan y la estructura de toda investigación y se conciben para responder a las preguntas de investigación planteadas y cumplir con los objetivos del estudio. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003; Kerlinger y Lee, 2001).

Se trata de una investigación de *tipo descriptivo correlacional*, donde según Hernández, Fernández y Batista (2007), se “miden, evalúan, o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (p. 102). En los estudios descriptivos se mide y recolectan datos sobre cada uno de los componentes que se busca estudiar, para describir de la manera más global las variables que forman parte del estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2007).

3.5 Tipo de diseño.

Consiste en un diseño transeccional o transversal, donde se recolectan los datos en un lapso temporal único, con el propósito de describir las variables en estudio y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2007).

Tomando como punto de partida los objetivos de la presente investigación, centrados en examinar y registrar cómo la ansiedad dental, la percepción del dolor dental, las creencias en relación con la consulta odontológica y los factores protectores y factores de riesgo en salud dental, interactúan en su entorno natural; el diseño seleccionado obedece a una naturaleza transeccional correlacional-causal, pues se orienta a la descripción de las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, y en términos correlacionales, sin precisar sentido de causalidad alguno o pretender analizar relaciones causales, para el caso aquí estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2007).

3.6 Participantes.

3.6.1 Población:

Pacientes odontológicos provenientes de centros asistenciales públicos y privados del Distrito Capital, que asisten regularmente a la consulta odontológica y se someten a diversos procedimientos de odontología general.

3.6.2 Muestra:

Cuatrocientos seis (406) pacientes seleccionados de manera intencional, que asisten regularmente a consulta odontológica y son sometidos a diversos procedimientos de odontología general; ciento noventa y nueve (199) de ellos provenientes de las especialidades odontológicas que ofrece la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela, y doscientos siete (207) pacientes procedentes de cuatro clínicas odontológicas ubicadas en diversos sectores de la ciudad de Caracas, en el Distrito Capital: Clínica Humboldt, Clínica Luis Razetti, Centro de especialidades odontológicas SIGMA dental (Grupo Odontológico Integral Tamys) y Clínica Bello Monte.

- **Criterios de inclusión de la muestra:** participantes escolarizados de ambos sexos, que asisten regularmente a consulta odontológica en instituciones públicas y privadas, mayores de 16 años que no presenten discapacidad intelectual ni cuadros instaurados de enfermedades psiquiátricas o infecto contagiosas.

3.7 Instrumentos de Medición:

1. Escala de Ansiedad Dental de Corah Traducida (EAD).

Evalúa los estados de ansiedad inherentes a la situación de consulta y procedimientos odontológicos, y consiste en una escala de tipo autoadministrable que consta de cuatro (4) ítems, con cinco (5) opciones de respuesta para cada uno. Su forma de corrección es la siguiente: **a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5 puntuación total posible = 20**, y las puntuaciones obtenidas a partir de su administración, permiten agrupar a los participantes en categorías de ansiedad que van desde el nivel moderado hasta la fobia odontológica, de la siguiente manera:

Categorías de ansiedad dental:

- **9-12** = Ansiedad Moderada pero con estresores específicos que deben ser discutidos y manejados.
- **13-14** = Ansiedad Elevada.
- **15-20** = Ansiedad Severa (o fobia).

La escala de Ansiedad Dental desarrollada por Norman Corah en el año 1969 dispone de una alta validez y confiabilidad pese a su reducido número de ítems. Diversos autores (Weinstein, 1978; Auerbach, 1978 y Weisenberg, 1979; c.p. Rojas Alcayala y Misrachi Launer, 2004) señalan que sus índices elevados de validez y confiabilidad (alpha de Cronbach= 0,86) se deben a que el cuestionario está libre de respuestas prejuiciadas, pues consideran que “el miedo al dentista” es un comportamiento socialmente aceptado, y en consecuencia argumentan que quienes responden la escala, lo hacen honestamente y no en función a la deseabilidad social.

La escala de Ansiedad Dental de Corah (EAD) en su versión castellana (Pál Hegedüs, 1987; c.p. Navarro y Ramírez, 1996), ha sido empleada para la medición de la ansiedad dental en investigaciones precedentes llevadas a cabo por estudiantes de la opción

Clínica Conductual en la Escuela de Psicología de la UCV, entre las que destacan el trabajo desarrollado por García, L. Gómez, K. y González, D. en el año 1997 y denominado: *Ansiedad y Dolor en Pacientes sometidos a Cirugía Bucal*.

2. Escala visual análogo para la medición del dolor (EVA).

La EVA es un instrumento para la medición del dolor, basado en el informe subjetivo que el paciente realiza acerca de la intensidad de la experiencia dolorosa en la que se encuentra. Se empleó una versión consistente en una línea de 10 cm. donde 0 cm. representa la categoría *sin dolor* y 10 cm. representa *dolor severo*, en la cual el paciente debe indicar la intensidad de su dolor dental en el momento previo a la situación de consulta odontológica, encerrando dentro de un círculo el número más representativo de su experiencia sensorial, de acuerdo con los siguientes criterios:

- Sin dolor
- Sin dolor a dolor moderado
- Dolor moderado
- Dolor moderado a dolor severo
- Dolor severo

La EVA actualmente es de uso universal. Se considera un método relativamente simple que ocupa poco tiempo, aun cuando requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente. Entre sus propiedades destaca la correlación elevada que suele reportar con escalas descriptivas, así como la sensibilidad y la confiabilidad en la estimación de la percepción subjetiva del dolor (Torregrosa Zuñiga, y Bugedo Tarraza, 1994).

Diversas investigaciones dentro de la línea del dolor llevadas a cabo por estudiantes de la opción Clínica Conductual en la Escuela de Psicología de la UCV, han empleado diversas modalidades de escalas visuales analógicas para el registro del informe subjetivo del dolor, entre las que destacan el trabajo desarrollado por Urquiola, J. en el año 2003, que lleva por título: *Comparar los efectos de un paquete terapéutico en pacientes con dolor crónico*.

3. Cuestionario de Variables Psicosociales y Cognitivas en Salud Dental.

- **Subescala de factores protectores y factores de riesgo en salud dental.**

La subescala de factores protectores y factores de riesgo en salud dental, evalúa la probabilidad individual de contraer algún daño o enfermedad que implique el deterioro de la salud bucodental, como el despliegue de conductas preventivas de la enfermedad, tomando en consideración la dimensión individual y la dimensión psicosocial de la protección y el riesgo.

Consiste en una escala de actitudes de tipo Likert, compuesta por quince (15) enunciados declarativos, donde el participante puede manifestar su inclinación de acuerdo con un continuum que va desde el completo desacuerdo “totalmente en desacuerdo” (TD), pasando por “en desacuerdo” (ED), “indiferente” (IND), “de acuerdo” (DA), hasta el completo acuerdo “totalmente de acuerdo” (TA).

La puntuación mínima que se puede obtener en esta escala es de 15 puntos, implicando esto una preponderancia de factores de riesgo de salud bucodental, y el puntaje máximo que se puede obtener es de 75, implicando esto por otro lado una preponderancia de factores protectores de salud dental, siendo el punto de corte entre un rango y el otro 45 puntos.

Por otra parte, comprende un cuestionario de selección simple compuesto por cinco (5) afirmaciones destinadas a la exploración de las pautas de higiene y salud dental, que los participantes deben seleccionar marcando con una equis (x) la opción de respuesta (si, no) que más se ajuste con su nivel de información respecto a esa área. La puntuación mínima que se puede obtener en el cuestionario es de 5 puntos y la puntuación máxima es de 25 puntos. Las puntuaciones bajas se relacionan con desinformación respecto al área evaluada y en consecuencia se relacionan con factores de riesgo en salud dental, mientras que las puntuaciones altas se relacionan con información respecto a las pautas de higiene y salud dental promovidas tanto por profesionales de la disciplina odontológica, como por políticas sanitarias públicas, y por lo tanto se relacionan con predisposiciones de conductas protectoras de la salud dental.

- **Subescala de creencias en relación con la consulta odontológica.**

La subescala de creencias en relación con la consulta odontológica, evalúa las predisposiciones de conducta ajustada o de conducta evitativa relacionadas con la asistencia

a la especialidad de odontología general, tomando en consideración las variables de temor, expectativa de dolor, aprensión respecto a las características contextuales de la sala de espera, de la consulta y procedimientos llevados a cabo por el especialista, como de la relación odontólogo-paciente y el trato dispensado por el profesional de la salud dental antes, durante y después de la atención.

Consiste en una escala de actitudes de tipo likert, compuesta por veinte (20) enunciados declarativos, donde el participante puede manifestar su inclinación de acuerdo con un continuum que va desde el completo desacuerdo “totalmente en desacuerdo” (TD), pasando por “en desacuerdo” (ED), “indiferente” (IND), “de acuerdo” (DA), hasta el completo acuerdo “totalmente de acuerdo” (TA).

El puntaje mínimo que se puede obtener en esta escala es de 20 puntos, implicando esto la presencia de creencias adecuadas y por otro lado el puntaje máximo que se podría obtener es de 100 puntos, implicando esto la presencia de pensamientos de tipo catastrofizador, siendo el punto de corte entre un rango y otro 60 puntos.

3.8 PROCEDIMIENTO.

El procedimiento ejecutado consta de dos fases, una inicial donde se realizó la construcción y validación de las subescalas del instrumento destinadas a la evaluación de los factores protectores y factores de riesgo en salud dental y las creencias en relación con la consulta odontológica, de los pacientes odontológicos del Distrito Capital, y posteriormente, la fase de aplicación de la batería de pruebas a la muestra bajo estudio y el análisis de los resultados.

Etapa I: Construcción y validación del Cuestionario de Variables Psicosociales y Cognitivas en Salud Dental, de los pacientes odontológicos del Distrito Capital.

Con el propósito de recabar información pertinente para el diseño, construcción y validación de la unidad de medida empleada en la presente investigación, durante el transcurso de la primera fase se llevaron a cabo tres procedimientos específicos:

- 1) Se llevó a cabo la revisión de la bibliografía especializada, como de los estudios publicados desde el área de la psicología odontológica y paralelamente se realizó la

entrevista a dos expertos de la especialidad odontológica, para posteriormente seleccionar la información adecuada y proceder a la definición de las variables en estudio, la identificación de sus dimensiones, la construcción de la tabla de especificaciones, la determinación de las categorías de los ítems y finalmente, la generación y agrupación de un extenso número de enunciados y/o afirmaciones en una versión preliminar de cada sub-escala, para ser sometida a los procesos de validación empírica y de contenido.

- 2) Se completó el proceso de validación de contenido, a través de la evaluación de expertos. Para el logro de dicho objetivo, se diseñó y entregó un formato de validación a doce profesionales (ANEXO 1) de las siguientes disciplinas: psicología, psicología de la salud, odontología y metodología de la investigación, que son considerados expertos de las variables por su experiencia con las mismas, su formación académica y su ejercicio profesional actual; su tarea consistió en evaluar cada ítem de cada sub-prueba, sobre la base de dos criterios: redacción y pertinencia.
- 3) Se llevó a cabo una valoración piloto de las escalas, en una muestra informal de la población objetivo conformada por 182 participantes, a partir de la cual se efectuó el análisis de los ítems y se calcularon las propiedades psicométricas de las mismas, mediante el uso del paquete estadístico para Windows: *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 14.0. Se realizaron las últimas correcciones formales de cada sub-escala y se obtuvo la versión final del instrumento para su aplicación en la muestra bajo estudio.

Resultados de la etapa I.

1. Validación de Contenido.

De acuerdo con Thorndike, (1970, citado en Aliaga, 2007) “por validez puede entenderse el grado en que un test mide lo que queremos medir realmente”. *La validez* se refiere a la adecuación, significado y utilidad de las inferencias específicas hechas con las puntuaciones de los tests. La validación de un test, resulta del proceso de acumulación de evidencia que sustente tales inferencias (Aliaga, 2007).

La validez de contenido, intenta garantizar que el test constituye una muestra adecuada y representativa del contenido que el mismo pretende evaluar, para ello se puede recurrir a la evaluación de los expertos, a la construcción de una tabla de especificaciones o al análisis estadístico de los ítems del instrumento (Martínez, 1996; Thorndike, 1970).

Partiendo del concepto de *Validez de Contenido* previamente expuesto (Thorndike, 1970; Martínez, 1996), y con el interés de identificar la adecuación de dos cuestionarios que se construyeron en el marco de la psicología de la salud y orientados específicamente a la población de pacientes odontológicos; la validación de contenido realizada en esta investigación comprendió el proceso de elaboración, selección y evaluación de los ítems que constituyeron las subescalas de “*Factores Protectores y Factores de Riesgo en Salud Dental*” y “*Creencias en relación con la Consulta Odontológica*” a través del juicio de doce expertos en el área.

La fase de validación de contenido, en primer lugar, consistió en la construcción de una tabla de especificaciones para cada variable, y la generación de un extenso número de ítems en torno a las dimensiones de las mismas.

Para la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental, se identificaron las siguientes dimensiones: pautas y hábitos de cuidado e higiene dental (información y hábitos relacionados con la salud dental) y pautas inadecuadas de higiene dental (riesgos individuales, riesgos psicosociales y creencias riesgosas); obteniéndose la siguiente *tabla de especificaciones*:

FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD DENTAL.	ÍTEM	Categoría taxonómica de Bloom
Factores protectores		
Pautas y Hábitos adecuados de cuidado e higiene dental	1,2,3,4,5,6,7,9,12,13,14,15,24,26,27,29,32,33,35,37,38,39,40	Conocimiento
Factores de Riesgo		
Pautas y hábitos inadecuados de cuidado e higiene dental: Riesgos Individuales	8,16,17,18,19,20,21,23,28,30,31,41	Conocimiento
Riesgos Psicosociales	22, 25, 36	Comprensión

Tabla 1. *Tabla de especificaciones para la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental*

Para la variable creencias en relación con la consulta odontológica se identificaron las siguientes dimensiones: *sala de espera* compuesta por las subdimensiones:

características de la sala, características de los pacientes y ruidos; la dimensión *procedimiento odontológico* compuesta por las subdimensiones: temor al trato de odontólogo, temor al instrumental odontológico y/o procedimiento y por último temor en relación a la visita al odontólogo; la tercera dimensión se refiere a la *relación odontólogo paciente* y está conformada por dos subdimensiones: características del odontólogo y características del paciente; la dimensión *recuperación* está compuesta por las subdimensiones: creencias sobre la efectividad del tratamiento y creencias sobre la efectividad de los analgésicos; conformándose la siguiente tabla de especificaciones:

CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.	ÍTEMS
En relación a la sala de espera.	
Características de la sala	2,4,5
Características de los pacientes	1, 3
Ruidos	6
En relación al procedimiento odontológico	
Temor al trato del odontólogo	13, 17,18,19,20
Temor al Instrumental odontológico y/o procedimiento	7,8, 9,10, 11,12,15
Temor en relación a la visita al odontólogo	14, 16
En relación a la relación odontólogo-paciente	
Características del odontólogo	21, 22, 24, 27,28,29
Características del paciente	23, 25, 26
En relación a la recuperación	
Creencias sobre la efectividad del tratamiento	30,31,33,34,35
Creencias sobre la efectividad de los analgésicos	32, 36

Tabla 2. *Tabla de especificaciones para la variable Creencias en relación con la consulta odontológica*

La primera versión de los cuestionarios en una escala de actitudes tipo Likert, quedó conformada por 40 enunciados, para el caso de la subescala “Factores protectores y factores de riesgo en salud dental”, mientras que para el caso de “Creencias en relación con la consulta odontológica” estuvo constituido por 36 ítems.

Para la evaluación del contenido a través del juicio de expertos, se diseñó y entregó un formato de validación a doce profesionales (Anexo 1) de las siguientes disciplinas: psicología, psicología de la salud, odontología y metodología de la investigación, que son considerados expertos de las variables por su experiencia con las mismas, su formación académica y su labor profesional actual; su tarea consistió en evaluar cada ítem de la prueba, sobre la base de dos criterios: redacción y pertinencia.

- **Resultados del proceso de validación de expertos para la subescala de factores protectores y factores de riesgo en salud dental.**

Se presentan a continuación la tabla de especificaciones con los ítems y el porcentaje de acuerdo de los expertos en cuanto a la redacción y pertinencia de los ítems para el cuestionario de *factores protectores y factores de riesgo en la salud dental*.

FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD DENTAL.	ÍTEMS	Pertinencia	Redacción
Factores protectores			
Pautas y Hábitos adecuados de cuidado e higiene dental	Correspondientes a la dimensión	88%	61%
	2	83%	50%
	3	92%	42%
	4	83%	42%
	5	100%	58%
	6	92%	75%
	8	83%	33%
	9	83%	42%
	27	92%	67%
	32	83%	67%
	34	92%	83%
	37	75%	58%
	38	92%	75%
	39	92%	75%
	40	92%	83%
Asistencia a la consulta odontológica	Correspondientes a la dimensión	92%	67%
	1	92%	58%
	28	83%	58%
	31	100%	83%
	33	83%	58%
	36	100%	75%
Conocimiento de factores riesgosos 1: Hábitos inadecuados que producen malformaciones	Correspondientes a la dimensión	96%	71%
	25	92%	67%
	26	100%	75%
Conocimiento de factores riesgosos 2: Hábitos inadecuados de ingesta	Correspondientes a la dimensión	88%	49%
	10	83%	42%
	11	83%	67%
	12	83%	33%
	13	83%	50%
	14	92%	42%
	23	100%	58%
Factores de riesgo			
Factores de riesgo individuales:	Correspondientes a la dimensión	86%	64%

	15	75%	67%
	27	92%	67%
	29	92%	58%
Aprendizaje social de conductas riesgosas	Correspondientes a la dimensión	91%	64%
	7	92%	50%
	16	75%	42%
	17	100%	75%
	18	100%	75%
	19	92%	58%
	20	92%	58%
	22	92%	75%
	30	83%	75%
Factores de riesgo sociales:	Correspondientes a la dimensión	94%	75%
	21	92%	75%
	24	100%	75%
	35	92%	75%

Tabla 3. *Tabla de especificaciones con porcentajes de acuerdo en relación a la redacción y pertinencia de los ítems del cuestionario de “Factores protectores y factores de riesgo en salud dental”.*

En líneas generales, los resultados de la fase de validación de contenido a través del juicio de expertos, evidenciaron que la redacción de la totalidad de los ítems (tanto para la variable de factores protectores y factores de riesgo, como para la variable creencias) debía ser modificada para facilitar la comprensión de su contenido (evidenciaba un uso excesivo de lenguaje técnico), así como en el caso de ítems específicos, la sugerencia apuntó hacia la eliminación por completo del reactivo, pues no se consideró pertinente su incorporación al instrumento.

De manera más específica y en relación con la subescala sobre factores protectores y factores de riesgo en salud dental, los expertos recomendaron la modificación y ajuste en la redacción de los ítems 1, 3, 7, 8, 16, 18, 19, 20, 21, 22 y 24, para facilitar su comprensión y a través del uso de sinónimos, adaptar los términos técnicos empleados y tomados de la disciplina odontológica, al lenguaje cotidiano de la población a la cual va dirigida el instrumento.

Los ítems 3, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 23, 25, 26, 28, 31, 34, y 36, de acuerdo con la valoración, contenían información repetitiva y la misma podía ser sintetizada y agrupada en una serie de ítems no tan extensos destinados a la exploración de los hábitos protectores de la salud dental y en general a las pautas relacionadas con la higiene y salud dental.

De la misma manera, los expertos recomendaron reducir la extensión de la prueba a un número de veinte (20) reactivos máximos, disminuir el número de palabras empleadas en la formulación de cada proposición a un número máximo de veinticinco (25), y redactarlos a manera de “afirmaciones” u “opiniones” que pudieran ser ubicados dentro de un continuum que se extienda desde lo “favorable”, hasta lo “desfavorable”, que le permitiera a los participantes manifestar sus inclinaciones a través de una escala de actitudes de tipo Likert.

Finalmente y en menor proporción, el grupo de expertos coincidió en considerar la dimensión de la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental, relativa al “conocimiento acerca de factores protectores en salud dental”, como una dimensión no propicia para ser evaluada a través de escalas de actitud, en consecuencia sugirieron el tratamiento dicotómico de la variable y la construcción de un cuestionario de selección simple para su evaluación.

- **Resultados del proceso de validación de expertos para la subescala de creencias en relación a la consulta odontológica.**

Se presenta a continuación la tabla de especificaciones del cuestionario de creencias en relación con la consulta odontológica, donde se especifican por ítem el porcentaje de acuerdo por parte de los expertos, en cuanto a redacción y pertinencia de los ítems y de sus respectivas dimensiones.

CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.	ÍTEMS	Pertinencia	Redacción
En relación a la sala de espera.			
Características de la sala	Correspondientes a la dimensión	89%	64%
	2	100%	83%
	4	75%	50%
	5	92%	58%
Características de los pacientes	Correspondientes a la dimensión	88%	54%
	1	75%	50%
	3	100%	58%
Ruidos	Correspondientes a la dimensión	100%	58%
	6	100%	58%
En relación al procedimiento odontológico			
Temor al trato del odontólogo	Correspondientes a la dimensión	88%	57%
	13	83%	58%
	17	92%	67%

	18	92%	67%
	19	83%	50%
	20	92%	42%
Temor al Instrumental odontológico y/o procedimiento	Correspondientes a la dimensión	82%	61%
	7	75%	58%
	8	83%	58%
	9	83%	67%
	10	83%	58%
	11	83%	67%
	12	83%	58%
	15	83%	58%
Temor en relación a la visita al odontólogo	Correspondientes a la dimensión	92%	67%
	14	83%	58%
	16	100%	75%
Relación odontólogo-paciente			
Características del odontólogo	Correspondientes a la dimensión	85%	65%
	21	100%	75%
	22	100%	75%
	24	83%	67%
	27	83%	67%
	28	50%	42%
	29	92%	67%
Características del paciente	Correspondientes a la dimensión	89%	61%
	23	92%	58%
	25	92%	58%
	26	83%	67%
En relación a la recuperación			
Creencias sobre la efectividad del tratamiento	Correspondientes a la dimensión	88%	58%
	30	83%	50%
	31	83%	58%
	33	92%	58%
	34	92%	67%
	35	92%	58%
Creencias sobre la efectividad de los analgésicos	Correspondientes a la dimensión	96%	63%
	32	100%	75%
	36	92%	50%

Tabla 4. *Tabla de especificaciones con porcentajes de acuerdo en relación a la redacción y pertinencia de los Ítems del cuestionario de “Creencias en relación con la consulta odontológica”*

Con respecto al cuestionario construido para la medición de la variable *Creencias en relación con la consulta odontológica*, para cuya evaluación de contenido se procedió de la misma manera al juicio de los expertos, se obtuvieron resultados similares, que condujeron a la modificación de su tabla de especificaciones, donde destaca la incorporación de una nueva dimensión a la variable, la de creencias sobre sí mismo y la eliminación de la

dimensión referida a la sala de espera ya que a juicio de los expertos, los ítems de dicha dimensión no eran representativos de los elementos contextuales del consultorio odontológico, si no más bien se referían a las creencias que el paciente tiene sobre sí mismo desde el momento que ingresa a la sala de espera del servicio odontológico. Se mantuvieron aquellas dimensiones, que según los expertos, podrían discriminar de manera más efectiva en base a los objetivos planteados, las creencias relacionadas con la consulta odontológica.

- **Modificaciones de las tablas de especificaciones.**

Las sugerencias realizadas por los expertos durante la fase de validación de contenido del instrumento *factores protectores y factores de riesgo en salud dental, y creencias en relación con la consulta odontológica*, condujeron a la modificación de las tablas de especificaciones inicialmente construidas en torno a las dimensiones de las variables en estudio. A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada variable:

- *Factores protectores y factores de riesgo en salud dental:*

Como resultado del proceso de análisis posterior a la consulta con los expertos y sobre la base de las coincidencias en sus recomendaciones, se procedió a reconstruir los instrumentos, proceso que se dividió en dos aspectos esenciales: en primer lugar, la eliminación de los ítems no pertinentes, y en segundo lugar, la redacción adecuada de los ítems pertinentes; lo cual finalmente condujo a la reestructuración de la tabla de especificaciones, para el caso de la variable *Factores Protectores y Factores de Riesgo en Salud Dental*:

Factores Protectores	ÍTEMS	Categoría taxonómica de Bloom
Pautas/Hábitos de cuidado e higiene dental	1, 2, 3, 4, 5, 6	Conocimiento
Factores de Riesgo		
Riesgos individuales.	7, 8, 9, 10,11,12	Conocimiento/Comprensión
Riesgos psicosociales	13,14,15	Conocimiento/Comprensión

Tabla 5. *Tabla de especificaciones corregida para la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental.*

Pautas de higiene y salud dental	ÍTEMS	Categoría taxonómica de Bloom
Información relacionada con la higiene y salud dental	1, 2, 3, 4, 5	Conocimiento

Tabla 6. *Tabla de especificaciones corregida para la subdimensión pautas de higiene y salud dental.*

Como puede observarse, se construyeron dos tablas de especificaciones para la misma variable, puesto a que los expertos en su mayoría, recomendaron la medición de la dimensión *pautas de higiene y salud dental* a través de una estrategia dicotómica, debido a su naturaleza que alude más al “conocimiento” de la pauta, que a la actitud del participante respecto a las afirmaciones que constituyen los ítems.

- *Creencias en relación con la consulta odontológica:*

Una vez examinados los porcentajes de acuerdo y desacuerdo en relación a la redacción y pertinencia de los ítems por parte de los expertos, se procedió a reestructurar la tabla de especificaciones del cuestionario y a reformular los enunciados para que cumplieran con los criterios de los expertos.

La tabla de especificaciones se reestructuró de la siguiente manera:

Creencias en relación con la consulta odontológica	ÍTEMS
<i>Creencias en relación al procedimiento odontológico</i>	
Trato del odontólogo	5, 8,
Instrumental odontológico y/o procedimiento	3, 4, 6, 7, 12
Visita al odontólogo	1
<i>Creencias sobre la relación odontólogo-paciente</i>	
Características del odontólogo	2, 13, 14
<i>Creencias en relación a la recuperación</i>	
Creencias sobre la efectividad del tratamiento	16, 18, 19, 20
Creencias sobre la efectividad de los analgésicos	17
<i>Creencias sobre sí mismo</i>	9, 10, 11, 15

Tabla 7. *Tabla de especificaciones corregida para la variable “Creencias en relación con la consulta odontológica”*

2. Resultados de la Prueba Piloto.

Como parte del procedimiento de validación empírica y requisito previo para el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento destinado a medir variables psicosociales y cognitivas en salud dental, se realizó la aplicación del mismo, a una muestra de participantes que asisten regularmente a la consulta odontológica y/o han sido pacientes odontológicos, conformada por 182 sujetos de ambos sexos, mayores de 16 años y con niveles de instrucción que variaron desde la educación primaria, la educación diversificada y la educación superior.

A continuación se presentan los resultados expresados en estadísticos descriptivos, obtenidos para la subescala: factores protectores y factores de riesgo en salud dental.

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
50,1319	44,325	6,65771	15

Tabla 8. Estadísticos de la subescala de factores protectores y factores de riesgo en salud dental en el piloto.

De acuerdo con la información presentada, el puntaje promedio reportado por la subescala dentro de una muestra informal es de 50,13 con una desviación estándar de 6,65. Valores intermedios que refieren una protección moderada y una probabilidad moderada de riesgo en salud dental.

Asimismo, los resultados señalan que en promedio la puntuación derivada de cada una de las respuestas por ítem dentro de la subescala es de 3,34, con un puntaje mínimo de 1,94 y un puntaje máximo de 4,42. Valores que representan una tendencia de las respuestas a agruparse en mayor medida dentro de dimensiones relacionadas con la protección en salud dental.

En la siguiente tabla se presentan los resultados:

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	N de elementos
Medias de los elementos	3,342	1,945	4,429	2,484	15
Varianzas de los elementos	1,473	,938	2,108	1,170	15
Correlaciones inter-elementos	,074	-,296	,586	,882	15

Tabla 9. Estadísticos de resumen de los elementos de la subescala factores protectores y factores de riesgo en salud dental en el piloto.

Respecto a la subescala de creencias en relación con la consulta odontológica, se obtuvieron las siguientes puntuaciones expresadas en estadísticos descriptivos:

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
59,9121	63,141	7,94616	20

Tabla 10. Estadísticos de la escala de creencias en relación con la consulta odontológica en el piloto.

Los resultados anteriores señalan que el puntaje promedio reportado por la subescala, dentro de una muestra informal es de 59,9 con una desviación estándar de 7,94, se trata de valores moderadamente altos que refieren una tendencia a la catastrofización de la situación de consulta odontológica.

Por otra parte, y respecto a las puntuaciones provenientes de las respuestas dadas ante cada ítem de la subescala, se obtuvo una media de 2,99, con un puntaje mínimo de 1,69 y un puntaje máximo de 4,19. Se trata de valores intermedios que expresan la tendencia de las puntuaciones a agruparse en mayor medida, dentro de posiciones donde destacan las creencias tendientes a la catastrofización en torno a la situación de consulta odontológica.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	N de elementos
Medias de los elementos	2,996	1,692	4,192	2,500	20
Varianzas de los elementos	1,305	,775	1,999	1,224	20
Correlaciones inter-elementos	,073	-,292	,625	,917	20

Tabla 11. Estadísticos de resumen de los elementos de la subescala de creencias en relación con la consulta odontológica en el piloto.

El análisis y tratamiento estadístico global del instrumento destinado a medir variables psicosociales y cognitivas en salud dental, arrojó los siguientes resultados expresados en estadísticos descriptivos:

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
110,0440	162,396	12,74346	35

Tabla 12. Estadísticos descriptivos del cuestionario de variables psicosociales y cognitivas en salud dental.

De acuerdo con los resultados previos, el puntaje promedio del instrumento dentro de una muestra informal es de 110,04 con una desviación estándar de 12,74.

3. Análisis Psicométrico.

Diversos autores afirman que la confiabilidad es un indicador de “cuan consistentes y confiables (es decir replicables) son los resultados obtenidos a partir de un test, los mismos que constituyen la evidencia de la “veracidad y consistencia” de su funcionamiento interno. Así, Aliaga (2007) señala que la confiabilidad proporciona información relativa a *la consistencia de los reactivos del test, su estabilidad temporal y el nivel o grado de equivalencia entre sus partes*. Por su parte, Anastasi (1982), sostiene que la confiabilidad (o consistencia) de un test, es la precisión con la que el test mide lo que mide, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación (condiciones especificadas en el manual del test).

Para obtener la confiabilidad de una prueba Aliaga (2007) señala que se hace en función de un coeficiente de correlación entre dos grupos de puntajes, el cual indica el grado en que los individuos mantienen sus posiciones dentro de un grupo. Dicho coeficiente, comprende valores que van desde 0 a 1; así a medida que el mismo se aproxime a 1, más confiable, es decir internamente consistente y homogénea, será la prueba.

De acuerdo con el planteamiento previo, para la estimación de las propiedades psicométricas de las subescalas aquí diseñadas: *Factores Protectores y Factores de Riesgo en Salud Dental y Creencias en relación con la consulta odontológica*, se procedió al análisis de consistencia interna, a través del método de equivalencia racional y más específicamente, mediante el cálculo del coeficiente de confiabilidad *Alpha de Cronbach*; se optó por este método, debido a que los coeficientes de consistencia interna “proveen evidencia acerca de cuan consistente u homogénea resulta la escala a partir de las equivalencias entre los reactivos que la componen”, y de esta manera proveen información valiosa para el logro de de una de las metas a lograr con la actual investigación: validación de un instrumento destinado a la exploración de los factores protectores y de riesgo que intervienen en la aparición de la patología bucodental o en el mantenimiento de la salud oral y las creencias que los pacientes odontológicos del Distrito Capital, tienen en relación con la situación de consulta odontológica.

Para la estimación del coeficiente de confiabilidad, se realizó una aplicación preliminar de los instrumentos modificados y adaptados de acuerdo con las sugerencias y

resultados obtenidos a partir de la fase de validación de contenido a través del juicio de expertos.

A continuación se presentan los resultados obtenidos para la escala de factores protectores y factores de riesgo en salud dental, creencias relacionadas con la consulta odontológica, y los resultados agrupados de ambos instrumentos:

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,537	,545	15

Tabla 13. Estadísticos de fiabilidad de la variable factores protectores y factores de riesgo

El índice de confiabilidad obtenido para el cuestionario *factores protectores y factores de riesgo en salud dental* es de 0,537, un valor moderado (Ruíz, 1998; citado en Blanco y Alvarado, 2005), que indica que la prueba es medianamente homogénea respecto a su contenido y consistencia interna.

Siguiendo esta línea, se puede concluir que las dimensiones de la subescala analizada, resultaron moderadamente confiables en la medición de la variable, esto quiere decir que su consistencia interna no es suficiente para medir de manera exacta el constructo referente a los factores protectores y factores de riesgo en salud dental. En consecuencia la representatividad de los reactivos respecto a su dimensión de pertenencia, así como la propiedad de equivalencia funcional entre ellos, es moderada.

Tal y como expresan Anastasi y Urbina (1998), los coeficientes de confiabilidad tienden a ser más elevados cuando la varianza de las puntuaciones de la prueba, son a su vez elevadas. En este orden de ideas, la varianza de la calificación de la prueba guarda relación con la extensión de la misma, y en ese sentido la adición o eliminación de reactivos en la misma afecta su coeficiente de confiabilidad, siendo un método útil para el incremento de dicho índice, la extensión de la prueba a partir de la inclusión de nuevos reactivos de tipo general, destinados a medir el mismo constructo que miden los reactivos que ya están contenidos en la misma.

De acuerdo con el planteamiento previo, los resultados obtenidos pueden ser explicados a partir de la exclusión de cinco ítems de la subescala, y la posterior consideración de sólo quince de ellos para el análisis de sus propiedades psicométricas, y que reflejan la relación únicamente entre las dos dimensiones que se evalúan a través de una escala de actitudes tipo likert.

El análisis de cada uno de los reactivos que conforman la subescala, proveen información acerca de su comportamiento en relación con las propiedades estadísticas y psicométricas de la misma. A continuación se presenta una tabla donde se resumen tales resultados:

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Consulta odontológica anual	45,7033	41,282	,145	,319	,529
Dentadura sana cepillado tres veces al día después de cada comida	46,2857	40,725	,185	,257	,522
Buenos hábitos de higiene dental sustitución de cepillo cada tres meses	46,0000	42,829	,041	,220	,546
Una persona responsable de su salud dental, consulta al odontólogo cuando tiene caries dental o nota sus encías inflamadas	46,4231	38,511	,206	,179	,518
Fumar, tomar alcohol y bebidas oscuras mancha y desgasta los dientes	45,7308	40,187	,261	,332	,510
Salud dental alimentación balanceada	46,7363	42,173	,052	,210	,548
Voy al odontólogo cuando no me queda más remedio para aliviar el dolor	47,6044	38,561	,210	,210	,517
Las enfermedades dentales afectan la salud como otras enfermedades	46,4066	38,895	,221	,123	,514
Algunas personas que no siguen las recomendaciones de los odontólogos no tienen	47,2692	40,474	,122	,105	,536

problemas de salud dental					
Las malas experiencias con odontólogos que cuentan otros me hacen evitar la consulta odontológica	47,8132	39,423	,181	,407	,523
Me incomoda ir a consulta porque me da pena con el odontólogo	48,1868	38,893	,252	,283	,507
He tenido malas experiencias por eso prefiero pedir consulta cuando no tengo otra opción	48,1264	39,139	,236	,554	,511
Servicio odontológico público malo	46,7747	38,949	,250	,233	,508
Consulta en clínicas genera gastos	46,0495	38,876	,359	,282	,492
Las personas que tienen enfermedades dentales graves no asisten al odontólogo por falta de centros asistenciales públicos	46,7363	39,411	,220	,184	,514

Tabla 14. *Comportamiento estadístico de los ítems de factores protectores y factores de riesgo en salud dental.*

La tabla anterior indica como las puntuaciones extraídas de la aplicación informal del instrumento, expresadas en medidas de tendencia central y dispersión, pueden resultar afectadas en mayor o menor medida si se elimina algún reactivo de la subescala, asimismo señala como la varianza general de las puntuaciones aumenta o disminuye, y en consecuencia la consistencia interna varía en relación al mismo procedimiento.

En líneas generales los resultados evidencian como la eliminación de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 14, y 15, se relacionan con una disminución en el puntaje promedio de la escala y en consecuencia repercuten negativamente (generan una disminución) sobre su varianza, asociándose a su vez con disminuciones importantes en el índice de confiabilidad de la prueba y empobreciendo así su consistencia interna. El comportamiento del resto de los ítems no afecta de manera resaltante las propiedades psicométricas de la subescala.

Finalmente y respecto al comportamiento de los reactivos en relación a la subescala en su totalidad, se puede concluir que guardan relaciones leves y moderadas entre sí, que van desde un coeficiente de correlación de 0,04 hasta el 0,3.

El cálculo del coeficiente de confiabilidad para el cuestionario de creencias en relación con la consulta odontológica reportó los siguientes resultados:

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,617	,612	20

Tabla 15. Estadísticos de fiabilidad de la variable creencias en relación con la consulta odontológica

Se obtuvo un índice de confiabilidad de 0,617, un valor alto (Ruíz, 1998; citado en Blanco y Alvarado, 2005) que señala una considerable homogeneidad entre las dimensiones que componen el cuestionario, así como una equivalencia efectiva entre sus ítems (lo cual constituye evidencia de consistencia en las puntuaciones).

Se puede concluir que las dimensiones de la variable que configuran la subescala son confiables, es decir, que miden en gran magnitud el constructo que deben medir, en este caso referente a las creencias que tienen los pacientes odontológicos acerca de la situación de consulta odontológica.

El análisis del comportamiento de los reactivos de la subescala de creencias, en relación con la totalidad de la misma, se presenta a continuación:

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Creo que al ir al odontólogo saldré adolorido	57,2582	56,403	,274	,422	,597
Considero que el odontólogo escuchará mis necesidades	56,4011	59,258	,150	,263	,613
Creo que la inyección de anestesia me producirá dolor	56,5879	52,785	,407	,484	,574
Creo que el taladro me puede hacer daño	56,8571	53,692	,397	,457	,577
pienso que los odontólogos	56,3626	58,962	,139	,346	,616

manejan técnicas para evitar el dolor						
Creo que los procedimientos odontológicos son traumáticos	57,1593	57,229	,255	,375	,600	
Pienso que la anestesia me evitará sentir dolor mientras el odontólogo trabaja en mi boca	55,7637	59,043	,198	,235	,607	
Creo que algunos dientes se me podrían dañar si el odontólogo aplica mucha fuerza	57,2308	56,466	,258	,248	,599	
Pienso que al sentarme en el sillón odontológico me sentiré relajado	57,0714	61,183	,024	,199	,631	
Creo que mis dientes son difíciles de tratar	57,7802	55,686	,386	,408	,583	
pienso que sufro de las peores complicaciones dentales	58,2198	58,946	,252	,410	,602	
Creo que los instrumentos me pueden contagiar alguna enfermedad	57,5385	58,283	,198	,254	,607	
Creo que el odontólogo detendrá el procedimiento si yo se lo pido	56,2198	60,150	,089	,299	,622	
Creo que los odontólogos son impacientes	57,6099	59,190	,189	,236	,608	
Creo que soy un paciente difícil de tratar	57,8901	57,656	,246	,335	,601	
Pienso que después que el odontólogo termine de atenderme la recuperación va a ser muy dolorosa	57,4396	57,518	,235	,329	,602	
Los analgésicos para evitar el dolor y la inflamación serán efectivos	55,9890	60,066	,148	,511	,613	
Considero que los tratamientos dentales con frecuencia son exitosos y resuelven los problemas dentales	55,7198	60,424	,142	,376	,613	
Creo que la cicatrización y recuperación de la situación dental será rápida	56,1264	60,730	,092	,426	,619	
Creo que tardaré mucho tiempo con la boca dormida por la anestesia	57,1044	58,978	,158	,193	,613	

Tabla 16. Comportamiento estadístico de los ítems de Creencias en relación con la consulta odontológica.

Los resultados anteriores indican como los puntajes provenientes de la aplicación informal del instrumento, expresados en medidas de tendencia central y dispersión, pueden resultar afectados en mayor o menor medida si se elimina algún reactivo de la subescala, asimismo señala como la varianza general de las puntuaciones aumenta o disminuye, y en consecuencia la consistencia interna de la subescala de creencias varía en relación al mismo procedimiento.

Se puede observar como la exclusión de los ítems 1, 3 y 4, se relacionan con una disminución en el puntaje promedio de la escala y en consecuencia repercuten negativamente (generan una disminución) sobre su varianza, asociándose a su vez con disminuciones importantes en el índice de confiabilidad de la prueba, desfavoreciendo su consistencia interna. El comportamiento del resto de los ítems no afecta de manera resaltante las propiedades psicométricas de la subescala.

Finalmente y respecto al comportamiento de los reactivos en relación a la subescala en su totalidad, se puede concluir que guardan relaciones leves y moderadas entre si, que van desde un coeficiente de correlación de 0,02 hasta el 0,4.

El análisis del coeficiente de confiabilidad del instrumento en forma global reportó los siguientes resultados:

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,724	,722	35

Tabla 17. Estadísticos de fiabilidad para el cuestionario de variables psicosociales y cognitivas en salud dental.

El índice de confiabilidad obtenido para el instrumento destinado a medir variables psicosociales y cognitivas en salud dental, es de 0,724 un valor alto (Ruíz, 1998; c.p. Blanco y Alvarado, 2005) que evidencia que el comportamiento global del instrumento, resulta veraz e internamente consistente en cuanto a la medición de las variables en estudio.

Siguiendo esta línea y obedeciendo los criterios para la interpretación del coeficiente de confiabilidad propuestos por Ruíz (1998), se llegó a la conclusión de que en conjunto, las

dos subescalas que componen el instrumento analizado, cumplen con el requisito psicométrico de consistencia interna al reportar un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,724, un valor alto que sustenta su administración como herramienta efectiva en la evaluación de los factores psicosociales y cognitivos, que pueden guardar relación con el riesgo o fortaleza de la salud bucodental y la situación de asistencia a la especialidad odontológica.

Etapa II: Diseño de los criterios de inclusión, selección de los participantes y administración de la batería de pruebas a la muestra bajo estudio.

Con el propósito de seleccionar una adecuada muestra de participantes en la investigación y llevar a cabo la administración de la batería de pruebas en los contextos institucionales planteados, durante el transcurso de la segunda fase se llevaron a cabo tres procedimientos específicos:

- 1) Diseño de los criterios de inclusión de la muestra: se establecieron las características que deben tener los pacientes odontológicos de las instituciones públicas y privadas del Distrito Capital, para constituirse como participantes de la investigación.
- 2) Se procedió a realizar el contacto institucional, tanto con autoridades de la Facultad de Odontología de la UCV, como con los distintos odontólogos encargados de las consultas privadas en diversas clínicas de la localidad capitalina. Se ofreció una breve exposición de los objetivos de la investigación en el marco de lo establecido por el código de ética del psicólogo venezolano en su apartado concerniente a *los deberes éticos en el área de la investigación* (1981), se les solicitó un consentimiento para acceder a los pacientes (con las características preestablecidas en los criterios de inclusión), que asisten regularmente a los servicios de consulta odontológica o procedimientos de odontología general, ofrecidos por la facultad y/o la clínica odontológica, para su incorporación a la muestra. Finalmente se establecieron las fechas de inicio y culminación de la aplicación.
- 3) Antes de entrar a la consulta odontológica y en el contexto de la sala de espera, a todos los participantes seleccionados se les aplicó una batería de pruebas compuesta por los siguientes instrumentos de medición: cuestionario de variables psicosociales y

cognitivas en salud dental, escala de ansiedad dental de Corah (EAD) y escala visual análoga (EVA) para la medición de la intensidad del dolor.

Etapa III: Procesamiento y análisis de los datos.

Una vez finalizada la fase de evaluación de la muestra bajo estudio, con los datos obtenidos se procedió de la siguiente manera:

- 1) Se establecieron diversas categorías nominales, se generó una base datos en el software estadístico para Windows *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 14.0 y se transcribieron cada uno de los datos.
- 2) Se llevó a cabo al tratamiento y análisis estadístico de los resultados obtenidos, a través de los siguientes procedimientos:
 - a. Cálculo de estadísticos descriptivos de la distribución: porcentajes, media, moda y desviación típica.
 - b. Cálculo del coeficiente r_{xy} de correlación producto-momento de Pearson, para las variables bajo estudio.
 - c. Verificación de los supuestos estadísticos necesarios para realizar el análisis de regresión lineal múltiple (prueba de normalidad de la distribución a través de la prueba: Kolmogorov Smirnov para una muestra).
 - d. Normalización de los valores de la distribución de datos.
 - e. Análisis de regresión múltiple.
- 3) Representación gráfica y tabulación de los resultados:
 - a. Graficación de la información categórica y numérica extraída de las variables en estudio: gráficos de torta, barras e histogramas.
 - b. Tabulación de la información categórica y numérica de las variables.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Considerando los artículos del código de ética correspondientes al apartado *de los deberes éticos en el área de la investigación* (1981), en la presente investigación, se intentará garantizar tales aspectos allí planteados, de la siguiente manera:

En primer lugar y siguiendo el *artículo 57*, se garantizará la integridad física, psicológica y emocional de los participantes, respetando su derecho a decidir participar en la investigación de manera voluntaria, ofreciéndoles la posibilidad de retirarse en el momento que lo deseen y proporcionándoles **información general**, acerca de los propósitos, alcances y naturaleza de la investigación. Por otra parte, y de acuerdo con lo planteado en el *artículo 60*, se garantizará el carácter confidencial (el anonimato) de la información relativa a los participantes de la investigación. La información y resultados obtenidos serán utilizadas única y exclusivamente con propósitos de investigación.

Finalmente, y de acuerdo con los *artículos 62 y 63*, se respetarán los resultados obtenidos a través del método diseñado para ésta investigación, independientemente de si los mismos satisfacen o no los objetivos en estudio. Los investigadores serán responsables de difundir los resultados del estudio y en el caso de identificar inconsistencias en los mismos, explicar exhaustivamente a que factor o factores, pueden ser atribuidas las mismas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos obtenidos a partir del análisis de comportamiento de las variables dentro de la población examinada.

La muestra estuvo conformada por 406 pacientes odontológicos provenientes de instituciones públicas (49%) y clínicas privadas (51%) del Distrito Capital. Los resultados obtenidos indican que la muestra se caracteriza por la presencia de participantes del sexo femenino (67%) en mayor proporción que del sexo masculino (33%), que describen su salud dental como buena (49,5%) y regular (34%), cuyas edades varían entre los 17 y 82 años, con una edad media de 41 años y una desviación estándar de 5,9. Respecto al nivel de instrucción, señalan que predomina el superior “universitario” (29,3%), seguido del bachillerato completo (29,1%) y el técnico superior universitario (14%).

En las siguientes tablas y gráficos se presentan las frecuencias y porcentajes obtenidos en las variables descriptivas edad, sexo, nivel de instrucción, motivo de consulta y estado de salud dental:

4.1.1 Edad:

Rangos de Edad	Frecuencia	%
-18	8	2%
18 a 24	74	18%
25 a 34	71	17%
35 a 44	88	22%
45 a 54	69	17%
55 a 64	59	15%
65 a 74	30	7%
75 +	7	2%

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de la edad de la muestra.

La tabla anterior indica los rangos de edades entre los cuales se distribuyó la muestra de pacientes que participó en la investigación. Se puede observar que las edades

varían desde los 18 hasta los 75 años aproximadamente, asimismo que la mayor concentración de participantes se ubica entre los intervalos de edad que van desde 25 a 34 años (17%), desde 35 a 44 años (22%), y desde 45 a 54 años (17%); permitiendo así caracterizar a la muestra como predominantemente adulta y adulta-joven.

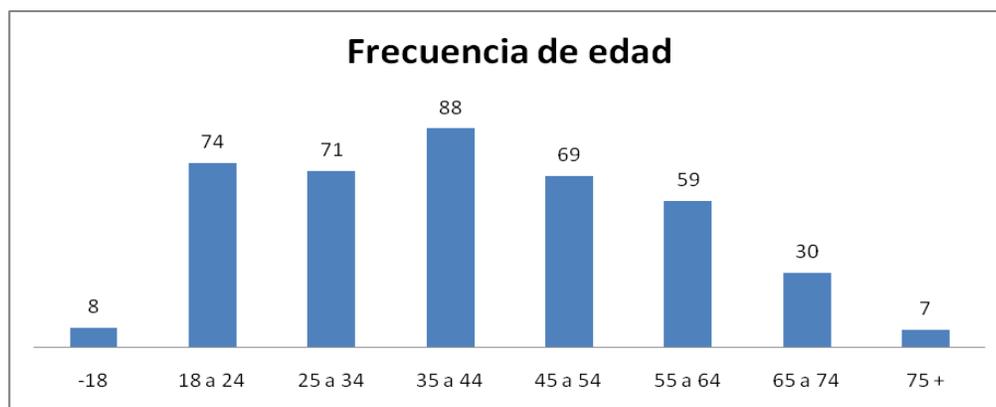


Fig.7: Gráfico de frecuencia de edad.

En el gráfico de frecuencia de edad anterior, puede observarse que la mayoría de los pacientes que formó parte de la muestra tienen edades comprendidas entre 35 y 44 años (88 pacientes) y entre 18 y 24 años (74 pacientes).

4.1.2 Sexo:

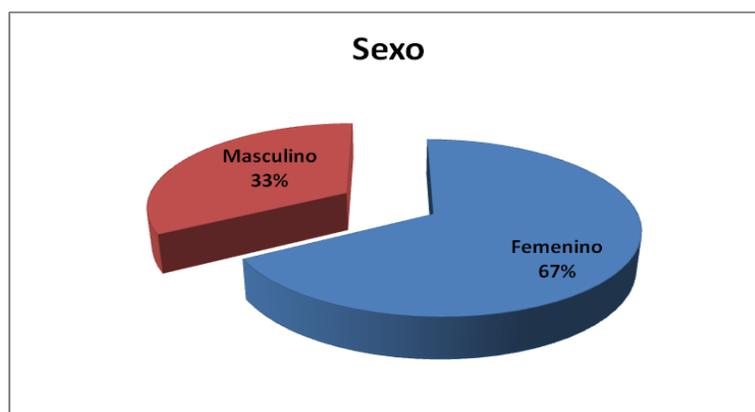


Fig.8: Porcentaje de participantes de acuerdo con la variable sexo.

El gráfico de torta anterior indica que el 67% de los pacientes que conformaron la muestra son mujeres y el 33% restante son hombres.

4.1.3 Nivel de Instrucción:

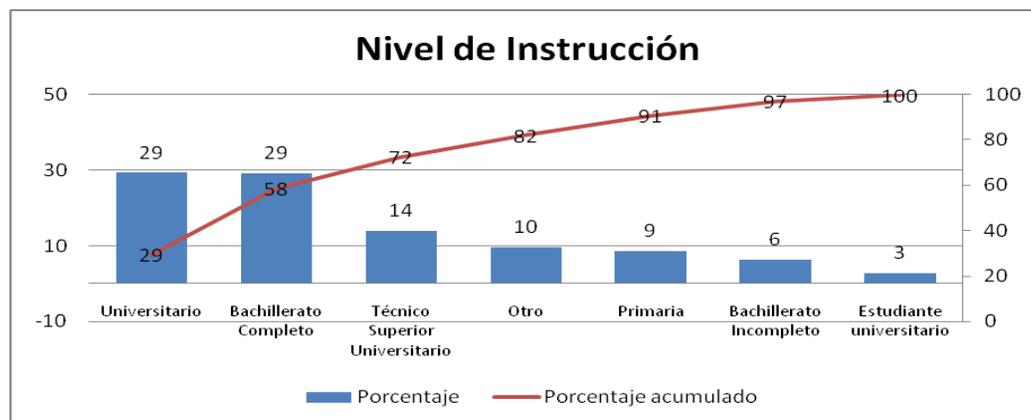


Fig.9: Gráfico de porcentaje de nivel de instrucción.

El gráfico de porcentaje anterior indica el nivel de instrucción de los pacientes odontológicos que participaron en la investigación. Es importante resaltar que se incorporaron a la muestra individuos alfabetizados que cumplieran el criterio mínimo de haber culminado la educación primaria o que hubiesen recibido algún tipo de instrucción funcional que les permitiera leer, escribir y comprender los cuestionarios que se les administraron.

La categoría “otro” fue creada para identificar e incorporar aquellos pacientes que no indicaron su nivel de instrucción en el formato de identificación. Sin embargo, se puede observar en el gráfico, como la mayoría de los participantes han culminado la educación superior o se encuentran actualmente estudiando una carrera universitaria (29,3%), seguidos por bachilleres (29,1%) y finalmente, por pacientes que han obtenido un título de técnico superior universitario (14%).

En otras palabras cerca del 80% de los participantes que conformaron la muestra, posee un título universitario, de bachiller o de técnico superior universitario; agrupándose dentro del 20% restante, aquellos individuos que sólo completaron la educación primaria o que no culminaron el bachillerato. Finalmente, un porcentaje mínimo de participantes, son actualmente estudiantes universitarios.

4.1.4 Motivo de consulta:

Motivo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Otro	101	24,9	24,9
Revisión	72	17,7	42,6
Prótesis	59	14,5	57,1
Ortodoncia	35	8,6	65,7
Cirugía	35	8,6	74,3
Limpieza	20	4,9	79,2
Endodoncia	18	4,4	83,6
Extracción	16	3,9	87,5
Dolor	15	3,7	91,2
Caries	15	3,7	94,9
Reconstrucción	8	2	96,9
Periodoncia	4	1	97,9
Cambio de amalgama	3	0,7	98,6
Blanqueamiento	2	0,5	99,1
Emergencia	2	0,5	99,6
Gingivitis (Inflamación de las encías)	1	0,2	99,8

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje del motivo de consulta odontológica.

Como se puede observar en la tabla anterior, los diversos motivos de consulta registrados, variaron desde la revisión, la prótesis, la limpieza y la ortodoncia, hasta motivos por emergencias y dolor.

Es importante señalar que la categoría “otro” fue creada debido a que un porcentaje significativo de pacientes (24,9%) no identificó el motivo por el cual solicitó consulta odontológica.

Finalmente se observa que entre los motivos de consulta más frecuentemente *identificados* por los pacientes que conformaron la muestra, se encuentra la revisión dental en primer lugar (17%), seguido por la prótesis (14,5), la ortodoncia (8,6%) y la cirugía (8,6%).



Fig.10: Gráfico de frecuencia y porcentaje de motivos de consulta.

En el gráfico anterior se puede observar que los motivos de consulta más comunes después de la categoría “otros”, fueron la revisión dental, la prótesis, la ortodoncia, la cirugía bucofacial y la limpieza dental, ocupando casi el 80% de todos los motivos de consulta. El 20% restante de los motivos de consulta, está constituido por consultas que van desde la endodoncia, las extracciones, el dolor, la caries, las reconstrucciones y la periodoncia entre otros.

4.1.5 Estado de salud dental:

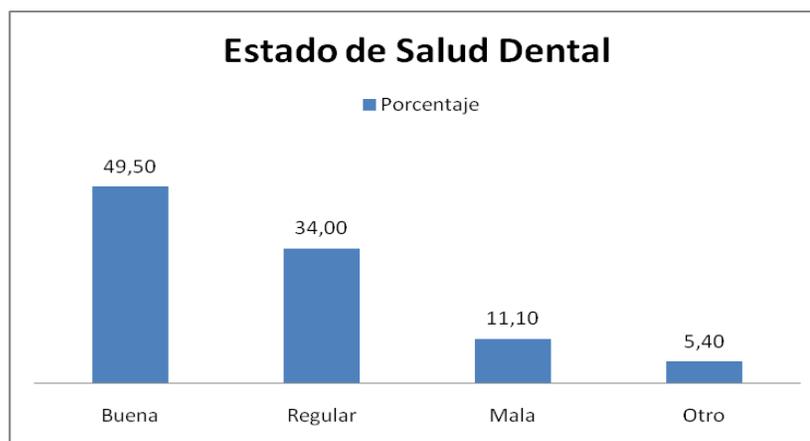


Fig.11: Gráfico con el porcentaje de respuestas de estado de salud dental actual

El gráfico anterior indica como casi el 50% de los participantes examinados valora su salud dental actual como buena, mientras que el 34% considera que es regular, quedando solo un 11,1% que la considera mala.

4.2 DATOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES.

En relación con las variables examinadas, la ansiedad dental reportó un puntaje promedio entre los participantes de 8,14 (min.=4, máx.=20) con una desviación estándar de 3,21 (tabla 20). Puntuaciones bajas que permiten ubicar en promedio, los resultados obtenidos ligeramente por debajo de la categoría de ansiedad dental moderada, cuyo rango de amplitud va del puntaje 9 al 12.

La intensidad del dolor dental percibido, obtuvo en promedio puntuaciones de 2,01 (min.=1, máx.=5), con una desviación típica de 1,20 (tabla 20). Puntuaciones bajas que ubican a los participantes, dentro de una categoría de ausencia de dolor dental percibido, tendiente a evolucionar hacia la dimensión de la percepción del dolor moderado.

El puntaje promedio obtenido para la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental como se puede observar en la Tabla 20 fue de 52,3 (min.=15, máx.=75), con una desviación estándar de 7,9 (tabla 20). Puntuaciones que en promedio, permiten ubicar a los participantes dentro de una categoría de riesgo bajo o moderado en relación con la aparición de patología bucodental, implicando esto que en base a las respuestas promedio de los participantes, predominan ligeramente los factores protectores de salud dental.

Para la subdimensión “pautas de higiene y salud dental” correspondiente a la subescala de factores protectores y factores de riesgo en salud dental (como se puede observar en la Tabla 21), se obtuvieron resultados que indican que la mayoría los participantes contestaron de manera afirmativa ante las cinco afirmaciones, mientras que un mínimo porcentaje de ellos las respondió de manera negativa. El 99,2% de los participantes contestó “sí” en el primer reactivo, mientras que el 0,73% restante respondió “no”, siendo ésta la pauta en la cual la mayor proporción de la muestra manifestó estar de acuerdo, seguida por la segunda pauta, que obtuvo un porcentaje de respuestas afirmativas del 97,04% y un porcentaje de desacuerdo del 2,95%. La tercera y cuarta pauta obtuvieron un porcentaje de acuerdo similar, de 93,10% y 93,59% respectivamente, con el desacuerdo del 6% de los participantes. Finalmente, para la quinta pauta se obtuvo un porcentaje de acuerdo del 90,88% de los participantes y el mayor porcentaje de desacuerdo, representado por un 9,11% en relación con el resto de los reactivos que componen la subdimensión.

El puntaje promedio obtenido para la subdimensión “pautas de higiene y salud dental” fue de 4,74 (min.=1, máx.=5), con un error estándar de la media de 0,02, una moda de 5, una desviación estándar de 0,54 y una varianza de 0,29 (tabla 22). Los resultados indican que la puntuación obtenida con mayor frecuencia por los participantes fue de 5 puntos, asimismo que las puntuaciones en promedio tienden a agruparse en el rango superior de la distribución de puntajes con un mínimo índice de error. En este sentido, los participantes se ubican dentro de una categoría de protección en salud dental que se relaciona con el conocimiento acerca de las pautas de higiene y cuidado bucodental, y en consecuencia con la promoción de la salud y la prevención de la patología oral.

La variable de creencias en relación con la consulta odontológica (como se indica en la Tabla 20), obtuvo una puntuación promedio de 62,47 (min. =20, máx.=60), con una desviación estándar de 7,92. Puntajes que en promedio, permiten ubicar a los participantes dentro de una categoría de creencias ligeramente tendientes a la catastrofización de la situación de consulta odontológica.

A continuación se presentan las tablas con los resultados obtenidos para cada una de las variables y subdimensiones de las variables en estudio, previamente expuestas:

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Ansiedad Dental (EAD)	406	4	20	8,145	3,213	10,326
Intensidad de dolor dental (EVA)	406	1	5	2,012	1,203	1,449
Factores protectores y factores de riesgo en salud dental	406	15	75	52,399	7,947	63,168
Creencias en relación con la consulta odontológica	406	41	84	62,475	7,928	62,862

Tabla 20. *Estadísticos descriptivos de las variables de investigación.*

Pautas de Higiene y Salud dental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Las pautas para mantener una buena higiene son: cepillarse tres veces al día, usar el hilo dental y enjuague bucal			
Si	403	99,261	99,261
No	3	0,73891625	100
Las enfermedades dentales más frecuentes			
Si	394	97,044	97,044
No	12	2,955	100
Chuparse los dedos, comerse las uñas y rechinar los dientes deforman y desgastan la dentadura			
Si	378	93,103	93,103
No	28	6,896	100
Comer alimentos ricos en azúcar, ácidos y colorantes artificiales producen placa, desgaste y caries			
Si	380	93,596	93,596
No	26	6,403	100
Recomendaciones del odontólogo para la salud dental			
Si	369	90,886	90,886
No	37	9,113	100

Tabla 21. Porcentajes de respuesta para el cuestionario de la subdimensión pautas de higiene y salud dental.

Pautas de Higiene y Salud Dental	Estadísticos Descriptivos
Media	4,749354005
Error estándar de la media	0,027708218
Moda	5
Desviación estándar	0,545084817
Varianza	0,297117457

Tabla 22. Estadísticos descriptivos de la subdimensión "Pautas de higiene y salud dental".

4.2.1 Gráficos descriptivos de las variables en estudio.

- Escala de Ansiedad Dental de Corah (EAD):

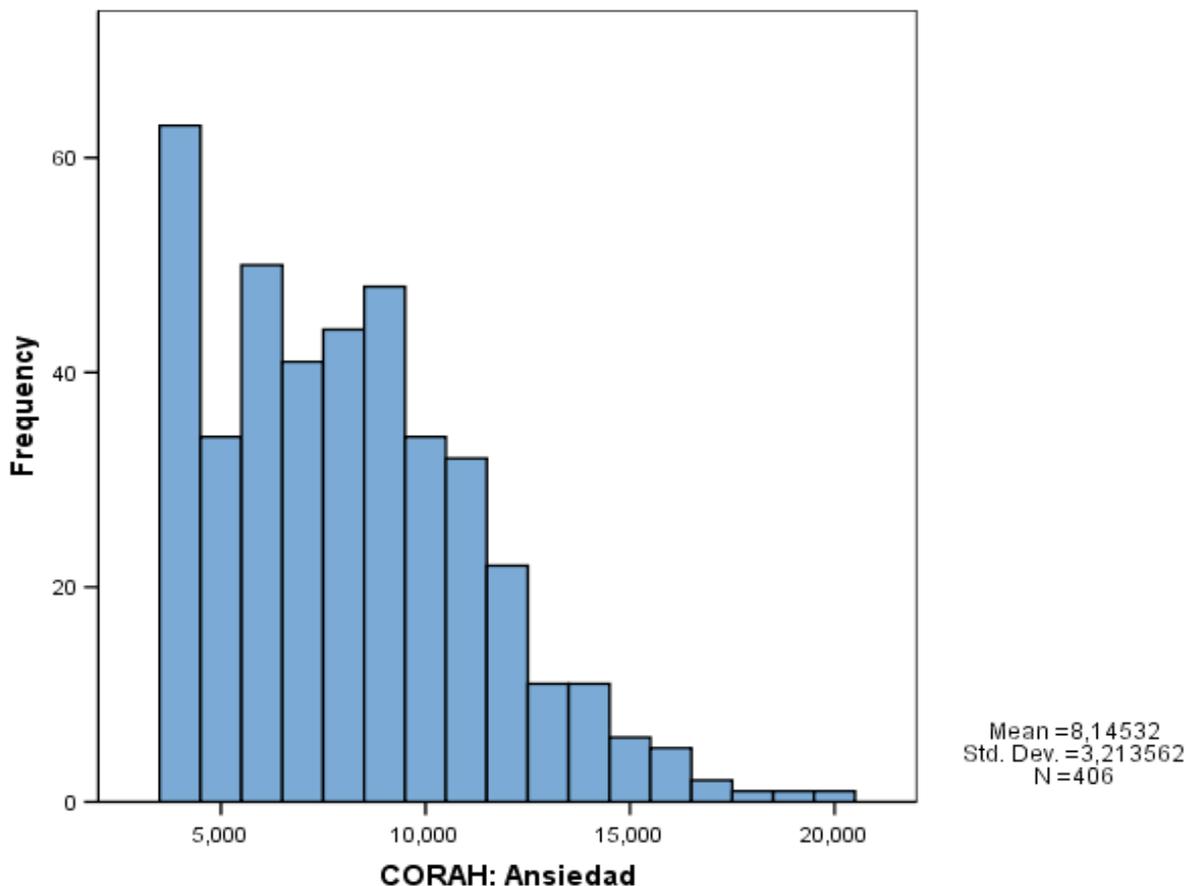


Fig. 12. Histograma de frecuencia de las respuestas en el cuestionario Corah de ansiedad dental.

En el gráfico anterior se puede observar cómo se distribuyen los puntajes obtenidos en la escala de ansiedad dental de Corah (EAD). En este cuestionario el puntaje mínimo que se puede obtener es de 4 puntos y el máximo es de 20. Los puntajes superiores a 9 puntos y hasta 12, indican la presencia de ansiedad moderada, de 13 a 14 puntos la presencia de ansiedad elevada, y de 15 a 20 puntos la presencia de ansiedad severa o fobia.

Los puntajes mínimos de ansiedad dental reportados por los participantes fueron de 4 y los máximos llegaron a los 20 puntos, obteniéndose como se aprecia en el histograma (Fig. 12), una pequeña cantidad de pacientes fóbicos y acumulándose la mayoría de los datos hacia los puntajes bajos, siendo la media de 8,14 y la desviación estándar de 3,21,

resultados que sugieren que en promedio los puntajes se encuentran por debajo de la ansiedad moderada, es decir, no se pudiera afirmar que predominaron las situaciones estresoras y ansiógenas para los participantes, no existiendo ansiedad.

- **Escala Visual Analógica (EVA) para la medición del Dolor Dental:**

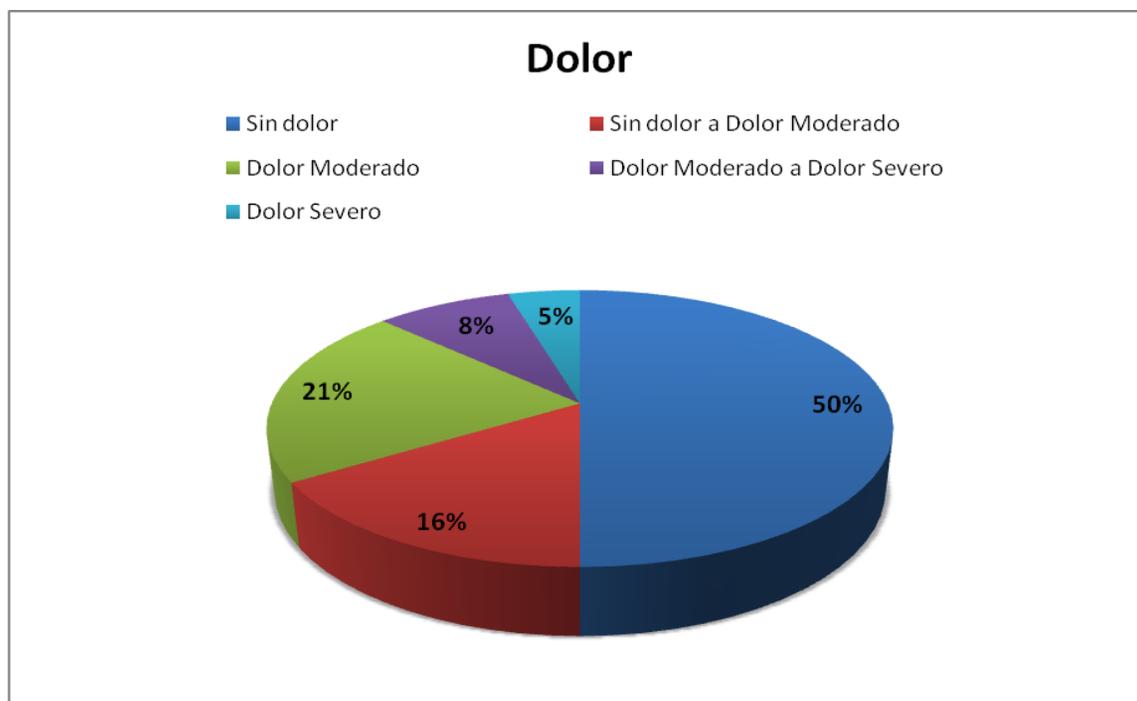


Fig. 13. Gráfico de torta de las respuestas de "percepción de la intensidad del dolor dental".

En el gráfico de torta anterior, se pueden apreciar los porcentajes de la intensidad de dolor percibida por los participantes que conformaron la muestra. La mitad de la muestra (50%) no reporta dolor, sin embargo dentro del 50% restante, un 21% de los pacientes odontológicos reportó dolor moderado, y otro 16% se localiza en un punto medio entre la categoría sin dolor y el dolor moderado, seguido por un porcentaje menor de pacientes que se agruparon en un punto medio entre el dolor moderado y el dolor severo.

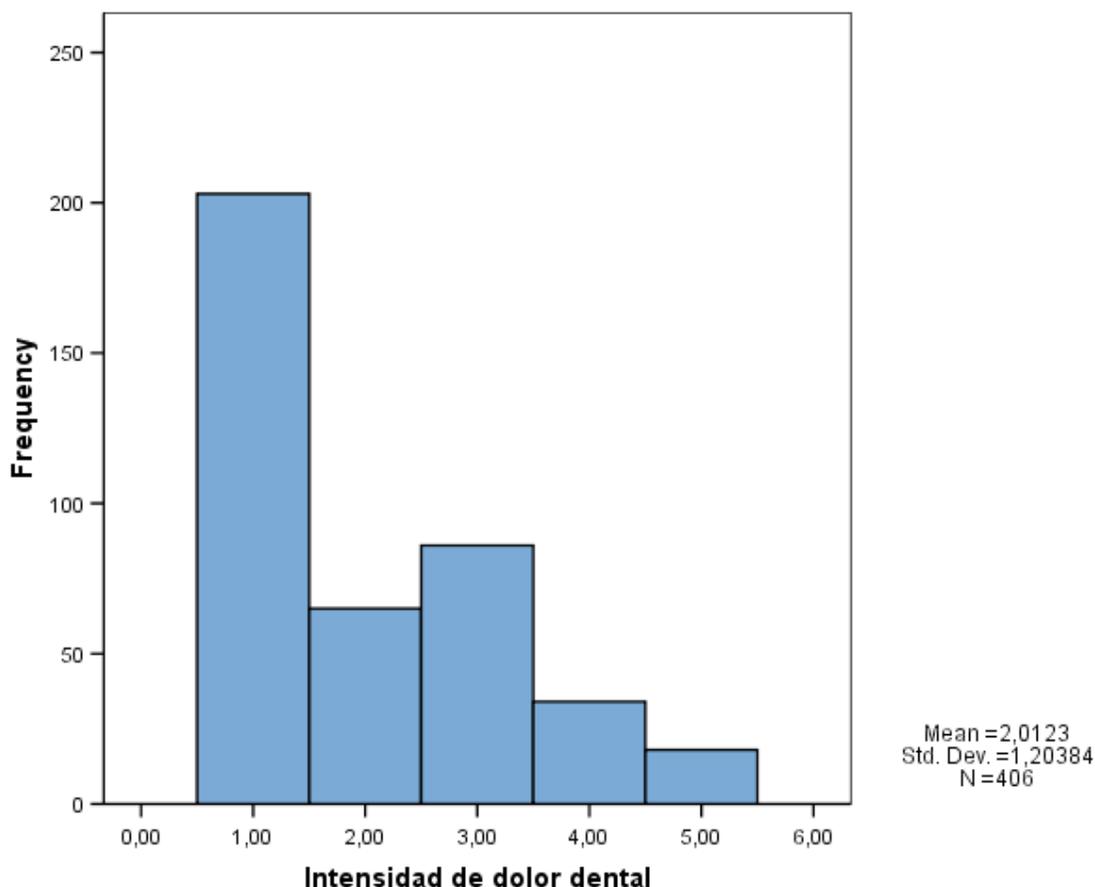


Fig. 14. *Histograma de frecuencia de los puntajes de intensidad de dolor dental percibido.*

En el histograma anterior se aprecia cómo se distribuyen los puntajes obtenidos de la administración de la escala analógica visual para la medición de la intensidad del dolor dental EVA, en la muestra bajo estudio. Esta escala de 5 puntos, representa la valoración subjetiva que el paciente hace de su experiencia sensorial, ubicándolas en rangos que van desde la ausencia de dolor a la percepción de dolor moderado, y desde el dolor moderado hasta el dolor severo, a través de un continuun de 10 cms, con valores que van del 0 al 5.

Los resultados reflejan que la mayoría de los pacientes (203) le asignaron a su experiencia dolorosa una puntuación de 1, ubicándose así dentro de la categoría “sin dolor”, mientras que el resto de las puntuaciones se distribuyeron en categorías de “dolor moderado” con una valoración de 3 puntos, seguidas por el reporte de “sin dolor a dolor moderado” con una valoración de 2 puntos, “dolor moderado a dolor severo” con una valoración de 4 puntos, y en menor proporción (menos de 50 participantes) “dolor severo” con una valoración de 5 puntos.

La media de las puntuaciones fue de 2,01 con una desviación estándar de 1,20. Resultados que permiten caracterizar en promedio la percepción del fenómeno doloroso en la muestra bajo estudio, de acuerdo con categorías que integran la ausencia de dolor (sin dolor), como la percepción moderada del mismo (dolor moderado).

- **Subescala de Factores Protectores y Factores de Riesgo en Salud Dental:**

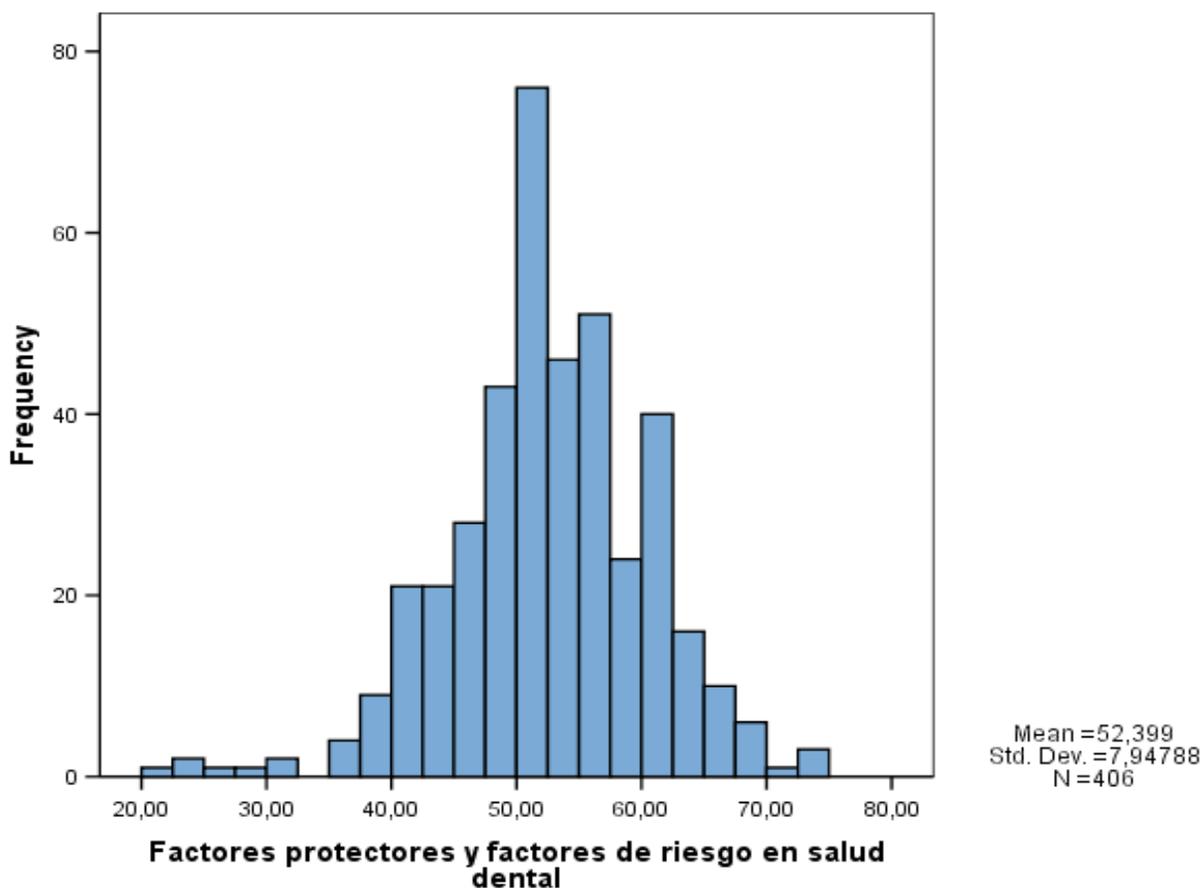


Fig. 15. *Histograma de frecuencia de las respuestas en el cuestionario de "Factores protectores y factores de riesgo en salud dental".*

En el histograma (Fig. 15), se puede apreciar cómo se distribuyen los puntajes obtenidos en la subescala de factores protectores y factores de riesgo en salud dental. Es necesario mencionar que el puntaje mínimo que se puede obtener en este cuestionario es de 15 puntos, implicando esto una preponderancia de factores de riesgo de salud, y el puntaje máximo que se puede obtener es de 75 implicando esto por otro lado una preponderancia de factores protectores de salud dental, siendo el punto de corte entre uno y otro 45 puntos. Ahora bien, la media de los puntajes obtenidos en este caso, es de 52,39 puntos, con una

desviación típica de 7,94, resultados que sugieren que en promedio las respuestas de los participantes representan factores de riesgo bajos o moderados y un ligero predominio de los factores protectores de la salud dental.

- **Subescala de Creencias en relación con la consulta odontológica:**

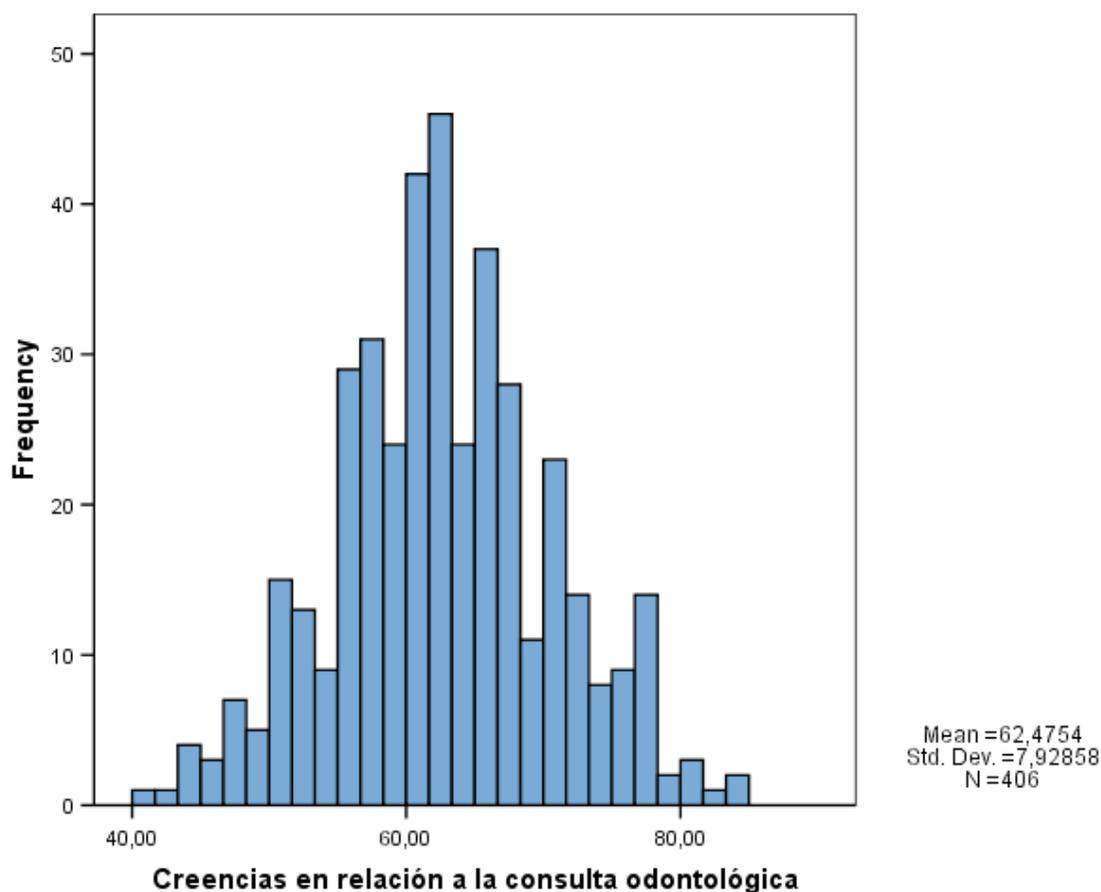


Fig. 16. *Histograma de frecuencia de las respuestas en el cuestionario de “Creencias en relación con la consulta odontológica”.*

En el histograma (Fig.16) se puede observar como se distribuyen los puntajes obtenidos en la subescala de creencias. Para comprender de una manera más precisa los puntajes, es necesario apuntar que el puntaje mínimo que se puede obtener en esta prueba es de 20 puntos, implicando esto la presencia de creencias adecuadas y por otro lado el puntaje máximo que se podría obtener es de 100 puntos, implicando esto la presencia de pensamientos de tipo catastrofizador, siendo el punto de corte 60 puntos.

Se observa que el puntaje mínimo obtenido es de 40 puntos y el puntaje máximo es de 80, concentrándose los datos entre estos dos extremos. Por otro lado se identifica que la media es de 62 puntos, con una desviación típica de 7,92, implicando esto que en promedio los pacientes que conformaron la muestra tienden a presentar una ligera inclinación por los pensamientos de tipo catastrofizador en relación con la consulta odontológica.

4.3 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES.

Correlaciones entre las variables		Factores protectores y factores de riesgo en salud dental	Creencias en relación con la consulta odontológica	(EAD): Ansiedad Dental	(EVA) Intensidad de dolor dental
Factores protectores y factores de riesgo en salud dental	Correlación de Pearson	1	,348(**)	,156(**)	-,009
	Sig. (2-tailed)		,000	,002	,864
	N	406	406	406	406
Creencias en relación con la consulta odontológica	Correlación de Pearson	,348(**)	1	,282(**)	,066
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,185
	N	406	406	406	406
Ansiedad Dental (EAD)	Correlación de Pearson	,156(**)	,282(**)	1	,255(**)
	Sig. (2-tailed)	,002	,000		,000
	N	406	406	406	406
Intensidad de dolor dental (EVA)	Correlación de Pearson	-,009	,066	,255(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,864	,185	,000	
	N	406	406	406	406

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabla 23. *Correlaciones entre las variables “factores protectores y factores de riesgo de salud dental”, “creencias en relación a la consulta odontológica” Ansiedad dental e intensidad de dolor dental percibido.*

La tabla anterior muestra los resultados obtenidos del tratamiento estadístico de los datos de cada una de las variables de investigación, a través del cálculo del coeficiente de correlación r_{xy} Producto Momento de Pearson, para un $\alpha=0,01$ de significación bilateral.

Partiendo del análisis de la relación reportada entre la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental, y el resto de las variables en estudio, se evidencia la correlación positiva y significativa con las variables de creencias en relación con la consulta odontológica (0,348) y ansiedad dental (0,156), y la correlación negativa no significativa respecto a la variable intensidad del dolor dental (-0.09); Como se puede observar los coeficientes obtenidos se ubican dentro de categorías de correlación moderada y baja respectivamente, en consecuencia los resultados no permiten el establecimiento de relaciones lineales entre el primer subgrupo de variables estudiado.

Tomando como criterio de análisis, la variable creencias en relación con la consulta odontológica, se puede observar que presenta una correlación positiva significativa con la variable ansiedad dental (0,282) y una correlación positiva no significativa con la variable intensidad del dolor dental (0,066); ubicándose ambos coeficientes dentro de categorías de correlación moderada y baja respectivamente. Los resultados obtenidos para éste subgrupo de variables no permiten el establecimiento de relaciones lineales entre los fenómenos examinados.

Finalmente y respecto al análisis de la relación de las variables ansiedad dental e intensidad del dolor dental percibido, se puede identificar una interacción positiva moderada entre ambos factores, con un coeficiente de correlación (0,255) estadísticamente significativo de acuerdo con el nivel de significación establecido ($\alpha=0,01$), aunque moderado en cuanto al establecimiento de relaciones lineales entre los fenómenos estudiados dentro de éste subgrupo.

4.4 ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE.

4.4.1 Verificación de los supuestos estadísticos:

Según Kerlinger y Lee (2001), se deben cumplir algunos supuestos estadísticos, los cuales están directamente relacionados con los errores de estimación o residuos obtenidos por las diferencias entre los valores calculados por el modelo y los realmente observados en la Variable Dependiente.

Estos supuestos estadísticos comprenden la linealidad, la independencia, la homocedasticidad, la normalidad y la no colinealidad. A continuación se explica brevemente en que consiste cada uno de ellos, así como el tratamiento estadístico que recibió la

distribución de datos de las variables en estudio, para cumplir con los requisitos del análisis de regresión lineal.

- *Linealidad*: la ecuación de regresión toma una forma particular. En concreto la variable dependiente es la suma de un conjunto de elementos (el origen de la recta, una combinación lineal de variables independientes o predictoras y los residuos). El incumplimiento del supuesto, se denomina *error de especificación*
- *Independencia*: los residuos son independientes entre si.
- *Homocedasticidad*: para cada valor de la variable independiente, la varianza de los residuos es constante.
- *No-Colinealidad*: no existe relación lineal exacta entre ninguna de las variables independientes. El incumplimiento del supuesto da origen a colinealidad o multicolinealidad.

En cuanto al cumplimiento del supuesto de linealidad de la pendiente de regresión y de homocedasticidad de los residuos correspondientes a este modelo, el gráfico 11, evidencia por una parte el incumplimiento del primer supuesto, es decir la presencia del error de estimación en cuanto a la suma de los elementos que componen el modelo; y por otra parte, indica como los residuos del modelo, tienden a distribuirse de acuerdo con un patrón que no exhibe las características de normalidad y que requerirán de un ajuste posterior para cumplir con los requisitos que plantea el supuesto.

Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado

Variable dependiente: Intensidad de dolor dental

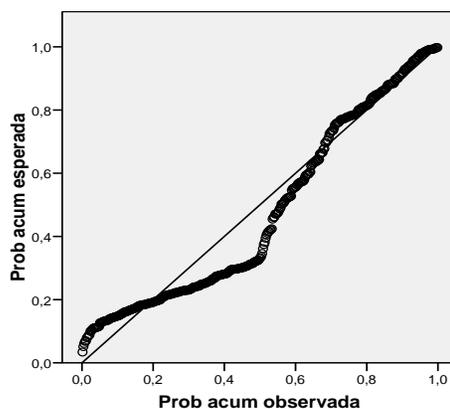


Fig. 17. Modelo de regresión lineal para la variable dependiente.

Con relación al supuesto de colinealidad, los resultados obtenidos a partir del *coeficiente de correlación producto momento de Pearson* (tabla 23), develan la inexistencia de relaciones lineales entre las variables independientes analizadas, en consecuencia es apropiada su incorporación como factores predictores en la estructura funcional del modelo.

Una vez llevada a cabo la verificación de los supuestos estadísticos, se presentan los resultados del análisis de regresión múltiple para determinar el valor predictivo de las variables independientes sobre la variable dependiente.

Tabla 24. Resumen del modelo de regresión lineal.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,260 ^a	,068	,061	1,16667	1,992

- a. **Variables predictoras:** (Constante), Creencias en relación con la consulta odontológica, CORAH: Ansiedad, Factores protectores y factores de riesgo en salud dental.
- b. **Variable dependiente:** Intensidad de dolor dental.

La tabla anterior nos indica, como tomadas juntas las tres variables independientes incluidas en el análisis, explican un 26% de la varianza de la variable dependiente, pues $R = 0,260$.

El error típico de estimación, señala como un 1,16% de la variabilidad de la variable dependiente no es explicada por la recta de regresión, es decir no pertenece a la varianza explicada que resulta del análisis de las tres variables independientes en relación con la variable dependiente del modelo.

Finalmente se examinan los resultados de la prueba de Durbin Watson para detectar autocorrelación entre los residuos, con un índice de 1,992 donde puede asumirse que los residuos son independientes.

Tabla 25. Resumen del ANOVA ^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	39,769	3	13,256	9,739	,000 ^a
	Residual	547,169	402	1,361		
	Total	586,938	405			

- a. **Variables predictoras:** (Constante), Creencias en relación con la consulta odontológica, CORAH: Ansiedad, Factores protectores y factores de riesgo en salud dental.
- b. **Variable dependiente:** Intensidad de dolor dental.

La tabla 25 presenta los resultados asociados a la probabilidad del valor teórico F , obtenidos a partir del análisis estadístico del ANOVA, que indica si las variables contrastadas contribuyen significativamente al ajuste del modelo.

El estadístico F contrasta la hipótesis nula de que el valor poblacional de R , es decir del coeficiente de correlación múltiple entre la variable dependiente y las tres variables independientes del modelo (0,26) es igual a cero, y por tanto permite identificar si existe relación lineal significativa entre la variable dependiente y el conjunto de variables independientes agrupadas.

Los resultados derivados del análisis anterior, permiten afirmar que el plano definido por la ecuación de regresión ofrece un ajuste moderado a la nube de puntos. En otras palabras, confirman que la distribución de puntos dentro de la recta de regresión tiende a agruparse en mayor grado, de acuerdo con el supuesto estadístico de normalidad.

De lo anterior se concluye que las variables independientes contribuyen de manera significativa al ajuste del modelo, y en consecuencia pueden ser incorporadas al modelo de regresión.

Tabla 26. *Coefficientes de regresión parcial*^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	1,533	,518		2,958	,003**
CORAH: Ansiedad	,098	,019	,261	5,183	,000**
Factores protectores y factores de riesgo en salud dental	-,008	,008	-,053	-1,028	,305
Creencias en relación con la consulta odontológica	,002	,008	,011	,206	,837

a. **Variable dependiente:** Intensidad de dolor dental.

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Los coeficientes no estandarizados *B* (tabla 26), expresan los índices de regresión parcial que definen la ecuación de regresión en puntuaciones directas. Estos coeficientes indican el cambio medio que le corresponde a la variable dependiente *intensidad del dolor dental*, por cada unidad de cambio de las variables independientes ansiedad dental (CORAH), factores protectores y factores de riesgo en salud dental y creencias en relación con la consulta odontológica.

En este orden de ideas, a la variable intensidad de dolor dental le corresponde un pronóstico basado en un incremento constante (1,533), más 0,098 veces el valor de la variable ansiedad dental, menos 0,008 veces el valor de factores protectores y factores de riesgo en salud dental, mas 0,002 veces el valor de creencias en relación con la consulta odontológica.

Los coeficientes de regresión parcial estandarizados *Beta*, definen la ecuación de regresión cuando las puntuaciones directas son transformadas en puntuaciones tipificadas. En este sentido, indican la cantidad de cambio en puntuaciones típicas que se producirá en la variable dependiente intensidad del dolor dental, por cada cambio de una unidad en cada

una de las variables independientes analizadas (manteniendo constante el resto de las variables).

Siguiendo la línea anterior (tabla 26), se puede observar como la variable independiente ansiedad dental (CORAH) con un coeficiente Beta de 0,261 es la que mayor importancia (peso) aporta a la pendiente de regresión, es decir, es la que se asocia con un mayor valor predictivo en cuanto a la explicación de la intensidad del dolor dental. Le sigue la variable creencias en relación con la consulta odontológica, que obtuvo un coeficiente Beta de 0,011, y finalmente la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental, con un coeficiente Beta de -0,053, que se asocia con una menor contribución en cuanto a la explicación de la varianza de la intensidad del dolor dental.

Finalmente y en relación con el valor crítico asociado a cada *prueba t* para el análisis de regresión del modelo, se puede observar como sólo una de las tres variables independientes reportan índices distintos a cero, lo cual implica que todas ellas (en mayor o menor medida) contribuyen en la explicación del comportamiento de la variable dependiente examinada. Sin embargo como se puede observar en la tabla 26, la variable independiente ansiedad dental presenta una relación estadísticamente significativa con respecto a la variable dependiente dolor dental, para un nivel de significación de 0,00. El dolor no se pudo predecir de manera significativa a partir de la variable independiente factores protectores y factores de riesgo en salud dental (0,305), así como tampoco la variable independiente creencias en relación con la consulta odontológica arroja resultados significativos (0,83). Estos resultados conducen a la conclusión de que la ansiedad dental es la variable independiente que predice de manera significativa la mayor parte de la varianza de la variable dependiente dolor dental.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Un gran número de procedimientos llevados a cabo por los odontólogos y destinados al mantenimiento de la salud oral, son dolorosos y resultan desagradables para los pacientes que acuden a esta especialidad médica (Neish, Sullivan y Tripp, 1998). Por esa razón, la interacción entre la respuesta de ansiedad y la intensidad del dolor percibida en contextos y situaciones de intervención y tratamiento odontológico, ha sido profundamente investigada y sus hallazgos coinciden en resaltar la influencia de los estados de ansiedad sobre la modulación del dolor, la recuperación postoperatoria, la aparición y aumento de las conductas de dolor (verbales y no verbales), así como en la anticipación futura del malestar ante eventos con características contextuales y situacionales similares.

La ansiedad asociada a las situaciones de consulta odontológica o ansiedad dental, es entendida como la activación fisiológica que puede producirse tanto ante estímulos internos cognitivos y somáticos como ante estímulos ambientales, pudiendo presentarse antes y/o durante el procedimiento odontológico (Fernández y Rivera, 2005; Vinaccia, Bedoya y Valencia, 1998).

El dolor ha sido definido por la Asociación Internacional para el Estudio del dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial” (Penzo, 1989). Siendo el *dolor dental* el tipo más frecuente de algia de la cavidad oral, con alta prevalencia en la población general y uno de los principales motivos de consulta de los pacientes odontológicos, ocasionado por la caries dental.

Las creencias son todas aquellas estructuras cognitivas que se desarrollan en base a experiencias tempranas, factores ambientales, culturales y biológicos (Beck, 1976). Se pueden entender como un conjunto de reglas o marco referencial que determina la forma de ser de un individuo en su ambiente, la forma en que evalúa las situaciones, a los otros y a sí mismo (Calvete y Cardeñoso, 2001).

Jongh y Horst (1993), denominaron *cogniciones dentales negativas* a aquellas creencias y pensamientos disfuncionales que se desarrollan en torno a la situación de

consulta odontológica y procedimientos dentales, señalando que las mismas se relacionan con el miedo y la preocupación de los pacientes por la pérdida de control y la posibilidad de desmayarse o sufrir un ataque de pánico.

El comportamiento de los individuos ejerce un impacto positivo o negativo sobre su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen (Lima y Casanova, 2006). Los factores de riesgo en salud dental, se refieren a todas aquellas condiciones biológicas, sociales, conductuales y ambientales que se asocian con el incremento de la susceptibilidad individual para padecer una enfermedad (OMS, 1998).

Dentro del marco previamente establecido y con el interés de entender y describir cómo interactúan las creencias en relación con la consulta odontológica, los factores de riesgo en salud dental, la respuesta de ansiedad dental y la percepción de dolor dental de los pacientes que asisten regularmente a consulta odontológica en centros asistenciales públicos y privados del Distrito Capital, la presente investigación se propuso evaluar cada una de las variables a partir de la administración de tres instrumentos, en una muestra conformada por 406 pacientes; obteniendo índices para su posterior análisis y correlación. La muestra empleada en la investigación fue incidental, constituida por grupos de pacientes que asistieron a consulta odontológica, tanto en la modalidad pública, como en la privada, durante un periodo que coincidió con el lapso temporal pautado para realizar la investigación.

A través de la aplicación de las pruebas se obtuvo un índice de ansiedad dental, que permitió identificar aquellos individuos ansiosos o incluso fóbicos en relación con la consulta odontológica; asimismo se trabajó con un índice de factores protectores y de riesgo que permitió asignarle a cada participante un puntaje que lo situó en una posición de riesgo o una posición de protección en cuanto a su salud dental; se obtuvieron puntajes de creencias en relación con la consulta odontológica a través de los cuales se identificaron aquellos individuos que tienden a catastrofizar el evento, diferenciándolos de aquellos que presentan creencias acordes o creencias ajustadas en torno a la situación de consulta odontológica; finalmente el dolor se midió a través de una escala de autoinforme visual analógica (EVA), donde la respuesta del participante se consideró equivalente al dolor dental percibido para el momento de la medición.

Los resultados obtenidos sugieren que la ansiedad dental no operó como un factor determinante en la mayoría de los pacientes, observándose que en promedio obtuvieron puntuaciones de 8,14 en una escala de ansiedad dental (EAD), donde 9 es el valor mínimo que describe la presencia de ansiedad moderada ante estresores específicos; esto implica que el puntaje promedio obtenido por la muestra, fue inferior al mínimo requerido para considerar que el paciente padece de una ansiedad moderada. Una posible explicación a estos hallazgos recae en el planteamiento que indica que los individuos que padecen de ansiedad extrema o fobia, podrían constituir grupos de riesgo en salud dental, cuyo patrón de asistencia a la consulta y control odontológico, estaría caracterizado por la demora, evitación, ausentismo y/o abandono, como consecuencia del temor o la expectativa de dolor ante los procedimientos e intervenciones, derivada de su ansiedad dental o fobia odontológica (Fernández y Rivera, 2005; Neish, Sullivan y Tripp, 1998; Vinaccia, Bedoya y Valencia, 1998); por ende, la probabilidad de obtener registros de puntuaciones altas relacionadas con la presencia de ansiedad severa o fobia dental en los pacientes, resultó mínima dentro de la muestra bajo estudio.

La intensidad de dolor dental percibida en promedio fue baja. El 50% de los participantes no presentó dolor, y un 21% presentó dolor moderado. Un factor que podría ayudar a comprender que la mitad de los participantes no presentara dolor (50%), y que en la otra mitad de los participantes solo un pequeño porcentaje presentara dolor moderado (21%) y un porcentaje aun más pequeño presentara dolor severo (5%), tiene que ver con el criterio de selección de los participantes y especialmente con los motivos de consulta registrados. En esta investigación se trabajó con el área de odontología general, existiendo diversos motivos de consulta, que no necesariamente están vinculadas con un procedimiento doloroso. El 80% de los motivos por los cuales consultaron los pacientes que conformaron la muestra de investigación, se pueden agrupar en: revisiones (17,7%), prótesis (14,5%), ortodoncias (8,6%), cirugías bucofaciales (8,6%), limpiezas (4,9%) y endodoncia (4,4%). De todos ellos, sólo las cirugías y los procedimientos de endodoncia son potencialmente dolorosos, requieren de mayores cuidados posteriores y suelen relacionarse con procesos inflamatorios de la región orofacial. Estos resultados demuestran que la menor proporción de pacientes que reportó una experiencia de dolor severa, podría estar distribuida entre los motivos de consulta relacionados con intervenciones odontológicas dolorosas y complejas, tales como los tratamientos de conducto y las cirugías bucofaciales relacionadas con la extracción de los terceros molares.

Resulta interesante destacar a este nivel de explicación que Davey (1989), como pionero en el estudio de la ansiedad dental y su relación con la percepción e intensidad del dolor, encontró que de aquellas personas que reportaron “haber estado siempre ansiosas por los tratamientos de cuidado y mantenimiento de la salud oral”, el 93% señaló al menos una experiencia de tratamiento dolorosa, mientras que el 70% identificó experiencias dolorosas múltiples; en contraste con los participantes que reportaron “no haber estado nunca ansiosos por los tratamientos de cuidado y mantenimiento de la salud oral”, identificando un 60% de ellos al menos una experiencia de tratamiento dolorosa y sólo el 7% aludiendo experiencias dolorosas múltiples (Biggs, Kelly y Toney, 2003).

Vinculando los hallazgos de Davey (1989), con los resultados obtenidos en esta investigación en cuanto a los niveles de ansiedad dental e intensidad del dolor dental, se puede argumentar que se desconoce la información relacionada con la historia de cada uno de los pacientes odontológicos, y más específicamente no se tuvo acceso al historial de experiencias dolorosas durante tratamientos odontológicos pasados, que pudieran explicar el temor o anticipación al dolor y en consecuencia relacionarse con niveles de ansiedad actual elevados. En contraposición, se podría entonces inferir, que al menos un 50% de los pacientes que constituyeron la muestra no cuentan dentro de su repertorio con experiencias aversivas pasadas dentro del contexto odontológico, lo cual puede explicarse a través del motivo de consulta referido por ellos, relacionado en mayor medida con procedimientos odontológicos preventivos (limpieza, control, revisión) y acumulativos, que reflejan un estado adecuado de salud bucodental y la puesta en práctica de pautas de higiene incompatibles con el desarrollo de patologías bucodentales que requerirían de tratamientos más dolorosos y extensos en el tiempo, los mismos que tienden a ser referidos como los inductores o iniciadores de las experiencias aversivas, dolorosas y traumáticas por aquellos pacientes que se comportan de acuerdo con las características establecidas por el complejo patrón conductual denominado ansiedad dental.

Los resultados de investigaciones dentro del área confirman la validez explicativa de las experiencias aversivas previas, en cuanto a la adquisición y despliegue de la ansiedad asociada a la situación de consulta odontológica, asimismo sustentan el planteamiento de que los niveles elevados de ansiedad y dolor, se corresponden en mayor medida con motivos de consulta cuya intervención suele ser invasiva y de gran complejidad. García, Gómez y González, (1997), evaluaron una muestra conformada por dos grupos de pacientes odontológicos, próximos a ser intervenidos quirúrgicamente a través del procedimiento de

cirugía bucomaxilofacial para la extracción de los terceros molares, siendo uno de sus objetivos indagar y localizar en la historia de reforzamiento de cada participante las contingencias pasadas que pudieran guardar relación con la explicación de la ansiedad actual y la percepción del dolor agudo, durante el periodo de recuperación postoperatorio inmediato. Las autoras identificaron en el reporte del 80% de los participantes, experiencias dolorosas relacionadas con tratamientos e intervenciones odontológicas pasadas, donde subrayaron la importancia del aporte de esas vivencias en cuanto al desarrollo de su ansiedad dental actual, pues a partir de las mismas los participantes lograron identificar el origen de su conducta de ansiedad dentro del contexto odontológico.

Desde la perspectiva de la salud dental, entre los factores de riesgo relacionados con la aparición de la enfermedad bucodental y en consecuencia con el ausentismo y postergación de la consulta odontológica, destacan la higiene como causa primaria, relacionada con la adquisición de hábitos orales incorrectos durante la infancia, seguida de la edad, la experiencia e historia clínica de caries dental y enfermedades periodontales, la práctica de hábitos relacionados con el consumo de sustancias (alcohol, cigarrillo) y la deformación de la dentadura (onicofagia, queilofagia, bruxismo, succión digital, respiración bucal y deglución atípica), y finalmente los comportamientos disruptivos que pueden aparecen antes de la consulta odontológica (ausentismo, cancelación de citas, postergación) o durante el transcurso de la misma (cerrar la boca, mover la cabeza, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar) (Carranza y Estrada, 2010; Lima, Rivero y Pérez, 2007). Otro de los factores de gran importancia en la adquisición y mantenimiento de pautas riesgosas para la salud dental, hace referencia al modelaje de actitudes ante el tratamiento dental por parte de los padres y otros modelos significativos (Caycedo, Cortés, Gama, Rodríguez, Colorado, Caycedo, Barahona y Palencia, 2008).

En congruencia con el planteamiento previo que permite describir a los pacientes que conformaron la muestra como sujetos con índices bajos de ansiedad dental e intensidad de dolor dental, y en consecuencia diferenciarlos de los grupos que se encuentran en situación de riesgo dental, resulta imprescindible agregar en este punto que a través de los puntajes promedios que obtuvieron en la subescala de factores protectores y factores de riesgo en salud dental, los mismos se encuentran en situación de protección en salud dental, en mayor medida que de riesgo. Estos resultados proponen que los participantes poseen información, y conocen las pautas de higiene y salud dental necesarias para conservar en buen estado su dentadura y disminuir la probabilidad de desarrollar enfermedades

bucodentales. Relacionado con lo anterior, es importante destacar que aproximadamente la mitad de la muestra de participantes (49,5%) valoró como “bueno” su estado salud dental actual, restando un pequeño porcentaje de individuos (11,10%) que lo evaluó como malo o deteriorado.

En relación con la concepción teórica del riesgo en salud dental, los puntajes obtenidos en el cuestionario de factores protectores y factores de riesgo de salud dental permiten la evaluación de la información que maneja el individuo, y sus conocimientos acerca de las prácticas de salud dental más adecuadas. Sin embargo y entendiendo que los factores de riesgo en salud dental, generalmente se relacionan con la puesta en práctica de los “hábitos incorrectos”, la evidencia de desinformación e inaccesibilidad al servicio de odontología preventiva, la carencia de recursos para costear el tratamiento, así como la manifestación de conductas que suelen ser socialmente castigadas y en consecuencia generadoras de vergüenza para el paciente; existe la posibilidad de que los puntajes obtenidos no se comporten como indicadores fieles y directos de las prácticas de salud de cada uno de los participantes, pudiendo existir respuestas de deseabilidad social; aun así se mantiene el supuesto de que el conocimiento de las pautas adecuadas en el área de la salud dental es esencial para su puesta en práctica. La obtención de puntajes que aseguran la prevalencia de factores protectores de salud dental, por encima de los factores de riesgo, aunada a la percepción de una buena salud dental por un elevado porcentaje de participantes y la obtención de índices bajos de ansiedad dental e intensidad del dolor dental, confirma los resultados que indican que los pacientes odontológicos que conformaron la muestra, en promedio se encuentran en una situación de protección en salud dental.

Con relación a la variable cognitiva de la investigación, se encontró que en promedio los participantes tienden a ubicarse levemente en el extremo de las creencias catastróficas en relación con la consulta odontológica. Aspecto que se relaciona con el temor al odontólogo y el malestar que suele ser comúnmente documentado en poblaciones de pacientes odontológicos occidentales.

Al respecto Livia y Manrique (2001), señalan que en el paciente odontológico pueden surgir pensamientos catastróficos acerca del tratamiento, tales como: el temor a experimentar dolor intenso o la posibilidad de resultar lastimados a través del instrumental utilizado por el odontólogo o higienista dental. Siendo la capacidad o incapacidad percibida de las personas en cuanto al control de sus pensamientos disfuncionales, un elemento clave

en la manifestación de comportamientos adecuados o inadecuados en el contexto odontológico.

Las puntuaciones obtenidas en la subescala de creencias en relación con la consulta odontológica, permiten vincular los resultados de esta investigación con los hallazgos que resaltan la intervención de las “cogniciones dentales negativas” como elementos que contribuyen en la aparición de los miedos al dentista, la ansiedad dental y la fobia (Bedoya y Valencia, 1998; Fernández y Rivera, 2005; Vinaccia y cols, 2003). No obstante, es válido resaltar el hecho de que la tendencia hacia la catastrofización reportada por los participantes que conformaron la muestra, resultó moderada, por lo tanto no se puede afirmar que constituyen grupos riesgosos en cuanto a la disfuncionalidad del componente cognitivo, relacionada con los patrones de comportamientos donde la demora, el ausentismo o la evitación de la consulta odontológica, adquiere la mayor relevancia.

Diversas investigaciones han señalado que los factores cognitivos también desempeñan un papel importante en la evolución y permanencia del dolor. Las ideas catastróficas, las creencias erróneas que el paciente maneja sobre el dolor y el significado que atribuye a sus síntomas, la autoeficacia percibida para manejar el dolor y las preocupaciones sobre el futuro, son los elementos que comúnmente vienen asociados con el deterioro funcional que produce el dolor, su percepción y la respuesta de los pacientes ante el tratamiento (Ruvalcaba y Domínguez, 2009).

Retomando la argumentación previa, que sugiere que la muestra en estudio a pesar de reportar puntuaciones tendientes hacia el extremo de las creencias catastróficas, no puede ser ubicada dentro de la categoría de catastrofización y relacionando los hallazgos que plantean la intervención de las cogniciones en los procesos de evaluación y permanencia del dolor, con los resultados obtenidos para las variables de creencias en relación con la consulta odontológica y de intensidad del dolor dental, se puede observar como al menos en un 50% de los participantes de la muestra en estudio, parece no ejercer efecto el hecho de evaluar la consulta odontológica como un evento amenazante y potencialmente dañino; mientras que en el 50% restante, ese efecto puede estar matizado entre un mínimo porcentaje de sujetos que reportaron una experiencia de dolor severo, y un porcentaje restante que reportó en mayor medida una experiencia de dolor moderado.

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis de correlación de las variables en estudio, a partir del coeficiente de correlación r_{xy} *producto momento de Pearson*, los cuales permitirán responder a los objetivos planteados para esta investigación y ofrecerán un panorama general acerca del comportamiento de las variables en su contexto de aparición.

Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, al correlacionar las cuatro variables de la investigación, de donde se concluye que, en mayor o menor medida la ansiedad dental, la intensidad del dolor dental, los factores de riesgo en salud dental y las creencias en relación con la consulta odontológica, interactúan en la configuración del repertorio conductual de salud dental que caracteriza a los pacientes que formaron parte de la muestra evaluada.

Más específicamente, tras correlacionar los factores de riesgo en salud dental y las creencias en relación con la consulta odontológica, se obtuvieron resultados significativos con un coeficiente $r_{xy} = 0,348$ que indica una interacción positiva pero de fuerza moderada entre las variables. Resultados que confirman la tendencia de los pacientes que participaron en la investigación a ubicarse dentro del extremo que representa la protección en salud dental, aun cuando se presenta el componente cognitivo relacionado con la evaluación de la consulta odontológica como un evento potencialmente generador de malestar y temor.

Por su parte, los resultados obtenidos al correlacionar los factores de riesgo y la ansiedad dental fueron significativos, con un coeficiente $r_{xy} = 0,156$, lo que indica que la interacción entre las variables es baja. Nuevamente se evidencia como la protección en salud dental viene asociada con la ausencia de aprensión y en consecuencia con la relativa adaptación del paciente ante la situación de consulta odontológica, adaptación que más específicamente guarda relación con la percepción del control del paciente dentro de ese contexto, la ausencia de experiencias previas que ocasionen o justifiquen el escape o evitación de la situación, y finalmente el motivo de consulta por el cual acude a esta área de la salud.

Con respecto a la correlación entre las variables factores de riesgo en salud dental e intensidad del dolor dental, se obtuvo una correlación negativa con un coeficiente $r_{xy} = -0.09$ y no significativa. La protección en salud dental, expresada a partir de los bajos índices obtenidos para la variable factores de riesgo, se relaciona con la ausencia de patología

bucodental grave que compromete la salud integral del paciente y que a su vez guarda relación con los procedimientos de intervención odontológicos invasivos que se asocian con mayores reportes de dolor por parte de los pacientes odontológicos. En este sentido, resulta lógico que los resultados obtenidos permitan confirmar el planteamiento que enuncia que los pacientes con altos factores de protección en salud dental, suelen asistir a consulta odontológica con motivos preventivos que se relacionan en mayor medida con la limpieza dental y el control, que con la emergencia ocasionada por dolor dental agudo.

En el caso de las creencias en relación con la consulta odontológica y la ansiedad dental, se observa que a pesar de que los resultados fueron significativos con un coeficiente de correlación entre las variables $r_{xy} = 0,28$, se describe entre ellas una interacción moderada. Estos resultados reflejan que aun cuando los participantes en promedio tendieron a evaluar la situación de consulta odontológica como un evento potencialmente riesgoso y generador de temor, los comportamientos relacionados con la misma no suelen ser de evitación, sino más bien de adhesión; en consecuencia se puede sugerir que los pacientes odontológicos del Distrito Capital que formaron parte de la muestra evaluada podrían referir preocupación en cuanto a la atención odontológica, sin que ello opere como desencadenante de la respuesta de ansiedad ante dicha situación.

Para el caso del análisis de correlación entre las creencias en relación con la consulta odontológica y la intensidad de dolor dental, se obtuvo un coeficiente $r_{xy} = 0,066$ bajo y estadísticamente no significativo. La mayor proporción de pacientes odontológicos que formaron parte de la muestra evaluada, reportó la ausencia de dolor durante la medición de la variable, por esa razón se sostiene que el evento sensorial no tiende a ser asociado con las creencias inclinadas a la catastrofización de la consulta odontológica, pues los participantes refieren preocupación en cuanto a la atención odontológica y las características del contexto, en mayor medida que en torno al procedimiento al cual serán sometidos, pues la mayor parte de ellos asistió con motivos relacionados con la prevención, cuyos procedimientos generalmente tiende a ser inocuos y poco inductores de malestar.

Cuando se evaluó la relación entre la ansiedad dental y la intensidad de dolor dental se obtuvieron resultados significativos con una correlación positiva de fuerza moderada $r_{xy} = 0,25$, pero insuficiente para afirmar que existe una relación lineal entre las variables. Tal y como se planteó previamente, algunos de los casos evaluados en la muestra bajo estudio, evidencian que la ansiedad dental se relaciona con la intensidad del dolor dental en aquellos

pacientes que se agrupan dentro de categorías de consulta relacionadas con intervenciones quirúrgicas y tratamientos de endodoncia; en contraste con la mayor proporción de la muestra, que se ubicó dentro de categorías de consulta que requieren de una asistencia regular y se relacionan con procedimientos de prevención y estética, no estando asociados con deterioro bucodental y por ende, distanciados de aquellos procedimientos que suelen ser extensos, complejos y dolorosos. Por otra parte, aquellos pacientes cuyo motivo de consulta estuvo representado por los procedimientos quirúrgicos o de endodoncia, tienen una mayor probabilidad de presentar índices elevados de **ansiedad preoperatoria** y de **intensidad del dolor dental agudo postoperatorio**, cumpliendo así con las condiciones que establecen los estudios que han señalado la existencia de relaciones lineales entre la ansiedad dental y el dolor, pero que no obstante, constituyen factores que exceden los objetivos de investigación para este caso planteados.

Es importante destacar que los hallazgos de algunas investigaciones apuntan a que existe una relación entre la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio, en esta línea Hoyos, López y Tobón (2004), señalan que “la percepción del dolor y la ansiedad son concomitantes: a medida que aumenta la ansiedad aumenta también la probabilidad de que los estímulos nocivos, y aún los no nocivos, se manifiesten mediante la respuesta de dolor”. Por otra parte “el miedo a experimentar dolor” ha sido identificado como la causa primaria de la ansiedad dental (Biggs, Kelly y Toney, 2003). Desde este enfoque, las manifestaciones de ansiedad y temor hacia la atención y tratamiento dental, han sido documentados como factores que se observan frecuentemente en poblaciones infantiles y adultas, obstaculizando el cuidado y mantenimiento de la salud oral, pudiendo incluso acarrear la evitación total de la consulta odontológica y consecuentemente la identificación y tratamiento tardío de patologías orales de diversa índole (Fernández y Rivera, 2005; Vinaccia, Bedoya y Valencia, 1998).

De acuerdo con los objetivos de esta investigación que consistieron en evaluar y describir la interacción entre variables de naturaleza psicosocial y cognitiva, con relación a la aparición de la respuesta de ansiedad dental e intensidad del dolor dental percibido dentro del contexto de odontología general; el dolor no fue entendido como un fenómeno postoperatorio, por ello su medición fue realizada en la sala de espera odontológica antes de que los pacientes entraran a consulta, lo que en parte explica los resultados obtenidos que no confirman la relación entre la ansiedad en situaciones de consulta odontológica y el dolor postoperatorio y/o producto de la intervención, documentada en diversas investigaciones

desarrolladas dentro de esta línea. El dolor tal y como aquí fue concebido, actuó como una variable moderadora que llevó al paciente a asistir a consulta, y no como la consecuencia de la intervención odontológica, evaluándose en conjunto con el resto de las variables de la investigación (los factores protectores y factores de riesgo de salud dental, las creencias en relación con la consulta odontológica y la ansiedad dental).

A modo de conclusión se debe resaltar que a pesar de haberse encontrado una correlación estadísticamente significativa entre la mayoría de las variables de la investigación, el valor de sus coeficientes osciló entre niveles moderados y bajos, resultando insuficientes para el establecimiento de relaciones lineales entre ellas. Estos hallazgos llevan a especular que existen variables de naturaleza diferente a las seleccionadas como parte de este estudio, que pueden estar interviniendo y realizando aportes en cuanto a la explicación de la respuesta de ansiedad y la experiencia de dolor dental, entre las cuales: la edad, la experiencia e historia clínica de caries dental y enfermedades periodontales, la vivencia de experiencias aversivas y dolorosas en contextos odontológicos y el motivo que lleva al paciente a solicitar consulta odontológica, pueden ser sólo algunas.

Una vez alcanzados cada uno de los objetivos planteados en la investigación, se consideró pertinente aproximar un modelo de explicación para el fenómeno del dolor dental desde los datos obtenidos. Para ello, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, donde el dolor se entendió como la variable dependiente, y la ansiedad dental, los factores protectores y factores de riesgo en salud dental, y las creencias relacionadas con la consulta odontológica fueron las variables independientes o predictoras.

Tras realizar el análisis de los datos, se obtuvo que la ansiedad dental, los factores protectores y factores de riesgo de salud dental y las creencias en relación con la consulta odontológica, en conjunto explican un 26% de la varianza de la variable dependiente dolor dental. Al analizar los coeficientes de regresión parcial estandarizados Beta, para cada una de las variables independientes se observó que el coeficiente Beta de la ansiedad dental es el más elevado (0,261) seguido por el coeficiente Beta obtenido por la variable creencias en relación con la consulta odontológica (0,011) y por último la variable factores protectores y factores de riesgo en salud dental (-0,053). El coeficiente Beta indica la cantidad de cambio en puntuaciones típicas que se producirá en la variable dependiente intensidad de dolor, por cada cambio de una unidad en cada una de las variables independientes consideradas en el análisis. En esta línea se puede afirmar que de todas las variables independientes

analizadas, la ansiedad dental es la que se asocia con un mayor valor predictivo y es la que puede explicar mejor el dolor dental.

Se puede concluir que la pequeña fracción de la varianza (26%) del dolor dental que explican las variables independientes analizadas: ansiedad dental, factores protectores y factores de riesgo en salud dental y creencias en relación con la consulta odontológica; la ansiedad dental tiene el mayor nivel predictivo y es la que explica mejor y de manera significativa los resultados obtenidos en cuanto al dolor dental, resultado que coincide con los planteamientos teóricos y prácticos reflejados en otras investigaciones que han vinculado la ansiedad dental con la intensidad del dolor (Biggs, Kelly y Toney, 2003; Hoyos, López y Tobón 2004).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

A partir del estudio de algunas de las variables psicosociales y cognitivas que intervienen en la aparición la respuesta de ansiedad y dolor dental en pacientes odontológicos se obtuvieron resultados que permiten establecer las siguientes conclusiones:

- Los pacientes que participaron en esta investigación presentan en promedio una mayor preponderancia de factores protectores en salud dental que factores de riesgo.
- En el caso de las creencias relacionadas con la consulta odontológica, existe una tendencia hacia la *catastrofización* de la situación dental.
- Existe una preponderancia de los pacientes que no padecen de ansiedad dental, observándose que no se anticipa como aversiva la situación de consulta y tratamiento odontológico.
- La intensidad de dolor dental percibida fue baja, se puede observar que en los procedimientos asociados a odontología general predominan los pacientes sin dolor.
- Los procedimientos odontológicos asociados a odontología general en su mayoría son de tipo preventivo y estéticos (limpiezas, revisiones, ortodoncia etc.).
- Existe una interacción moderada y significativa entre las creencias en relación a la consulta odontológica y la ansiedad dental.
- Existe una relación baja y no significativa entre las creencias en relación a la consulta odontológica y el dolor dental percibido.
- Existe una interacción moderada y significativa entre los factores de riesgo en salud dental y las creencias en relación con la consulta odontológica.

- Existe una relación baja y significativa entre los factores protectores y los factores de riesgo en salud dental y la ansiedad dental.
- Existe una relación baja y no significativa entre los factores protectores y los factores de riesgo en salud dental y el dolor dental.
- La ansiedad dental presenta una relación moderada y significativa con la intensidad de dolor dental percibido.

Los resultados de esta investigación permiten describir a los pacientes del Distrito Capital (bien sea que provengan de instituciones públicas o de clínicas privadas) que formaron parte de la muestra examinada, como un tipo de paciente que asiste de manera regular a la consulta y presenta factores protectores de salud que actúan a favor de la higiene dental y la salud bucal, disminuyendo las probabilidades de riesgo asociadas con la adquisición de patologías bucodentales graves que generalmente se relacionan con la postergación, el ausentismo, el abandono y la inasistencia a la especialidad odontológica, y que surgen como consecuencia del temor y la expectativa de dolor que tienen algunos pacientes en torno a los procedimientos y tratamientos dentales. Por otra parte, si bien existen indicadores de preocupación ante los procedimientos odontológicos, estos pensamientos parecieran no obstaculizar la asistencia regular a consulta, ni desencadenar manifestaciones de ansiedad, al no ser evaluada la consulta odontológica como un evento aversivo para el paciente.

Como se puede inferir a partir de lo planteado anteriormente, los participantes de la investigación, se caracterizan por ser pacientes sanos que le otorgan prioridad a la salud oral y a la prevención de las enfermedades bucodentales, aun cuando manifiestan preocupación o nerviosismo acerca de los procedimientos llevados a cabo por el odontólogo y el dolor que suele ser atribuido a los mismos, cogniciones que corresponden con estructuras de creencias ajustadas y que hacen referencia a los temores habituales que cualquier paciente (que no presente cuadros instaurados de ansiedad dental y/o fobia odontológica) puede experimentar ante la situación de consulta odontológica.

CAPITULO VII

LIMITACIONES

Durante el desarrollo de esta investigación, surgieron una serie de eventos que, en mayor o menor medida dificultaron el cumplimiento íntegro de los aspectos que se habían planteado al inicio de la misma. Entre estos se encuentran:

1. **Dificultad en cuanto a la medición de la intensidad del dolor dental:** debido a las características de la muestra bajo estudio (pacientes odontológicos que asisten regularmente a consulta) las mediciones del dolor se realizaron en la sala de espera durante el momento previo a la cita odontológica, junto con las mediciones del resto de variables en estudio, en consecuencia, algunos reportes de dolor no representan fielmente la experiencia sensorial del paciente, excepto en aquellos casos en los cuales el dolor dental constituía su motivo de consulta.
2. **Dificultad en cuanto al acceso a los pacientes odontológicos de clínicas privadas.**

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones en el área, se recomienda:

1. Estudiar los factores involucrados en la adquisición y mantenimiento del complejo patrón de comportamiento denominado ansiedad dental.
2. Profundizar el estudio de la relación entre la ansiedad dental y el dolor dental, en grupos de pacientes odontológicos de instituciones públicas y privadas, de manera tal que se pueda lograr una mejor descripción del fenómeno, que funcione como sustento de investigaciones multivariadas futuras.
3. Profundizar el estudio de la relación entre la ansiedad dental, el dolor dental y los factores protectores y factores de riesgo en salud dental, que permitan la descripción y caracterización del paciente odontológico en situación de protección o de riesgo en salud dental. Para ello se recomienda la revisión de la *subescala destinada a medir factores protectores y factores de riesgo en salud dental*.
4. Profundizar el estudio de la relación entre la ansiedad dental, el dolor dental y las creencias de catastrofización relacionadas con la consulta odontológica, que permitan la descripción y caracterización del paciente odontológico con creencias ajustadas o con creencias disfuncionales en relación con la consulta. Para ello se recomienda la revisión de la *subescala destinada a medir creencias en relación con la consulta odontológica*.
5. Realizar procedimientos más exhaustivos de validación y análisis de las propiedades psicométricas, del *cuestionario* destinado a medir *variables psicosociales y cognitivas en salud dental*, en otros grupos de pacientes.
6. Realizar mediciones del dolor a través de instrumentos de evaluación más precisos y sensibles que la EVA.

7. Desarrollar procedimientos de medición de la conducta de dolor (verbal o no verbal) a través de instrumentos de autoinforme y autorregistro que evalúen otras dimensiones además de la intensidad del dolor, tales como: la duración y la frecuencia.
8. Desarrollar proyectos de investigación donde se tomen en consideración la intervención de otros aspectos psicosociales en la aparición de ansiedad y dolor dental, tales como: el apoyo familiar y el apoyo social.
9. Desarrollar proyectos de investigación donde se tomen en consideración la intervención de otros aspectos cognitivos en la aparición de ansiedad y dolor dental, tales como: el afrontamiento y el locus de control.
10. Realizar el estudio con una muestra que cumpla con los criterios de inclusión establecidos en esta investigación, tomando como objetivo la caracterización del paciente que asiste regularmente a consulta odontológica.
11. Abordar el estudio del estrés en estudiantes de odontología, así como del desgaste del profesional de la salud bucodental, como resultado de su interacción con los pacientes difíciles.
12. Diseñar y administrar programas de intervención primaria, con el objetivo de educar al paciente odontológico en lo que respecta a la promoción de la salud y el bienestar integral, como en la prevención de la enfermedad bucodental.

REFERENCIAS

- Acosta, R. (2002). Odontalgias de Etiología no Dental. *Revista de Odontología*. Consultado el día 10 de septiembre de 2010, <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20102-odonto.htm>
- ALAPSA. (2009). *Psicología y salud*. Página web del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. Recuperado el 27 de marzo del 2010, de: <http://www.psicol.unam.mx/profesionales/psic clinica/iem/descargas/psicoysaljul2009.pdf>
- Aliaga, J. (2007). *Psicometría: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez*. Recuperado del día 29 de abril de 2008, de: <http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007/libro%20eap/05LibroEAPAliaga.pdf>
- Amar, J.J.; Abello, R. y Acosta, C. (2003). Factores Protectores: Un Aporte Investigativo Desde la Psicología Comunitaria de la Salud [versión electrónica]. *Psicología desde el Caribe: Revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*, 11, 107-121. Consultado el día 10 de septiembre de 2010, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/213/21301108.pdf>
- Anarte, M^a. T.; Camacho, L.; Esteve, R.; López, A. y Ramírez, C. (2001). El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de creencias en pacientes con dolor crónico [versión electrónica]. *Revista Española de Neuropsicología*, 3(4), 46-62. Recuperado el día 19 de octubre de 2009, de: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2011175.
- Anastasi, A. (1982). *Los Tests Psicológicos*. Madrid: Aguilar.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. México, D.F. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Baldo, R.; García-A., C.; González, O. y Solórzano, A. (1998). Dolor bucal persistente, dimensiones afectiva y cognoscitiva [versión electrónica]. *Acta Odontológica Venezolana*, 37(3), 22-25. Recuperado el día 21 de octubre de 2009, de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163651999000300005&script=sci_arttext

- Biggs, Q., Kelly, K., y Toney, D. (2003). The effects of deep diaphragmatic breathing and focused attention on dental anxiety in a private practice setting, [versión electrónica]. *The Journal of Dental Hygiene*, 77(11), 105-113.
- Blanco, N. y Alvarado, M. E. (2005). Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social [versión electrónica], *Revista de Ciencias Sociales*, 11(3), 537-544. Recuperado el 18 de julio del 2010 de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/280/28011311.pdf>
- Cabrera, G.; Tascón, y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo [versión electrónica], *Revista. Fac. Nac. Salud pública*, 19(1), 91-101. Recuperado el 10 de septiembre del 2010 de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0766.pdf>
- Caldwell-Andrews, A.; Kain, Z.; Karas, D.; Mayes, L.; McClain, B.; y Zeev, N. (2006). Preoperative Anxiety, Postoperative pain, and behavioral recovering in young children undergoing surgery. *Pediatrics: Official journal of the American academy of pediatrics*, 118, 651-658.
- Campayo, J., y Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor [versión electrónica], *Revista de Reumatología Clínica*, 5(52), 9-11. Recuperado el 20 de abril del 2010 de www.reumatologiaclinica.org/ctl_servlet?_
- Cano Sánchez, J.J. y Ruiz Sánchez, J.J. (s.f.). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Recuperado el día 17 de diciembre de 2009, de: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>
- Carranza, J.H. y Estrada, F. (2010). *Salud Bucodental, más que un "dolor de muela"*. Consultado el 10 de septiembre de 2010, UANL, página web de la Universidad Autónoma de Nuevo León: http://noticias.uanl.mx/descripcion.php?id_not=6254
- Cata Soto, M. (2004). *Programación en Salud Bucal*. Recuperado el día 19 de marzo de 2010, de: www.odontochile.cl/archivos/programacionensaludbucal.doc
- Caycedo, C.; Cortés, O.F.; Gama, R.; Rodríguez, H.; Colorado, P.; Caycedo, M.; Barahona, G. y Palencia, R. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género, [versión electrónica]. *Suma Psicológica*, 15(1), 259-278.

Consultada el 19 de marzo de 2010, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812008000100014&lng=pt&nrm=iso

Calvete, E. y Caderñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos, [versión electrónica]. *Revista Oficial de Psicología del Colegio de Asturias*, 13(1), 95-100. Recuperado el día 29 de marzo de 2010, de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=419>.

Consejo Ejecutivo EB, OMS. (2006). *Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad*. Consultado el 19 de marzo del 2010, Organización Mundial de la Salud, pagina web de la OMS: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_10-sp.pdf

Coronado, J. y Romero, I. (2008). *Comparación entre los niveles de catastrofización y la intensidad de dolor en pacientes dolorosos*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Dahab, J.; Minici, A. y Rivadeneira, C. (s.f.). *Depresión desde la perspectiva cognitivo conductual*. Recuperado el día 17 de diciembre de 2009, de: <http://www.cognitivoconductual.org/articulos/depresion.htm>

Díaz, G. (2007). *Psicología del Dolor: Evaluación y Tratamiento*. Recuperado el día 28 de abril de 2009, de: <http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007/libro%20eap/15LibroEAPDiaz.pdf>

Díaz-Sibaja, M.A.; Martín, A. y Díaz-García, M. I. (2001). Aspectos Comportamentales del Dolor Crónico [versión electrónica]. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 270-278. Consultado el día 19 de septiembre de 2010, <http://external.doyma.es/pdf/186/186v02n04a13022572pdf001.pdf>

Dinatale, E. (2003). Neuralgia Sintomática de la tercera rama del trigémino asociado a Odontoma compuesto [versión electrónica]. *Acta odontológica Venezolana*, 41(3), 244-246. Consultado el día 10 de septiembre de 2010, http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652003000300010&lng=es&nrm=iso

- Doebbling, S., y Rowe, M. (2000). Negative perceptions of dental stimuli and their effects on dental fear. *Journal of dental hygiene*, 74(2),110.
- Espinoza, J. y Paredes, G. (2002). Descripción Neuroanatómica del dolor en Cavidad Oral [versión electrónica]. *Dolor Clínica y Terapia*, 1(2), 21-24.
- Fernández, A. y Rivera, I. (2005) Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños [versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 461-475. Recuperado el día 19 de octubre de 2009, de: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012005342005000300002&lng=pt&nrm=iso
- Fernández, J.M. (1986). Introducción, [versión electrónica] *Revista de psicología Social*. 1(2), 195- 200. Recuperado el 27 de marzo del 2010 de <http://www.google.co.ve/>
- Gallego, C. y García, S. (2008). *Miedo ante los tratamientos Estomatológicos*. Recuperado el día 29 de marzo de 2010, de: <http://gbsystems.com/papers/general/miedos.htm>
- Galego-Feal, P.; García-Quintans, A.; Gude-Sampedro, F. y García-García, A. (1996). Tramadol en el tratamiento del dolor de origen dentario en un servicio de urgencias hospitalario [versión electrónica] *Emergencias*, 8(6), 12-16. Consultado el día 10 de septiembre de 2010, http://www.semes.org/revista/vol08_6/12-16.pdf
- García, L.; Gómez, K. y González, D. (1997). *Ansiedad y Dolor en Pacientes sometidos a Cirugía Bucal*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- García, J. y Rodero, B. (2009). Aspectos Cognitivos y afectivos del dolor [versión electrónica]. *Reumatología clínica*. 5(2), 9-11. Recuperado el 29 de marzo del 2010 de <http://www.reumatologiaclinica.org>
- Gatchel, R., Yuan Bo, P., Peters, M., Fuchs, P., Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*. 133(4), 581-624.
- Godoy, J.F. (1990). Psicología de la Salud: Delimitación Conceptual. En: M. A. Simón (ed.) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Gómez, L.A. y Quintero, E. (2003). *La Psicología como Disciplina y Profesión en la Promoción de la Salud*. Asociación Colombiana para el Avance de Las Ciencias del Comportamiento, página web de la Biblioteca Virtual, consultado el día 10 de septiembre de 2010, <http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/clinica02.pdf>
- González, O. (1997). Dolor Orofacial persistente en el Diagnóstico de los Trastornos Temporomandibulares [versión electrónica]. *Acta odontológica Venezolana*, 35(2). Consultado el día 10 de septiembre de 2010, http://www.actaodontologica.com/ediciones/1997/2/dolor_orofacial_persistente.asp
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, T. (2003). *Metodología de la Investigación*. México, D. F.: Mc-Graw-Hill.
- Hernández, R., Fernández., y Baptista. (2007). *Metodología de la Investigación*. (4ª. ed.). México, D. F.: Mc-Graw-Hill.
- Hoyos, B.; López, L. y Tobón, D. (2005). Comportamiento del nivel de ansiedad y del grado de dolor en pacientes con tratamiento endodóntico [versión electrónica]. *Revista CES Odontología*, 18(1), 15-20. Recuperado el día 19 de marzo de 2010, de: <http://www.ces.edu.co/Descargas/>
- Hmud, R. y Walsh, L.J. (2009). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo [versión electrónica]. *Revista de Minina Intervención en Odontología*, 2(1), 237-248. Recuperado el día 19 de marzo de 2010, de: <http://www.midentistry.com/JMID-3S-7.pdf>
- Hunt, L.; George, M.; Wilder, R.; Maixner, W. y Gaylord, S. (2005). The effects of relaxation training on dental anxiety and pain perception during dental hygiene treatment. *Journal of Dental Hygiene* 79(4). Resumen recuperado el día 19 de octubre de 2009, de: <http://find.galenet.com/>
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2001). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. (4ª. ed.) McGraw Hill: México.
- Lima, M. y Casanova, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico [versión electrónica]. *Revista de Humanidades Médicas*, 6(16). Recuperado el día 19 de

marzo de 2010, de: <http://bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2006/n16/body/hmc070106.htm>

Lima Álvarez M.; Rivero Varona T. y Pérez Cederrón R. (2007). Factores de riesgo y fenómenos psicológicos relacionados con el estado de salud bucal [versión electrónica]. *Revista de Humanidades Médicas*, 7(3).

Livia, O. y Manrique, E. (2001). Niveles de ansiedad, cogniciones dentales negativas y capacidad de control en la atención odontológica [versión electrónica]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 2(1-2). Recuperado el día 29 de marzo de 2010, de: <http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/nivansiedad.htm>

López -Valverde, A. (s.f). *Tema 32: Dolor Orofacial*. Recuperado el día 02 de septiembre de 2010, de: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%209.pdf>

Márquez-Rodríguez, J.; Navarro-Lizaranzu, M^a C.; Cruz-Rodríguez, D. y Gil-Flores, J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la sanidad pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales [versión electrónica]. *RCOE*, 9(2), 165-174. Consultada el día 19 de octubre de 2009, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138123X2004000200003&lng=es&nrm=iso

Martínez, R. (1996). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.

Mattos, M.A. y Malgar, R.A. (2004). Riesgo de caries dental [versión electrónica]. *Revista Estomatológica Herediana*, 14(1), 101-106. Consultado el día 10 de septiembre de 2010, <http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2004/vol14-n1-2-art20.pdf>

Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en Salud Mental [versión electrónica]. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 65(18), 145-150.

Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica Consideración Crítica y Propuesta Alternativa I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud [versión electrónica]. *Revista Internacional de Psicología Y Terapia*

Psicológica, 3(1), 91-109. Recuperado el 10 de septiembre del 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/560/56030105.pdf>

Navarro, C. y Ramírez, R. (1996). Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica [versión electrónica]. *Psicología Conductual*, 1(4), 79-95. Consultada el día 19 de marzo de 2010, de: <http://www.psicologiaconductual.com/private/revista/80/>

Neish, N.; Sullivan, M. y Tripp, D. (1998). What hurts during dental hygiene treatment. *Journal of dental hygiene*, 72(4), 25.

Nota informativa N° 318: Salud bucodental. (2007). Consultado el 19 de marzo del 2010, Organización Mundial de la Salud, pagina web de la OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html>

Olmedilla, A., Ortega, E., Boladeras, A., Abenza, L., y Esparza, F. (2008). Relaciones entre catastrofismo ante el dolor y ansiedad competitiva en deportistas. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4(1), 45-51

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud: Glosario*. Recuperado el día 10 de septiembre del 2010, de: www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Palma, C. y Gómez, L. (2010). Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida [versión electrónica]. *Acta Pediátrica Española*, 68(7), 351-357. Consultado el día 02 de septiembre de 2010, <http://www.gastroinf.com/SecciNutri/351-357%20NUTRICION.pdf>

Penzo, W. (1989). *El Dolor Crónico*. Barcelona: Martínez Roca.

Peñaranda, P. (2000). *Psicología Odontológica: Interdisciplinariedad entre la Psicología y la Odontología*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca - EBUC.

Peñaranda, P. (2005). *Los aportes de la Psicología a la Odontología: una investigación sobre factores psicosociales en el dolor crónico bucofacial*. Caracas: UCV, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico

- Petersen, P. E.; Bourgeois, D.; Ogawa, H.; Estupinan-Day, S. y Ndiaye, Ch. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health [versión electrónica]. *Bull World Health Organ*, 83(9). Recuperado el día 10 de septiembre de 2010, http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004296862005000900011&lng=en&nrm=iso
- Puebla Díaz, F. (2005). *Dolor*. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O. M. S. Dolor latrogénico [versión electrónica]. *Oncología*, 28(3), 139-143. Recuperado el día 28 de abril de 2009, de: <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rodríguez Ortega, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México [versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12. Consultado el día 10 de septiembre de 2010, <http://www.journals.unam.mx/index.php/rlmc/articleviewFile/18467/17536>
- Rodríguez, L. y Cano, J. (2001). Papel del psicólogo en el abordaje del dolor [versión electrónica]. *Actualizaciones en dolor*, 2(4), 279-288. Recuperado el día 28 de abril de 2009, de: <http://external.doyma.es/pdf/186/186v02n04a13022573pdf001.pdf>
- Rodríguez, L.; Cano, F. y Blanco, A. (2000). Conductas de Dolor y Discapacidad en Migrañas y Cefaleas Tensionales. Adaptación Española del PAIN BEHAVIOR QUESTIONNAIRE (PBQ) y del HEADACHE DISABILITY INVENTORY (HDI) [versión electrónica]. *Análisis y modificación de conducta*, 109(26), 740-762.
- Rodríguez-Vásquez, L.; Rubiños-López E.; Varela-Centelles, A.; Blanco-Otero, A.; Varela-Otero, F. y Varela-Centelles, P. (2008). Estrés en pacientes de las unidades de salud bucodental de Atención Primaria [versión electrónica]. *Odontología Preventiva*, 1(2), 97-102. Consultada el día 10 de marzo de 2010, <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/97.pdf>
- Rojas Alcayaga, G. y Misrachi Launert, C. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca [versión electrónica]. *Avances en Odontoestomatología*, 20(4), 185-191. Consultada el 19 de octubre de 2009,

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852004000400003&lng=es&nrm=iso

- Ruiz, M. (2006). *Un Modelo Psicológico de Explicación y Análisis del Dolor Crónico*. Trabajo de Ascenso. Universidad Central de Venezuela.
- Ruvalcaba Palacios, G. y Domínguez Trejo, B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico [versión electrónica]. *Psicología y Salud*, 2(19), 247-252. Recuperado el día 26 de marzo de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Gerardo-Ruvalcaba-Palacios.pdf>
- Saputi, D. (2004). *Cantidad de Información escrita sobre la ansiedad preoperatoria en la cirugía de cesárea*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Sierra, J. C.; Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e subjetividade*. 3(1), 10-59.
- Tarff, R. (1975). El modelo medico y el concepto de conducta anormal: implicaciones para la psicología clínica. *Revista de Psicología*, 2(2), 3-12.
- Taylor, S. (2003). *Psicología de la salud*. (6ta ed.). McGraw Hill: México
- Tobón, O. (2004). *El Autocuidado una Habilidad para Vivir*. Recuperado el día 10 de septiembre de 2010, de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- Torregrosa Zuñiga, S. y Bugedo Tarraza, G. (1994). Medición del Dolor [versión electrónica]. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 23(3). Consultado el día 10 de septiembre de 2010, <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/dolor/MedicionDolor.html>
- Thorndike, R. y Hagen, E. (1970). *Tests y técnicas de medición en psicología y educación*. México: Trillas.

Vallejo, M.A. (2005). *Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico*. Boletín de Psicología, 84, 41-58. Recuperado el día 17 de septiembre de 2010, de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>

Vinaccia, S.; Bedoya, L. M. y Valencia, M. (1998). Odontología y Psicología. Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica [versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1), 67-82. Recuperado el día 19 de octubre de 2009, de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80530104>

ANEXOS

ANEXO 1. Datos de los expertos que participaron en la validación de los cuestionarios.

Nombre	Profesión	Años de experiencia	Títulos	Área de experticia	Sitio de trabajo
Meury Ruiz	Psicóloga	32	Licenciada en Psicología, Magíster en Análisis experimental de la conducta.	Psicología de la salud.	Universidad Central de Venezuela
Pablo Peñaranda	Psicólogo	36	Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias Sociales.	Salud.	Universidad Central de Venezuela
Rómulo Mayorca	Educador	11	Licenciado en Educación superior, Magíster en Administración de empresas		Universidad Simón Bolívar
Rosa Lacasella	Psicóloga	27	Licenciada en Psicología, Magíster en Psicología mención Análisis experimental de la conducta.	Procesos básicos del aprendizaje, evaluación de programas, desarrollo infantil.	Universidad Central de Venezuela
Nilda Salazar	Psicóloga	4	Licenciada en Psicología	Adhesión al tratamiento, conducta de elección.	Universidad Central de Venezuela, INVEDIN.
María Eugenia Daubeterre	Psicólogo	2	Licenciada en Psicología	Estadística.	Universidad Católica Andrés Bello
Anthony Constant Millán de Lange	Psicólogo y Educador	3	Licenciado en Psicología, Licenciado en Educación.	Evaluación y Medición.	Universidad Metropolitana
Ana Rodríguez	Odontóloga	25	Odontología general	Odontología general.	
Héctor Antonio García	Profesor universitario	38	Profesor en la especialidad de Biología, Metodólogo, Magíster en Sexología (orientación)	Metodología de la investigación.	Universidad Central del Venezuela.
Nicolina Calvanese de Depetris	Psicólogo Clínico y de la Salud	23	Licenciado en Psicología mención Clínica (UCV), Magíster en Psicología, (USB) Doctorado en Psicología Clínica y Salud (en proceso)	Psicología de la salud en enfermedades crónicas, estrés, emociones, personalidad.	Universidad Simón Bolívar.
Purificación Prieto R.	Psicóloga	23	Licenciada en Psicología (UCV), Magíster en Psicología mención Análisis Conductual	Medicina conductual, Psicología de la salud.	Universidad Central del Venezuela: Escuela de psicología.
Jacinemí Urquiola	Psicóloga		Licenciada en Psicología (UCV)	Dolor.	IPASME.

ANEXO 2. Entrevista con la experta en el área de odontología.**Datos de identificación:** Ana Rodríguez de López.**Profesión:** Odontología, con veinticinco años de experiencia en la práctica.**Centro Asistencial:** Centro de especialidades odontológicas SIGMA DENTAL, Grupo Odontológico Integral Tamys.**1. ¿Cuáles considera Ud. que son los factores de riesgo relacionados con el deterioro de la salud dental en la población general?**

Entre los factores de riesgo se encuentran el aprendizaje inadecuado de técnicas de cepillado durante la infancia, así como la posterior adquisición de hábitos y pautas riesgosas, bien sea por experiencia directa o exposición a situaciones traumáticas. Las técnicas de cepillado no deberían afectar tanto, porque se supone que a medida que el niño crece esas pautas se corrigen, sin embargo, si no cuenta con la posibilidad de recibir asistencia odontológica (preventiva o curativa) y si sus padres tampoco tienen buenos hábitos de higiene dental, es muy poco probable que el niño reciba corrección y por ende, la probabilidad de desarrollar caries es muy alta.

2. ¿Qué tipo de situaciones traumáticas considera que se asocian con el riesgo de enfermarse?

Por ejemplo, hace unos años a los niños se les asustaba con la aguja y se les decía “te voy a llevar al médico para que te inyecte”, además que cuando los pacientes llegaban acá se encontraban con un ambiente frío, herramientas con formas extrañas y “la silla grandota”. Todos estos elementos se asociaban en ocasiones con la bata blanca y el tapabocas, por eso actualmente se evita el uso de “tanto blanco” en la vestimenta. Otra de las razones por las que asistían las personas era por el dolor que sentían -te estoy hablando de dolor insostenible- y generalmente llegaban con un estado de deterioro de la dentadura (piezas picadas, cálculos, placa, etc.), que en ocasiones requería más bien la extracción de piezas, o en caso de existir la posibilidad de otro tratamiento, el paciente llegaba tan predispuesto a sentir miedo por la anestesia, la inyección o la intervención, que terminaba pidiendo la extracción, en actitud negativa a recibir otro tipo de tratamiento.

Por eso a veces el miedo no se relaciona directamente con el tratamiento odontológico, sino con las asociaciones que se establecen en torno a la figura del especialista, porque se les enseña a los niños que venir a consulta es como “un castigo” y

generalmente quien los castiga es el odontólogo, puyándolos o trabajando con la maquinita en sus dientes.

3. ¿Cuáles procedimientos o tratamientos odontológicos generan mayor temor en los pacientes?

El tratamiento de conducto junto con la anestesia son los procedimientos en los que he visto que gran parte de pacientes han manifestado nerviosismo y hasta pánico.

4. ¿Cuáles son sus motivos de consulta más frecuentes?

En general las personas asisten por emergencia odontológica, casi siempre llegan con mucha angustia y dolor, que se relacionan con la pérdida o quiebre de alguna pieza dental, la sustitución de amalgamas, procesos infecciosos graves con presencia de abscesos periodontales, o el clásico “dolor de muela” que no se relaciona con procedimientos previos, procesos infecciosos o perdida de la dentición. En menor proporción asisten personas para la revisión anual y la limpieza.

En el caso de las citas programadas, los pacientes asisten con mayor regularidad porque se les están aplicando procedimientos progresivos (ortodoncia, blanqueamiento dental, prótesis o coronas, tratamientos de conducto), que requieren una mayor adaptación a la consulta, aunque en muchos casos la adaptación no garantiza que estas personas no manifiesten nerviosismo durante el procedimiento; de hecho, tengo una anécdota con uno de mis pacientes que asiste periódicamente, en su primera sesión de blanqueamiento (un procedimiento poco invasivo) tuvo una “crisis de ansiedad” y se me escapó de la habitación corriendo el peligro de verse afectado por el laser que usamos durante ese procedimiento, a partir de ese momento la persona asiste a la consulta bajo medicación para la ansiedad, pues posteriormente me informó que sufre de un desorden de ansiedad y recibe tratamiento psiquiátrico para el mismo.

5. Para finalizar, ¿Podría mencionar los factores psicológicos que desde su práctica ha identificado y que puedan relacionarse con la inasistencia al odontólogo y el deterioro de la salud bucodental?

Entre los aspectos más psicológicos podría mencionar las experiencias traumáticas de las primeras visitas a la consulta odontológica (en el caso de los niños chiquitos), el dolor que refieren otros pacientes, y la propia actitud con relación a la salud dental: a veces por desinformación, no se considera algo importante o de primera necesidad.

ANEXO 3. *Primera versión del Cuestionario de Variables Psicosociales y Cognitivas en Salud Dental.*

CENTRO ASISTENCIAL:		
EDAD:	SEXO: Femenino ____ Masculino ____	FECHA:
MOTIVO DE CONSULTA:		

Subescala de Factores Protectores y Factores de Riesgo en Salud Dental.

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de enunciados relacionados con la salud dental y la asistencia a la consulta odontológica, léalos detenidamente y marque con una **equis (X)** la opción que más se asemeje a su situación actual. Tome en consideración que cada uno de los números que se presentan en el recuadro inferior guarda relación con su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que a continuación se presentan:

- | |
|------------------------------------|
| 1. Totalmente en desacuerdo |
| 2. En desacuerdo |
| 3. Indiferente |
| 4. De acuerdo |
| 5. Totalmente de acuerdo |

1. ¿Cómo evalúa su estado de salud dental actual?

	1	2	3	4	5
2. Es indispensable visitar al odontólogo al menos una vez al año					
3. Poner en practica buenos hábitos de higiene dental es favorable para la salud					
4. Cepillarse los dientes tres veces al día es fundamental para mantener una dentadura sana					
5. Aprendí desde la infancia hábitos de higiene dental que comprenden una correcta técnica de cepillado y la visita regular al odontólogo					
6. La pasta, el enjuague bucal y el hilo dental son productos esenciales para el cuidado de la salud dental					
7. Mantengo una correcta técnica de cepillado					
8. Voy al odontólogo sólo cuando tengo una molestia o siento dolor					
9. Sustituyo periódicamente mi cepillo de dientes					
10. Tener caries dental es un motivo para asistir al odontólogo					

11. Los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar deterioran la dentadura					
12. El hábito de fumar perjudica la apariencia y la salud de la dentadura					
13. Mantener una dieta balanceada favorece mi salud dental					
14. Tomar café produce mal aliento y facilita la despigmentación de la dentadura					
15. El consumo en exceso de alcohol y bebidas gaseosas perjudica la apariencia y estado de los dientes					
16. Desconozco las enfermedades dentales más frecuentes					
17. Voy al odontólogo únicamente cuando el dolor es insoportable					
18. Prefiero la extracción de piezas dentales a otro tipo de procedimiento odontológico más doloroso					
19. Me atemoriza la consulta odontológica por los aparatos que utiliza el doctor					
20. Recordar las experiencias odontológicas que cuentan mis familiares y amigos, me produce temor cuando tengo que ir a consulta					
21. Me avergüenza que el odontólogo evalúe negativamente el estado de mi dentadura					
22. El servicio odontológico es deficiente y de difícil acceso en instituciones publicas					
23. He tenido malas experiencias con los odontólogos, por eso prefiero asistir únicamente cuando no cuento con otra opción					
24. Los alimentos y bebidas que tienen colorantes artificiales producen manchas en los dientes					
25. El acceso al servicio odontológico es muy costoso					
26. Las enfermedades dentales perjudican la salud					
27. Tener hábitos como chuparse los dedos o comerse las uñas provocan malformaciones en la dentadura					
28. Desconozco las pautas para mantener una buena salud dental					
29. Combinar pautas adecuadas de higiene dental, educación, alimentación y visita al odontólogo es esencial para mantenerse saludable					
30. Los hábitos de higiene dental que aprendí durante la infancia son erróneos					
31. Con el paso del tiempo la dentadura se deteriora					
32. Tener caries dental o las encías inflamadas son causas primarias para asistir al odontólogo					
33. El cuidado de la lengua forma parte de los hábitos de higiene dental					
34. Asisto al odontólogo sólo por cuidados superficiales o estética					
35. Rechinar los dientes o apretar la dentadura es un signo de enfermedad dental					
36. No cuento con los recursos económicos para asistir periódicamente al odontólogo					
37. Es recomendable realizarse la limpieza y enjuague dental con flúor al menos dos veces al año					
38. La acumulación de placa dentobacteriana produce cálculos dentales					
39. Postergar la cirugía de cordales se relaciona con un aumento en la aparición de caries dental en espacios de difícil acceso					
40. La caries dental, la acumulación de sarro y la inflamación de las encías son las enfermedades dentales más frecuentes					
41. El mal aliento es un indicador de escasa higiene dental					
42. La consulta odontológica anual no es indispensable para mantenerme saludable					

Subescala de creencias en relación con la consulta odontológica.**Instrucciones:**

A continuación se presentan una serie de enunciados relacionados con la visita al odontólogo, léalos detenidamente y marque con una **equis (X)** la opción que más se asemeje a sus creencias actuales. Tome en consideración que cada uno de los números que se presentan en el recuadro inferior guarda relación con su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que a continuación se presentan:

-
- 1. Totalmente en desacuerdo**
 - 2. En desacuerdo**
 - 3. Indiferente**
 - 4. De acuerdo**
 - 5. Totalmente de acuerdo**
-

	1	2	3	4	5
1. Todos los pacientes que salen del consultorio parecen adoloridos					
2. Desde que llego al consultorio me siento ansioso.					
3. Noto nerviosas a las personas que están en la sala de espera conmigo					
4. El consultorio me da miedo.					
5. Me causa malestar ir al odontólogo					
6. Escuchar "la maquinita" me causa temor					
7. El odontólogo me va a dañar mi dentadura.					
8. La inyección me va a causar efectos secundarios.					
9. Me podría ahogar con mi saliva.					
10. El taladro me puede hacer daño.					
11. Todos los procedimientos odontológicos son traumáticos					
12. Mi boca es muy sensible al dolor.					
13. A los odontólogos no les interesa que los procedimientos causen dolor.					
14. Siempre dejé la visita al odontólogo como la última opción aunque me duela.					
15. Mis dientes se podrían caer si el odontólogo aplica mucha fuerza.					
16. Una vez que esté en el sillón no podré escapar.					
17. Mis dientes son difíciles de tratar.					
18. Siempre sufro de las peores complicaciones dentales.					
19. Mi boca le causará asco al odontólogo.					
20. El odontólogo me puede pegar alguna enfermedad.					
21. El odontólogo no va a detener el procedimiento si yo se lo pido.					
22. El odontólogo no va a tomar en cuenta mis necesidades					
23. Me da pena decirle al odontólogo que me siento ansioso					
24. Los odontólogos son impacientes.					
25. Los procedimientos son muy caros.					
26. Soy un paciente difícil de tratar.					

27. El odontólogo se molestará conmigo por mi mala higiene dental.					
28. El odontólogo me subestima					
29. El odontólogo cree que tengo miedo					
30. Voy a estar muy inflamado al salir de la consulta.					
31. La recuperación va a ser muy dolorosa					
32. Los analgésicos no serán efectivos					
33. Los tratamientos con frecuencia fracasan					
34. Voy a cicatrizar lento					
35. Tardaré mucho tiempo anestesiado					
36. El dolor va a empeorar con el paso de los días					

ANEXO 4. Versión final del Cuestionario de Variables Psicosociales y Cognitivas en Salud Dental.

MOTIVO DE CONSULTA:

EDAD:

SEXO: Femenino ____ Masculino ____

FECHA:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

43. ¿Cómo evalúa su estado de salud dental actual?

SUBESCALA DE FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO EN SALUD DENTAL.

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la salud dental y la asistencia a la consulta odontológica, léalas detenidamente y marque con una **equis (X)** la opción que más se parezca a su situación actual. No existen respuestas buenas o malas, deberá responder todas las afirmaciones, de acuerdo con la siguiente escala:

TD	Totalmente en desacuerdo
ED	En desacuerdo
IND	Indiferente
DA	De acuerdo
TA	Totalmente de acuerdo

	TD	ED	IND	DA	TA
1. La consulta odontológica anual es indispensable para cuidar mi salud dental.					
2. Las personas que tienen una dentadura sana, son aquellas que se cepillan los dientes tres veces al día (después de cada comida).					
3. Las personas con buenos hábitos de higiene dental, sustituyen su cepillo dental cada 3 meses.					
4. Una persona responsable de su salud dental, consulta al odontólogo cuando tiene caries dental o nota sus encías inflamadas.					
5. Fumar, tomar café, licor y bebidas oscuras en exceso, mancha y desgasta los dientes de quienes tienen estos hábitos.					
6. Las personas que gozan de buena salud dental, acostumbran alimentarse balanceadamente.					
7. Voy al odontólogo cuando no me queda otro remedio para aliviar el dolor.					
8. Las enfermedades dentales, al igual que otras enfermedades afectan la salud.					
9. Algunas personas que no siguen las recomendaciones de los odontólogos (limpieza semestral, consulta anual) no tienen problemas de salud dental					

10. Las malas experiencias con odontólogos que cuentan familiares y amigos, me hacen evitar la consulta odontológica.					
11. Me incomoda la consulta, porque me da pena que el odontólogo vea mis dientes descuidados y gastados.					
12. He tenido malas experiencias con los odontólogos, por eso prefiero pedir consulta cuando no tengo otra opción.					
13. En los servicios odontológicos públicos la atención es mala, faltan materiales y debo esperar mucho para tener la consulta.					
14. La consulta odontológica en clínicas, genera gastos en tratamientos y medicinas que muchas personas no pueden pagar.					
15. Las personas que tienen enfermedades dentales graves no asisten al odontólogo por falta de centros asistenciales públicos.					

PAUTAS RELACIONADAS CON LA HIGIENE Y SALUD DENTAL

A continuación se presentan **cinco (5) afirmaciones** relacionadas con las pautas de cuidado e higiene dental, que deben ser puestas en práctica para el mantenimiento de la salud dental, por favor marque con una **equis (X)**, la alternativa dentro de la casilla que corresponda con su elección. Recuerde que puede seleccionar solo una opción.

	Si	No
1. Las pautas para mantener una buena higiene dental son: cepillarse los dientes tres veces al día con crema dental, usar hilo dental y enjuague bucal.		
2. Las enfermedades dentales más frecuentes son: la caries dental, la acumulación de placa y la inflamación de las encías.		
3. Chuparse los dedos, comerse las uñas y rechinar los dientes, deforman y desgastan la dentadura.		
4. Comer alimentos y tomar bebidas, ricos en ácidos, almidón, azúcar y colorantes artificiales (azúcar refinada, harinas, refrescos gaseosos, chucherías y dulces, vinagre, cítricos, café; etc.) producen placa, caries, desgaste del esmalte y erosión dental.		
5. Para el cuidado de la salud dental, los odontólogos recomiendan: asistir a consulta anualmente y realizarse la limpieza y enjuague dental con flúor dos veces al año.		

SUBESCALA DE CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.**Instrucciones:**

A continuación se le presentan una serie de enunciados relacionados con la visita al odontólogo, léalos detenidamente y marque con una **equis (X)** la opción que más se asemeje a sus creencias actuales.

	TD	ED	IND	DA	TA
37. Creo que al ir al odontólogo saldré adolorido					
38. Considero que el odontólogo escucha mis necesidades					
39. Creo que la inyección de anestesia me producirá dolor					
40. Creo que el taladro me puede hacer daño.					
41. Pienso que los odontólogos manejan técnicas para evitar el dolor.					
42. Creo que los procedimientos odontológicos son traumáticos					
43. Pienso que la anestesia me evitará sentir dolor mientras el odontólogo trabaja en mi boca					
44. Creo que algunos dientes se me podrían dañar si el odontólogo aplica mucha fuerza.					
45. Pienso que al sentarme en el sillón odontológico me sentiré relajado					
46. Creo que mis dientes son difíciles de tratar.					
47. Pienso que sufro de las peores complicaciones dentales.					
48. Creo que los instrumentos que usa el odontólogo me pueden contagiar alguna enfermedad					
49. Considero que el odontólogo detendrá el procedimiento si yo se lo pido					
50. Creo que los odontólogos son impacientes.					
51. Pienso que soy un paciente difícil de tratar.					
52. Pienso que después que el odontólogo termine de atenderme la recuperación va a ser muy dolorosa.					
53. Los analgésicos para evitar el dolor y la inflamación serán efectivos					
54. Considero que los tratamientos dentales con frecuencia son exitosos y resuelven los problemas dentales					
55. Creo que la cicatrización y recuperación de la situación dental será rápida					
56. Creo que tardaré mucho tiempo con la boca dormida por la anestesia					

ANEXO 5. Escala de Ansiedad Dental (EAD).***Cuestionario de Ansiedad Dental de Corah.***

Instrucciones: A continuación se presentan un conjunto de preguntas. Léalas atentamente, y encierre dentro de un círculo sus respuestas.

1. Si Ud. Tuviera que ir al odontólogo mañana ¿Cómo se sentiría?
 - a. Lo vería como una experiencia agradable.
 - b. No le importaría.
 - c. Estaría intranquilo al respecto.
 - d. Tendría miedo de que fuera desagradable o dolorosa.
 - e. Tendría miedo de lo que pudiera hacer el Odontólogo.

2. Cuando Ud. Está esperando su turno en la sala de espera, ¿Cómo se encuentra?
 - a. Relajado.
 - b. Ligeramente nervioso.
 - c. Tenso.
 - d. Ansioso.
 - e. Tan ansioso que alguna vez empezaría a sudar y casi me sentiría físicamente enfermo.

3. Cuando Ud. está sentado en el sillón dental esperando que la fresa comience a trabajar en su diente, ¿Cómo se siente?
 - a. Relajado.
 - b. Ligeramente nervioso.
 - c. Tenso.
 - d. Ansioso.
 - e. Tan ansioso que alguna vez empezaría a sudar y casi me sentiría físicamente enfermo.

4. Cuando Ud. Está sentado en el sillón dental esperando para que le hagan limpieza de dientes, mientras espera que el odontólogo le arregle el instrumental para limpiar sus dientes alrededor de sus encías ¿Cómo se siente?
 - a. Relajado.
 - b. Ligeramente nervioso.
 - c. Tenso.
 - d. Ansioso.
 - e. Tan ansioso que alguna vez empezaría a sudar y casi me sentiría físicamente enfermo.

ANEXO 6. Escala Visual Análoga para la medición del dolor (EVA).**INTENSIDAD DEL DOLOR.****Instrucciones:**

La siguiente escala está destinada a medir la **intensidad del dolor dental** que experimenta en este momento.

Tomando como guía las figuras (caritas) que a continuación se presentan, por favor seleccione y encierre dentro de un círculo, el número que desde el cero "0", hasta el diez "10", mejor represente la intensidad de su dolor dental:



ANEXO 7. Formato de validación de contenido del cuestionario variables psicosociales y cognitivas en salud dental.

Caracas, Abril 2010.

Estimado.-

Por medio de la presente, nos dirigimos a Ud. en la oportunidad de solicitarle su colaboración en el proceso de revisión de la validez del instrumento de Factores protectores y factores de riesgo relacionados con la salud dental y creencias en relación con la consulta odontológica, dirigido a pacientes que asisten regularmente a consulta odontológica, el cual forma parte de la investigación titulada: “**VARIABLES PSICOSOCIALES Y COGNITIVAS QUE INTERVIENEN EN LA RESPUESTA DE ANSIEDAD Y LA PERCEPCIÓN DE DOLOR EN PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA**” de la autoría de las Bachilleres Elizaberth Ortiz y Rossana Ramírez, como requisito para optar por el título de Licenciadas en Psicología, en la Universidad Central de Venezuela.

La validez de un instrumento de recolección de datos es una condición que debe ser garantizada al momento de realizar descripciones y valoraciones de un fenómeno psicológico. Existen diversas estrategias de investigación que permiten garantizar este atributo: una de ellas es la opinión de expertos en el diseño de un instrumento de recolección de información. Específicamente, esta estrategia permite conocer la opinión del experto **en cuanto a si este instrumento explora y/o caracteriza lo que pretende medir.**

Persiguiendo dicho fin, se presenta la siguiente guía de validación, **para que usted como experto(a) en el área de odontología y psicología de la salud,** evalúe los **instrumentos** de Factores protectores y factores de riesgo relacionados con la salud dental y Creencias en relación con la consulta odontológica.

A continuación se presenta un cuestionario de datos personales y el formato para validar el instrumento previamente mencionado. Es importante recordarle que el material que se le está entregando sólo es para uso de evaluación o corrección, por lo que queda prohibida su reproducción o uso para fines distintos.

Agradeciendo su colaboración, se despiden de Ud.

MgS. Hecmy Garcia
Tutora

Rossana Ramirez
Tesisista

Elizabeth Ortiz
Tesisista

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), **la salud bucodental** puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, además de otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Dentro de esta línea se inscribe **el riesgo** como la probabilidad de contraer algún daño o enfermedad que implique el deterioro de la salud bucodental; probabilidad que debe entenderse desde su dimensión biológica, como desde su dimensión social. En este sentido, Cata y Soto (2004), entienden *el riesgo biológico* como el potencial que tiene un individuo de enfermarse biológicamente, el cual está relacionado con los tejidos bucales y puede ser estimado a través de la evaluación de su estado de salud general, su dieta e higiene bucal, el estado de inflamación gingival que presente, la experiencia de caries y el flujo salival. Asimismo exponen que *el riesgo social* se relaciona con las condiciones de vida del sujeto y más específicamente con su “calidad de vida”, siendo la dimensión socioeconómica y cultural, la que en este aspecto cobra mayor relevancia.

Dentro de los factores de riesgo relacionados con la aparición de enfermedad bucodental, destaca la higiene como causa primaria; no obstante la literatura señala que los padecimientos de este tipo comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes, a saber: el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias y cardiovasculares crónicas, pues se ven favorecidas por el mantenimiento de dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. De la misma manera que se ven influidas por factores de tipo socioeconómico, sanitario, cultural y educativo (OMS, 2007).

El cuestionario de factores de riesgo y protectores de la salud dental, ha sido diseñado para la identificación de los agentes que se relacionan con la probabilidad de aparición de alguna enfermedad bucodental en el paciente que asiste a consulta odontológica, tomando como punto de partida el riesgo biológico individual y el riesgo social. Pretende evaluar la presencia de pautas y hábitos inadecuados de higiene dental, alimentación, consumo de sustancias, conductas riesgosas, grado de conocimiento acerca de las enfermedades dentales más frecuentes y su relación con la salud en general, y los criterios de asistencia a la consulta odontológica; de igual manera procura identificar el aporte que realizan variables de naturaleza socioeconómica, psicosocial, educativa y cultural,

tales como: el estrato social, el acceso al servicio sanitario, la escolaridad y el discurso característico que define la postergación o evitación de la situación de consulta odontológica, sobre el desarrollo de conductas protectoras o de riesgo de la salud bucodental.

Por otro lado, las creencias se entienden como una predisposición en la forma de percibir el mundo y van a influir en la adopción de comportamientos saludables o de riesgo para la salud. (Tascón y Cabrera, 2005). Serán de especial interés las creencias que se desarrollan sobre la base de las experiencias y el aprendizaje vicario en relación a la consulta odontológica y los procedimientos odontológicos. Las creencias van a variar en base a las experiencias del individuo y de su nivel de sugestionabilidad y el poder de persuasión de la fuente. (González, 2004)

El instrumento de creencias relacionadas a la consulta odontológica, está orientado a medir en el sujeto que asiste a la consulta odontológica, las creencias de tipo catastrofizador y las expectativas negativas, que incluyen la concepción de que el procedimiento dental producirá ansiedad, dolor, será largo y la relación entre el paciente y el odontólogo será frustrante para el paciente, siendo estos elementos que convierten la visita al odontólogo en un evento aversivo.

Las creencias realistas en relación al odontólogo son positivas y facilitarían la salud bucodental, sin embargo las creencias negativas, muchas veces basadas en experiencias previas negativas como se mencionó anteriormente, se podrían relacionar con la evitación, postergación y/o malestar ante la situación de consulta odontológica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

Nombre: _____

Profesión: _____

Años de Experiencia: _____

Títulos: _____

Área(s) de Experticia: _____

Sitio(s) de Trabajo: _____

Actividades profesionales que realiza en la actualidad: _____

FORMATO DE VALIDACIÓN

Instrucciones

El objetivo del siguiente formulario es obtener su juicio experto sobre la validez de contenido de los instrumentos que serán utilizados para fines de la investigación: Variables psicosociales y cognitivas que intervienen en la respuesta de ansiedad y la percepción de dolor en pacientes que asisten a consulta odontológica.

Se espera que usted evalúe la pertinencia y redacción tanto de las instrucciones, los ítems que conforman cada instrumento, como de las alternativas de respuesta propuestas. Para tales efectos, le presentamos un formato sencillo a través del cual le será posible evaluar: a) la pertinencia del contenido del ítem al área que mide el instrumento y b) la calidad de la redacción del reactivo.

El formato consta de un apartado que corresponde a las instrucciones de ambos instrumentos, seguidamente se le pide que responda si está o no adecuadamente descrita en términos claros y comprensibles. Con la finalidad de facilitar el proceso de evaluación, las instrucciones de las pruebas se presentan en una tabla como la del ejemplo que a continuación se presenta. Para ello deberá encerrar en un círculo en la columna de “adecuada” la palabra pertinente (SI-NO) dependiendo de si juzga que la instrucción es la adecuada o no. En caso de que considere que la instrucción no es correcta, por favor escriba en el espacio siguiente los aspectos que deben ser incorporados o eliminados. El procedimiento se repite tanto para el apartado de Factores protectores y factores de riesgo relacionados con la salud dental, como para el de Creencias en relación con la consulta odontológica.

Asimismo, se presenta la lista de los reactivos propuestos para medir la conceptualización teórica.

Con el objetivo de facilitar el proceso de evaluación, estas listas de reactivos se presentan en una tabla como la del siguiente ejemplo:

EJEMPLO:

Ítem	Pertinencia		Redacción	
	Sí	No	Sí	No
Aprendí desde la infancia hábitos de higiene dental que comprenden una correcta técnica de cepillado y la visita regular al odontólogo				

Por favor, lea cada uno de los ítems presentados, e indique encerrando en un círculo en la columna de “Pertinencia” la palabra adecuada (SI-NO) dependiendo de si juzga que el reactivo resulta pertinente o no al área que mide los instrumentos, y en la columna “Redacción” si encuentra que la redacción es adecuada o no.

De ofrecer una respuesta negativa en cualquiera de los dos casos, sírvase del espacio coloreado bajo el ítem para proponer una versión modificada del mismo y/o registrar el comentario que considere pertinente. Si se le ocurre un ítem alternativo para medir el mismo contenido, a pesar de considerar el propuesto adecuado, por favor, escríbalo en el apartado coloreado:

Ítem	Pertinencia		Redacción	
	Sí	No	Sí	No
Aprendí desde la infancia hábitos de higiene dental que comprenden una correcta técnica de cepillado y la visita regular al odontólogo	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La adecuada técnica de cepillado y la visita regular al odontólogo fueron hábitos que adquirí desde la infancia.				

Finalmente, usted dispone de un apartado en blanco bajo el rótulo de *Observaciones* al final del formulario para comentar cualquier otra sugerencia relacionada con la validez de los instrumentos.

INSTRUMENTO: FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SALUD DENTAL

INSTRUCCIONES DEL CUESTIONARIO FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SALUD DENTAL			
Señale si considera que la introducción mostrada abajo, está descrita en modo preciso, resalte aquello que usted cambiaría.	ADECUADA		
<i>Instrucción</i>	<table border="1"> <tr> <td align="center">Sí</td> <td align="center">No</td> </tr> </table>	Sí	No
Sí		No	
<p>A continuación se le presentan una serie de enunciados relacionados con la salud dental y la asistencia a la consulta odontológica, léalos detenidamente y marque con una equis (X) la opción que más se asemeje a su situación actual.</p> <p>Tome en consideración que cada uno de los números que se presentan en el recuadro inferior guarda relación con su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que a continuación se presentan:</p>			
En caso de haber encerrado la palabra "NO", ¿Qué considera que se debe incorporar y qué quitar?			

ÍTEMS DE FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SALUD DENTAL				
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Es indispensable visitar al odontólogo al menos una vez al año.	Sí	No	Sí	No

ÍTEMS DE FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SALUD DENTAL				
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Poner en práctica buenos hábitos de higiene dental es favorable para la salud.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Cepillarse los dientes tres veces al día es fundamental para mantener una dentadura sana.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Aprendí desde la infancia hábitos de higiene dental que comprenden una correcta técnica de cepillado y la visita regular al odontólogo.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
La pasta, el enjuague bucal y el hilo dental son productos esenciales para el cuidado de la salud dental.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	

Voy al odontólogo sólo cuando tengo una molestia o siento dolor.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Sustituyo periódicamente mi cepillo de dientes.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Tener caries dental es un motivo para asistir al odontólogo.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar deterioran la dentadura.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El hábito de fumar perjudica la apariencia y la salud de la dentadura.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	

Mantener una dieta balanceada favorece mi salud dental.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Tomar café produce mal aliento y facilita la despigmentación de la dentadura.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El consumo en exceso de alcohol y bebidas gaseosas perjudica la apariencia y estado de los dientes.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Desconozco las enfermedades dentales más frecuentes.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Voy al odontólogo únicamente cuando el dolor es insoportable.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	

Prefiero la extracción de piezas dentales a otro tipo de procedimiento odontológico más doloroso.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Me atemoriza la consulta odontológica por los aparatos que utiliza el doctor.	Sí	No	Sí	No

--	--	--	--	--

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Recordar las experiencias odontológicas que cuentan mis familiares y amigos, me produce temor cuando tengo que ir a consulta.	Sí	No	Sí	No

--	--	--	--	--

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Me avergüenza que el odontólogo evalúe negativamente el estado de mi dentadura.	Sí	No	Sí	No

--	--	--	--	--

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El servicio odontológico es deficiente y de difícil acceso en instituciones publicas.	Sí	No	Sí	No

--	--	--	--	--

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
He tenido malas experiencias con los odontólogos, por eso prefiero asistir únicamente cuando no cuento con otra opción.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Los alimentos y bebidas que tienen colorantes artificiales producen manchas en los dientes.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El acceso al servicio odontológico es muy costoso.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Las enfermedades dentales perjudican la salud.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Tener hábitos como chuparse los dedos o comerse las uñas provocan deformaciones en la dentadura.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Desconozco las pautas para mantener una buena salud dental.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Combinar pautas adecuadas de higiene dental, educación, alimentación y visita al odontólogo es esencial para mantenerse saludable.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Los hábitos de higiene dental que aprendí durante la infancia son erróneos.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Con el paso del tiempo la dentadura se deteriora.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Tener caries dental o las encías inflamadas son causas primarias para asistir al odontólogo.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El cuidado de la lengua forma parte de los hábitos de higiene dental.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Asisto al odontólogo sólo por cuidados superficiales o estética.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Rechinar los dientes o apretar la dentadura es un signo de enfermedad dental.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
No cuento con los recursos económicos para asistir periódicamente al odontólogo.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Es recomendable realizarse la limpieza y enjuague dental con flúor al menos dos veces al año.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
La acumulación de placa dentobacteriana produce cálculos dentales.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Postergar la cirugía de cordales se relaciona con un aumento en la aparición de caries dental en espacios de difícil acceso.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
La caries dental, la acumulación de sarro y la inflamación de las encías son las enfermedades dentales más frecuentes.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El mal aliento es un indicador de escasa higiene dental.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	

La consulta odontológica anual no es indispensable para mantenerme saludable.	Sí	No	Sí	No

Tomando en cuenta la redacción de los ítems, evalúe cual debe ser el formato de respuesta del cuestionario de **factores protectores y factores de riesgo relacionados con la salud dental**, según las alternativas que se le presentan a continuación. Marque con una **quis "X"** la alternativa de formato de respuesta que considere más adecuada. Por favor, si considera que las alternativas de respuestas deben ser otras, escríbalas en el apartado de observaciones.

<p><i>Alternativas de respuesta:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	<p>()</p>
---	---------------

Tomando en cuenta la redacción de los ítems, evalúe cual debe ser el formato de respuesta del cuestionario de **creencias en relación con la consulta odontológica**, según las alternativas que se le presentan a continuación. Marque con una **quis "X"** la alternativa de formato de respuesta que considere más adecuada. Por favor, si considera que las alternativas de respuestas deben ser otras, escríbalas en el apartado de observaciones.

<p><i>Alternativas de respuesta:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	<p>()</p>
---	---------------

INSTRUMENTO: CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

INSTRUCCIONES DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA			
<p>Señale si considera que la introducción mostrada abajo, está descrita en modo preciso, resalte aquello que usted cambiaría.</p>	ADECUADA		
<p><i>Introducción</i></p> <p>A continuación se le presentan una serie de enunciados relacionados con la visita al odontólogo, léalos detenidamente y marque con una equis (X) la opción que más se asemeje a sus creencias actuales.</p> <p>Tome en consideración que cada uno de los números que se presentan en el recuadro inferior guarda relación con su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que a continuación se presentan:</p>	<table border="1"> <tr> <td align="center">Sí</td> <td align="center">No</td> </tr> </table>	Sí	No
Sí	No		
<p>En caso de haber encerrado la palabra "NO", ¿Qué considera que se debe incorporar y qué quitar?</p>			

ÍTEMS : CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA				
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Todos los pacientes que salen del consultorio parecen adoloridos.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	

ÍTEMS : CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA				
Desde que llego al consultorio me siento ansioso.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Noto nerviosas a las personas que están en la sala de espera conmigo.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem</i>	Pertinencia		Redacción	
El consultorio me da miedo.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem</i>	Pertinencia		Redacción	
Me causa malestar ir al odontólogo.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Escuchar "la maquinita" me causa temor.	Sí	No	Sí	No

ÍTEMS : CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA				
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El odontólogo me va a dañar mi dentadura.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
La inyección me va a causar efectos secundarios.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Me podría ahogar con mi saliva.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El taladro me puede hacer daño.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Todos los procedimientos odontológicos son traumáticos	Sí	No	Sí	No

ÍTEM : CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA				
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Mi boca es muy sensible al dolor.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
A los odontólogos no les interesa que los procedimientos causen dolor.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Siempre dejé la visita al odontólogo como la última opción aunque me duela.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Mis dientes se podrían caer si el odontólogo aplica mucha fuerza.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Una vez que esté en el sillón no podré escapar.	Sí	No	Sí	No

ÍTEMS : CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA				
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Mis dientes son difíciles de tratar.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Siempre sufro de las peores complicaciones dentales.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Mi boca le causará asco al odontólogo.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El odontólogo me puede pegar alguna enfermedad.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	

ÍTEMS : CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA CONSULTA ODONTOLÓGICA				
El odontólogo no va a detener el procedimiento si yo se lo pido.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>				
El odontólogo no va a tomar en cuenta mis necesidades.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>				
Me da pena decirle al odontólogo que me siento ansioso.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>				
Los odontólogos son impacientes.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>				
Los procedimientos son muy caros.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>				
Soy un paciente difícil de tratar.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Mis dientes son difíciles de tratar.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El odontólogo se molestará conmigo por mi mala higiene dental.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
Mi boca le causará asco al odontólogo.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El odontólogo me subestima.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
El odontólogo cree que tengo miedo.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
	Sí	No	Sí	No
Voy a estar muy inflamado al salir de la consulta.				
<i>Ítem:</i>				
Pertinencia				
Redacción				
La recuperación va a ser muy dolorosa.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
	Sí	No	Sí	No
Los analgésicos no serán efectivos.				
<i>Ítem:</i>				
Pertinencia				
Redacción				
Los tratamientos con frecuencia fracasan.	Sí	No	Sí	No
<i>Ítem:</i>				
Pertinencia				
Redacción				
Voy a cicatrizar lento.	Sí	No	Sí	No

<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
	Tardaré mucho tiempo anestesiado.	Sí	No	Sí
<i>Ítem:</i>	Pertinencia		Redacción	
	El dolor va a empeorar con el paso de los días.	Sí	No	Sí

