

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN-HUÁNUCO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



---

**“NIVELES DE ANSIEDAD DENTAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN  
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNHEVAL 2014”**

---

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
PSICOLOGÍA**

**AQUINO NOLASCO, RUSBEL**

**ZÁRATE RODIL, ROY YTALO**

**HUÁNUCO-PERÚ**

**2016**

## **DEDICATORIA**

Dedicamos esta tesis a Dios y a nuestros padres. A Dios porque ha estado con nosotros a cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortalezas para continuar, a nuestros padres, quienes a lo largo de nuestras vidas han velado por nuestro bienestar y educación siendo nuestro apoyo en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

*La gratitud en silencio no sirve mucho a nadie, por ello, aunque sepas que te estamos agradecidos, queremos dejar constancia de ello, gracias a DIOS, nuestros*

*PADRES y familiares, no sabemos si bastará con un simple gracias.*

*Por último agradecemos a nuestros docentes, amigos, compañeros y pacientes.*

## RESUMEN

La investigación desarrollada es de tipo no experimental descriptiva y transeccional y tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad dental que presentaron 230 pacientes, 116 mujeres y 114 varones, que acudieron a la clínica Odontológica de la UNHEVAL el año 2014. Se aplicó el Test Dental Concerns Assessment (DCA), traducida, la escala de medición del nivel de ansiedad tiene 4 niveles (ausente, moderado, alto, fobia). Los datos se registraron porcentualmente, estableciéndose los niveles de ansiedad, llegándose a las siguientes conclusiones: la distribución porcentual de los niveles de ansiedad de los 230 (100,0%) pacientes, la ausencia de ansiedad arrojó 119. Los niveles de ansiedad identificados son ansiedad moderada 35 pacientes (15%), ansiedad alta 73 pacientes (32%) y ansiedad como fobia 3 pacientes (1%). Se han establecido los niveles de ansiedad destacando que en el nivel alto de ansiedad se agrupan el 32% seguido de ansiedad moderada (15%) y ansiedad como fobia 1%. Respecto al género se ha encontrado diferencias porcentuales. Personas de género femenino se agrupan en porcentajes mayores que personas de género masculino, así en el nivel moderado, se ha encontrado el 23% de género femenino y 7% de género masculino; en el nivel alto 44% de género femenino y 19% de género masculino. Las diferencias se hacen más claras al encontrar que el 1% correspondientes a ansiedad como fobia son 3 pacientes que son de género femenino.

**Palabras claves:** ansiedad dental, niveles de ansiedad, pacientes, clínica odontológica.

## INTRODUCCIÓN

Martino (1987) analiza el concepto tradicional del dentista como atormentador señalando que tiene su origen en el hecho de que los dientes y su tratamiento pueden producir dolor intenso. El tratamiento dental es percibido en la actualidad como una experiencia agónica.

El comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen.

Martín (1997) señala que entre las conductas de riesgo para la salud buco-dental se encuentran los hábitos orales perjudiciales, las conductas relacionadas con la dieta alimenticia, hábitos de tabaco, bruxismo, el miedo, la ansiedad, los comportamientos disruptivos o entorpecedores (cerrar la boca, mover la cabeza, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar) y la evitación de las situaciones de tratamiento dental (retraso en la petición de consulta, anulación de citas).

Las situaciones de miedo no se restringen sólo a la consulta odontológica pero sabemos que allí surge fácilmente. ¿Por qué?, ¿Por qué tenemos miedo si nos proponemos voluntariamente ir al odontólogo, tratarnos y sobre todo sostenemos la seria proposición de "no volver a tener caries"? ¿Qué nos sucede que no logramos sostener esa propuesta? Reflexionamos, sentimos que de haber realizado la consulta "antes" o a tiempo, no habiéramos padecido tantos dolores ni tampoco habiéramos tenido que perder algún diente. Nos hacemos una seria propuesta después de salir del consultorio ya casi con la boca arreglada. Pero al tiempo algo pasa. ¿Qué? Sentimos que el odontólogo se va a enojar y que no nos va a creer si le contamos

que habíamos decidido mantener regularmente las consultas como habíamos convenido pero que no sabemos que pasó y sobre todo, no sabemos qué pasó con nuestra propia propuesta cuando abrimos nuestra boca y la sensación de angustia nos invade otra vez, (Baggini CE & Gilgun LC, 2005)

Motivados por el análisis anterior y por la experiencia acumulada en el tema por muchos profesionales de la estomatología, nos decidimos a revisar la literatura sobre la ansiedad dental que es un concepto psicológico que ha surgido en el escenario dental como una expresión situacional frente a la intervención odontológica y es así como buscamos identificar los niveles de la ansiedad dental tanto en forma general como según el género

La investigación se encuentra organizada de la siguiente manera: El capítulo I, denominado Planteamiento del Problema, aquí se expone el problema de investigación, la formulación del problema, objetivos generales y específicos, justificación e importancia y limitaciones.

El capítulo II, denominado Marco Teórico, se realiza una revisión teórica teniendo en cuenta antecedentes a nivel internacional, nacional y regional, además se incluye las bases teóricas de la inteligencia emocional, estilos de aprendizaje y la muestra estudiada, seguido de las definiciones conceptuales, sistema de variables, definiciones operacionales y las hipótesis.

En el capítulo III, llamado Marco Metodológico, se incluye básicamente el tipo, nivel y diseño de investigación, seguido se delimita el ámbito, la población y muestra, además de las técnicas e instrumentos utilizados para la evaluación, recopilación y procesamiento de los datos.

En el capítulo IV se presentan, se analizan y discuten los resultados tomando como referencia diversos antecedentes de la investigación. Luego se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los respectivos anexos.

## ÍNDICE

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN**

### **CAPITULO I**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Fundamentación del problema	11
1.2 Formulación del problema	15
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivo específico	16
1.4 Justificación del problema	16
1.5 Limitaciones	18

### **CAPITULO II**

#### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

2.1 Antecedentes	19
2.2 Fundamentación teórica	26
2.3 Definiciones conceptuales	58
2.4 Sistema de variables	60
2.5 Definición operacional de variables	60
2.6 Hipótesis	61



### **CAPITULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1 Nivel, tipo y método de investigación	62
3.2 Diseño de investigación	63
3.3 Ámbito de la investigación	63
3.4. Población y muestra	64
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	65
3.6. Procedimiento de la Recolección de Información	67
3.7. Técnicas de Procesamiento de datos	67

### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS**

4.1. Presentación de resultados	68
4.2. Discusión de resultados	72

### **CAPITULO V**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. CONCLUSIONES	75
5.2. RECOMENDACIONES	76

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
----------------------------	----

<b>ANEXOS</b>	84
---------------	----

<b>Anexo 1</b>	85
----------------	----

<b>Anexo 2</b>	88
----------------	----

<b>Anexo 3</b>	89
----------------	----

<b>Anexo 4</b>	90
----------------	----

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Niveles de ansiedad en los adultos atendidos en la consulta odontológica de la clínica de la UNHEVAL 2014.	68
<b>Tabla 2.</b> Niveles de ansiedad según sexo de los adultos atendidos en consultas odontológicas de la clínica UNHEVAL 2014.	70

## ÍNDICE DE GRÁFICO

<b>Gráfico 1.</b> Niveles de ansiedad dental en los pacientes de la clínica odontológica de la UNHEVAL.	69
<b>Gráfico 2.</b> Niveles de ansiedad por sexo en adultos atendidos en la clínica de la UNHEVAL.	71

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA**

En la actualidad las personas se encuentran cada vez más ansiosas debido a los cambios vertiginosos que ocurren en la sociedad en los diversos ámbitos como es el ámbito tecnológico, laboral, familiar, académico y de la salud. Para enfrentar adecuadamente estas demandas, los individuos utilizan diversas estrategias que pueden contribuir a lograr una adaptación adecuada ante las situaciones o experimentando reacciones emocionales que se manifiestan en tensión y estrés desarrollando diversos problemas psicológicos entre ellos la ansiedad que viene a ser un problema muy común en el ámbito clínico caracterizado como un patrón de respuesta fisiológica, motora y cognoscitiva.

Aquí se expone que nuestra sociedad cada vez nos pone más retos lo que quiere decir que las personas tienen que enfrentarse a diferentes situaciones cada día y poner a prueba su capacidad de afrontamiento a situaciones estresantes, su capacidad de resolución de problemas, y si por el contrario no logran aplicarlas y no logran resolver las situaciones de conflicto o situaciones que le generen temor, pues puede ocasionar una ansiedad.

Sin embargo, Pedersen (2013), señala que cierta dosis de ansiedad es benéfica, motiva a la gente a dar lo mejor de sí misma, de lo que se desprende que la ansiedad es buena para nosotros, al menos en cantidades moderadas. Sobre esta valoración de la ansiedad, Barlow (2007) considera que la ansiedad

impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual y que sin ella muy pocos de nosotros haríamos buena parte de lo que hacemos.

En el extremo, la ansiedad grave puede paralizar a la persona, quién también puede evitar situaciones perturbadoras o disociarse (fragmentarse). Como todo extremo es perjudicial puede generar agotamiento físico y emocional.

Por otro lado las estrategias de afrontamiento utilizadas, sean adaptativas o desadaptativas, variarán de acuerdo a la etapa del desarrollo. Así por ejemplo la fobia al dentista que se clasifica en la CIE -10 dentro de los trastornos neuróticos, que no es sino una manifestación grave de la reacción de ansiedad, se presenta según Barlow (2007) a los 12 años de edad como promedio. Es posible que a partir de esa edad por problemas odontológicos las visitas al dentista sean más frecuentes, con intervenciones clínicas dolorosas y en no pocos casos percibidas como traumáticas.

Los datos epidemiológicos demuestran la importancia de conocer el problema de la ansiedad de acuerdo con Myrna Weissman, la frecuencia de éste trastorno es entre 4% y 8% al año, demostrando así mismo que la probabilidad de sufrir la enfermedad durante la vida es del 15% y que es más común en las mujeres, jóvenes y en personas con poca educación.

La tasa de prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad alcanzan tasas alarmantes en sociedades del primer mundo, unos 40 millones (18,1%) de estadounidenses adultos entre 18 y 54 años padecen cada año algún tipo de trastorno de la ansiedad.

En España, la tasa de población adulta afectada por algún tipo de trastorno de la ansiedad alcanza el 20% (casi 2 de cada 10 españoles), siendo las mujeres españolas las más afectadas.

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4% (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2004)

En los diferentes establecimientos de salud del MINSA del departamento de Huánuco en el 2010 según el último reporte cerca de 16000 personas fueron diagnosticadas con trastornos de ansiedad (Diresa, 2011).

A partir del análisis de las estadísticas nos podemos dar cuenta que la ansiedad se encuentra entre los problemas psicológicos más frecuentes en donde la población más vulnerable son las mujeres y las personas con bajo grado de instrucción debido a que se encuentran más expuestos a sufrir o padecer muchas adversidades lo que hace que se encuentren ansiosos ante cualquier situación en donde entre en juego su seguridad, su salud, su estabilidad emocional o económica, además de ello también se observa que en los adultos hay mayor predisposición a sufrir ansiedad ya sea porque tienen mayores responsabilidades que asumir, finalmente es en la región de nuestra

selva donde se muestra mayor porcentaje de ansiedad, esto es debido a que en dicha región, hay mayor necesidad respecto a la salud, educación, vivienda, etc.

Aarón Beck, propone que el problema psicológico principal de los trastornos de ansiedad es una vulnerabilidad que surge de la tendencia del individuo a disminuir su capacidad para resolver los problemas, percibiendo de manera exagerada las amenazas que le provocan ansiedad contra las relaciones sociales, la libertad y la identidad propia.

Esto quiere decir que la ansiedad es producida desde el punto de vista del enfoque cognitivo como una idea distorsionada respecto a la capacidad de enfrentar y resolver un problema minimizando tu capacidad y maximizando el problema o situación que causa dicha ansiedad lo que hace que sientas una incompetencia completa y dejándote vencer por la situación

La ansiedad se presenta a causa de diversos factores entre los cuales cabe mencionar: los conflictos derivados del medio familiar, laboral, social y de las enfermedades crónicas tales como los cánceres y el VIH/SIDA.

Efectivamente la ansiedad lo puede producir cualquier cosa, problemas que surjan en el contexto en el que se desenvuelve el individuo, situaciones graves como ser diagnosticado con una enfermedad incurable o situaciones comunes, pero que generen una tensión en el individuo debido a que se maximiza la situación como ya se ha mencionado.

En la práctica odontológica también se ha observado que los pacientes presentan un nivel de ansiedad marcado lo que genera consecuencias negativas

tanto para el paciente como para el odontólogo, La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas (Marks,1994).

Agras (2009) afirma que la Odontología es una de las profesiones que generan temor ya sea porque el paciente básicamente presenta miedo al dolor lo que genera la ansiedad ante la visita al odontólogo y es de esperarse que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas a los consultorios dentales, esto ciertamente ocasiona que el profesional no cuente con mucha clientela perjudicándolo y que los pacientes a pesar de necesitar atención no asistan por temor.

Un inconveniente que limitó los estudios teóricos de la ansiedad en escenarios dentales fue la carencia de algún instrumento que sea sensible para evaluarla y con los resultados se pueda disponer la prevención o la intervención correspondiente. Norman Corah (1969) mediante estudios experimentales, elaboró una escala a la que denominó originalmente el Test Dental Concerns Assessment (DCA), en español Escala de Ansiedad dental que fue aplicada en diversos estudios tanto en el extranjero como en el Perú.

## **1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA:**

¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental de los pacientes atendidos en las consultas odontológicas de la clínica de la UNHEVAL el año 2014?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo general:**

Determinar los niveles de ansiedad dental en los pacientes atendidos en la consulta odontológica en la Clínica de la UNHEVAL 2014.

### **1.3.2 Objetivo específico:**

- Establecer los niveles de ansiedad que presentan los pacientes atendidos en la consulta odontológica en la Clínica de la UNHEVAL 2014.
- Identificar los niveles de ansiedad dental en los pacientes atendidos en la consulta odontológica en la Clínica de la UNHEVAL según el género.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

A nivel teórico la presente investigación es un aporte debido a que por un lado se realiza una revisión teórica del constructo denominado ansiedad dental y por otro lado, recoge y rescata diferentes investigaciones hechas sobre el tema en otras realidades que han servido como marco teórico referencial, para que con la presente investigación se busque identificar los niveles de ansiedad dental, lo que permite tener una visión real del problema en nuestro contexto, a partir de ahí valorar la relevancia que tiene conocer cuán ansiosos son los usuarios y poder trabajar a partir de esa información y aportar conocimiento de las medidas de prevención sobre la ansiedad y las consecuencias como las reacciones fisiológicas y psicológicas negativas. El propósito de esta investigación es identificar la ansiedad que se produce en la atención



odontológica y la importancia para obtener la colaboración deseada para cada manejo odontológico.

A nivel metodológico se han realizado los ajustes psicométricos del instrumento para aplicar en nuestro medio ya que si bien es cierto el instrumento utilizado es muy conocido en otras realidades, es la primera vez que se utiliza desde la perspectiva psicológica, es por eso, que a través de la presente investigación se establecerá la validez y confiabilidad del instrumento a nivel de nuestro medio y será uno de los pioneros en obtener información sobre los niveles de ansiedad dental en la clínica odontológica de la UNHEVAL.

A nivel práctico los resultados de la presente investigación serán clave para la clínica odontológica de la UNHEVAL debido a que a partir de ella conocerán en primer lugar los niveles de ansiedad dental en sus pacientes y ese conocimiento permitirá que brinden mayor seguridad, confianza y calidad de servicio a los pacientes logrando reducir su ansiedad, en segundo lugar, y posiblemente más importante es reconocer la importancia del trabajo interdisciplinario entre odontología y Psicología lo que va a va permitir que la clínica busque estrategias efectivas, como por ejemplo, contar con el apoyo de psicólogos o estudiantes de psicología para asegurarse que sus pacientes han reducido su ansiedad a través de técnicas de reducción de la ansiedad y su efectos sean controlados con una encuesta o una escala que mida ansiedad que permitan tener un indicador objetivo de la meta que se plantea, y por último, logra una mayor demanda de la clínica ya que teniendo en cuenta este aspecto

fundamental es inevitable que haya un crecimiento en la asistencia de los pacientes a consulta.

## **1.5 LIMITACIONES**

No se ha encontrado información estadística ni bibliográfica respecto al tema y los antecedentes similares en nuestro medio son escasos. También en la aplicación del instrumento, el consentimiento de los pacientes fue limitado por las urgencias de los pacientes.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

El problema de la ansiedad es un tema muy común, que a través del tiempo numerosas personas han tratado de investigar, lo que pretende esta investigación es conocer el nivel de ansiedad dental que se presenta en la consulta odontológica como a continuación lo demuestran estos estudios:

##### **A nivel Internacional:**

Padilla (2002) desarrolló un estudio que tuvo como el objetivo establecer una comparación del grado de ansiedad que presentan los pacientes niños ante el tratamiento odontológico en la clínica de odontología del niño y del adolescente de la facultad de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala, en las clínicas de odontólogos generales y odontólogos pediatras y los factores principales que modificaron el comportamiento del paciente infantil.

La investigación se realizó con una muestra de 105 niños de ambos sexos, comprendidos entre 7 y 12 años atendidos en dichas clínicas.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario en el cual se recopiló la información de investigaciones previas que proveyeron los datos. Lo cual permitió conocer los factores que modifican el comportamiento de paciente infantil ante el tratamiento dental.

Se determinó de esta manera que todos los factores modifican de alguna manera el comportamiento del paciente y afectan en mayor o menor grado el nivel de ansiedad. También fue posible determinar que los pacientes con mayores niveles de ansiedad son atendidos por odontólogos pediatras debido a la especialidad que estos poseen.

La experiencia significativa en la respuesta que el niño va a manifestar en su siguiente cita, ya que si tuvo una experiencia traumática, en sus siguientes visitas elevara sus niveles de ansiedad.

Rivera y Fernández (2005)

La ansiedad a la atención y tratamiento dental puede afectar de forma significativa a la salud oral de los niños así como a la calidad del tratamiento dental recibido. A pesar de su importancia se han realizado muy pocos estudios sobre la ansiedad y miedo dental infantil en Latinoamérica, concretamente en Honduras. En este estudio se evaluó la ansiedad dental de una muestra aleatoria de 170 escolares (6-11 años) de la región metropolitana de Tegucigalpa. La evaluación se realizó mediante la Escala de Ansiedad Dental de Corah, el Test de Dibujos de Venham, y la Escala de Evaluación de los Miedos. Los escolares mostraban niveles moderados de ansiedad dental, y sólo entre el 14-15% de ellos presentaban niveles de ansiedad clínicamente significativos. No se encontraron diferencias respecto a la ansiedad dental entre niños y niñas. Los procedimientos del tratamiento dental más invasivos provocaron mayores niveles de ansiedad dental, así como la expectativa de ir al dentista al día siguiente. Los niños que tenían experiencia dental previa mostraban niveles

más elevados de ansiedad, así como los niños de padres con miedo al tratamiento dental. Los resultados demuestran la relevancia de la ansiedad dental infantil y su relación con ciertas experiencias previas.

Muza y Muza (2007), desarrollaron una investigación con el objetivo de conocer el nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental. Para ello, se aplicó la encuesta Dental Concerns Assessment (DCA), traducida, en la sala de espera del Servicio Dental del Hospital Regional Rancagua a 233 pacientes mujeres, acerca de 26 procedimientos dentales. La escala de medición de la ansiedad tiene 4 niveles (Ausente, Moderada, Alto, Severa o fobia) La edad fue clasificada en 4 grupos etarios por los que se compararon las respuestas. Resultados: Los mayores niveles de preocupación estuvieron causados por el costo de los tratamientos (156 pacientes), la necesidad de varios procedimientos (131), el número de citas y el tiempo asociado (118), el dolor (117), temor a la inyección (111), tratamiento de endodoncia (104) y por el sonido del aparato empleado en la limpieza dental (96). El procedimiento que causó menos ansiedad es la radiografía (26). El uso de cuestionarios de evaluación de la ansiedad pre-tratamiento, puede ayudar a los dentistas a disminuir la ansiedad de sus pacientes. Es necesario tomar medidas concretas para manejar la ansiedad, tales como, fármacos, técnicas de relajación, respiración abdominal, meditación y música.

Alburquerque, Correa y Abanto (2007), realizaron un estudio con el propósito de estimar la ansiedad materna frente al tratamiento odontológico de sus hijos utilizando la escala de ansiedad dental propuesta por Corah. La

muestra fue constituida por 100 madres, cuyos hijos eran atendidos en la Clínica de Odontopediatría para la Primera Infancia de la Universidad de São Paulo - USP/SP y en el curso de especialización en Odontopediatría de la ABENO/SP. Los resultados obtenidos mostraron que 52% de las madres presentaban baja ansiedad, 23% ansiedad moderada, 21% se presentaban sin ansiedad y 4% con ansiedad considerada alta. Se concluyó que, frente al tratamiento odontológico, la mayoría de las madres presentó un bajo grado de ansiedad, siendo importante considerar la inclusión de escalas de ansiedad en la anamnesis, además de realizar orientaciones con relación a la forma de atención. Esto con la intención de reducir la ansiedad materna desde el inicio de la consulta odontológica

Caycedo, et, al (2008), reportaron un trabajo de investigación que es parte de un estudio mayor sobre la convergencia entre el reporte del odontólogo acerca de la ansiedad de sus pacientes y las respuestas de los pacientes a dos escalas de ansiedad ante el tratamiento odontológico, llevado a cabo con una muestra de 132 odontólogos y sus correspondientes 913 pacientes en Bogotá, Colombia. Se presentan los datos correspondientes a las respuestas de los pacientes a dos instrumentos de auto reporte acerca de la ansiedad ante los tratamientos odontológicos. Tanto la escala MDAS (Escala de Ansiedad Dental Modificada) como la SDAI (Inventario de Ansiedad Dental-versión corta), permitieron identificar una distribución similar en los diferentes niveles de severidad en la muestra de este estudio. Adicionalmente, se pudo observar que los contextos más ansiógenos son los que incluyen jeringas y agujas (47,2%), la anticipación de la extracción de una pieza dental (34,7%) y la

anticipación del uso de la fresa dental (25,4%). Por otra parte, se observó niveles de ansiedad levemente mayores en mujeres que en hombres, este aspecto se evidencia tanto en los resultados de las escalas SDAI y MDAS como en la clasificación reportada por los odontólogos. Los resultados se discuten haciendo énfasis en la importancia de la identificación temprana de este desorden, del entrenamiento a odontólogos para su manejo; así como, del trabajo interdisciplinario para brindar al paciente una alternativa que promueva el uso de habilidades de autorregulación emocional.

Lima M & Casanova (2006) El objetivo de su investigación fue determinar la prevalencia del miedo al tratamiento estomatológico según edad y sexo, identificar su etiología y precisar las características clínicas de los pacientes en esta fase en la Clínica Estomatológica Docente Provincial “Ismael Clark y Mascaró”, del municipio y provincia de Camagüey, desde Noviembre del 2005 hasta mayo del 2006. El universo se constituyó por todos los pacientes que asistieron al centro asistencial. La muestra estuvo integrada por 210 personas seleccionadas de forma aleatoria dentro del universo. Se obtuvo que predominó el sexo masculino y el grupo de edades de 41-50 años, el ruido del airtor es la causa principal del miedo al estomatólogo seguida de la percepción individual del dolor; las manifestaciones clínicas se manifestaron como sudores y taquicardia, le siguieron los agarrotamientos, los temblores e hipersensibilidad al dolor.

Ríos Erazo M., Herrera Ronda A., Rojas Alcayaga G. (2013) La ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la

posterior adherencia a tratamiento. Con tasas de prevalencia que van del 4% al 23%, la ansiedad dental es un factor importante a considerar si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente. El presente artículo propone abordar la definición de ansiedad dental, para luego identificar las causas que explican cómo se origina este fenómeno, además de revisar cuales son los instrumentos más utilizados para medir ansiedad dental dentro del contexto odontológico. Finalmente se revisan las intervenciones que han mostrado mayor efectividad en la reducción de este problema.

#### **A nivel Nacional:**

Cerrón, M. (2010) “Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias Dentales y la ansiedad Materna en el instituto de Salud oral de la Fuerza Aérea del Perú”. Cuyo objetivo fue relacionar el miedo en niños en función a sus experiencias dentales y la ansiedad de sus madres. Para dicho propósito se seleccionaron 258 pacientes entre 4-12 años de edad del Servicio de Odontopediatría del Instituto de Salud oral de la FAP, para la cual se utilizaron tres Instrumentos de Recolección de Datos: La Escala de Evaluación de Miedos Sub Escala Dental CFSS-SD, La Escala de Ansiedad Dental de Norman Corah y un Cuestionario de experiencias dentales de los niños. Los resultados mostraron que un porcentaje de 84.5% de los niños presentaron bajo miedo y que el 13.2% de los niños presentaron niveles elevados de miedo al tratamiento odontológico, que se relacionaban con madres más ansiosas, al igual que las experiencias dentales negativas de los niños influían sobre el miedo en los niños.



Claudio (2012) El objetivo de esta investigación fue conocer el nivel de ansiedad y las preocupaciones que producen ansiedad en jóvenes atendidos en las consultas odontológicas de cinco centros de salud de la ciudad de Huánuco.

**Metodología:** Observacional, Descriptivo, Comparativo, Transversal; se utilizó el Test Dental Concerns Assessment (DCA), traducida, en un grupo de 243 pacientes, ambos sexos, la escala de medición del nivel de ansiedad tiene 4 niveles (ausente, moderado, alto, fobia) de cinco preguntas y la escala de preocupaciones que produce ansiedad tiene 4 niveles (Bajo, Moderado, Alto, No sabe) con 26 preocupaciones frecuentes en las consultas.

**Resultados:** De 243 (100%) pacientes presentaron un nivel de ansiedad: alto 24(10%); 88(36%) moderado; 131(44%) no presentaron ansiedad, y no hubo casos de ansiedad severa o fobia, las mujeres presentaron un mayor nivel de ansiedad alta 24 (11%) y los varones 16 (9%). Las cinco preocupaciones que producen mayor ansiedad alta son: por el temor a ser heridos en el tratamiento con 36%(87), el mismo que fue relacionado con Rho de Spearman de 0,281 y P valor 0,000; con 32%(77) el temor a la extracción del diente con Rho 0,298 y P-valor 0,000; con 26%(64) el temor a la inyección de la anestesia con Rho 0,298 y P-valor 0,000; con 22%(53) el no estar adormecido lo suficiente con Rho 0,192 y P-valor 0,003, con 21% (51) el número de citas y el tiempo que implicara para su tratamiento con Rho 0,194 y P-valor 0,002; Finalmente la hipótesis se contrastó mediante el Chi<sup>2</sup> de Pearson 30,987; con 8 grados de libertad, con 5% de error alfa, 95% de nivel de confianza y P-valor 0,000 el que indica significancia; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. En esta investigación se llegó a las siguientes

**Conclusiones:** los pacientes con algún nivel de ansiedad tienen que tener un manejo cuidadoso, y se debe tomar medidas como técnicas de relajación, distracción, música, respiración abdominal y en el último de los casos la farmacología.

## **2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.2.1. El miedo dental**

#### **2.2.1.1 Significado Psicológico de la boca:**

La manipulación de la zona bucal por parte del dentista, despierta en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca.

No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.

#### **2.2.1.2.- Significado psicosocial de la boca**

No es desconocido que Freud asignó a la boca una función primordial en el desarrollo psicosexual de la persona. La boca constituye el primer órgano de contacto con el mundo y a través de ella el nuevo ser obtiene la primera experiencia del sí mismo, que indeleblemente permanecerá como núcleo central en la estructura de la personalidad

futura. Freud la describió como la fase oral, la cual es seguida por la fase anal y posteriormente por la fase genital. Esta fase oral dura aproximadamente hasta el año y medio de edad y se caracteriza por el chupeteo de los objetos, como modo de conocimiento del mundo externo (Fadiman, 1976).

La boca es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales, con ella se toma el gusto al mundo que nos rodea. La boca provee las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito, llevando toda esta actividad oral a las primeras percepciones de sí mismo (Ewen, 1977)

En la fase oral la boca es fuente de placer al realizar el acto de succión del pezón materno, en una primera fase el pecho de la madre se percibe como indiferenciado de sí mismo pues el lactante percibe que él y su entorno son una misma cosa. Sin embargo, en un momento posterior el niño constatará que el pecho materno está separado de él, generando así la primera frustración y la primera percepción de un mundo diferenciado de él mismo. Por lo tanto esta experiencia, relación niño-pecho materno, implica un modo de relación con el mundo externo, físico y social. Por lo mismo cualquier disturbio en esta fase, ya sea por exceso o falta de gratificación, se relacionará con un modo poco adaptado de "ser en el mundo". Así en personas con fijaciones en la fase oral, la zona bucal queda revestida de una carga emocional excesivamente elevada, llevándolos a necesidades de satisfacción inacabables. Estas personas se caracterizarán

por constantes quejas, náuseas y asco. Emocionalmente son personas exigentes, dominantes, codiciosas o dependientes (Ewen, 1977)

Más allá de la presencia de alteraciones del desarrollo en la fase oral, lo relevante es comprender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona bucal para el ser humano, de alguna forma en ella estamos íntegramente representados y se devela nuestra intimidad.

Según Jeammet (1999) debemos recordar el concepto de esquema o imagen corporal, que corresponde a la vivencia psíquica del cuerpo, la que otorga una representación de integridad del yo. En relación a esto, es interesante señalar el fenómeno del miembro fantasma, en el cual la persona sigue percibiendo una parte del cuerpo que ha sido amputada. La concepción que tienen los individuos sobre la imagen del mismo está mucho más en función de la calidad de la investidura libidinal de este cuerpo que de la realidad, por ejemplo las pacientes anoréxicas se perciben efectivamente como obesas, aun cuando estén objetivamente enflaquecidas. Así podemos ver que junto a la realidad de la anatomía objetiva, necesitamos reconocer la realidad de una "anatomía del deseo" La boca desempeña una función importante en el sentimiento de unidad y en la constitución del yo, el funcionamiento oral sirve de modelo corporal sobre el cual se apoyan las vivencias psíquicas que acompañan al proceso de identificación, por lo tanto recibe importantes cargas libidinales. Es decir en la boca está representado en forma importante el "yo", pues marca claramente un límite entre el adentro y el afuera (tal cual también lo hace la piel) y se constituye en un elemento de intercambio con el mundo

externo (la alimentación, el habla, el gusto, etc.), la boca individualiza, hace reconocible lo propio de lo ajeno, en la boca estamos representados íntegramente. Por lo mismo es comprensible la dificultad de exponer esta zona del cuerpo tan íntima a otra persona como lo es el odontólogo, que en muchos casos es un desconocido y que además va a realizar intervenciones que tanto objetivamente como subjetivamente implican alguna forma de agresión. No es tan sólo el daño físico, es la amenaza a la integridad psicológica, a la percepción de sí mismo.

### **2.2.1.3.- Explicaciones de la adquisición del miedo dental:**

No existe una respuesta única ni definitoria para explicar este fenómeno, pero al parecer en la mayoría de los casos esta actitud es debida a experiencias con el dentista cuya significación resulta traumática para el paciente. Los trabajos de Molin y Seeman, citados en Scott y Hirschman, señalan que los sujetos encuestados reportan que sus experiencias con el dentista contribuyen significativamente en la generación de ansiedad dental. Estas personas declaraban que; la creencia de haber recibido un tratamiento inapropiado y el manejo brusco por parte del profesional, eran los factores que más contribuían al desarrollo de ansiedad frente al tratamiento odontológico.

En el mismo artículo se discute la posibilidad de que la alta ansiedad tenga que ver con una mayor sensibilidad a los procedimientos dolorosos. De este modo, una de las hipótesis que se maneja es que esos pacientes son hipersensibles al dolor en general, sin embargo otros

estudios citados por Scott y Hirschman indican que la baja tolerancia al dolor es específica al tratamiento dental. Por otro lado algunos investigadores han propuesto que la ansiedad dental es sólo una faceta de una alta ansiedad generalizada la que se manifiesta de diversas maneras.

Otras hipótesis apuntan a que esta ansiedad se origina por transmisión padres-hijos de actitudes desfavorables hacia el dentista como también por aprendizaje social, a través de las interacciones con otras personas que relatan historias de horror respecto al tratamiento dental (Scott, sf).

Al respecto Gale (1972) diseñó una escala que le permitió evaluar situaciones relacionadas a la atención dental que causaban más miedo a los pacientes. Al hacer un ranking de las aseveraciones que recibieron más puntaje, resultaron como las más de temer; la extracción dentaria, el fresado dental y una mala opinión de los dentistas respecto a las condiciones de salud oral del paciente, superando esta última al hecho de sostener la jeringa con la aguja expuesta delante del paciente. Gale señala que se debe tener muy en cuenta que la actitud del dentista hacia el paciente condiciona mucho la actitud de éste hacia el cuidado de la salud bucal y hacia el dentista en particular y al respecto señala que una crítica hacia las condiciones de la boca es percibida por el paciente como una crítica al "sí mismo".

### **2.2.2.- El Estrés en la Atención Odontológica**

En todo caso es indudable que para muchas personas la atención dental es una situación estresante. Al respecto es conveniente recordar la distinción entre estrés fisiológico y psicológico, siendo el primero una respuesta orgánica a un daño tisular real (por ejemplo una extracción dentaria) y el segundo una respuesta a una amenaza simbólica. Sin embargo el estrés psicológico puede connotar consecuencias fisiológicas idénticas a la del estrés fisiológico (Lazarus, 1986).

El estrés psicológico implica siempre un problema de anticipación del futuro, la gente se estresa por lo que va a pasar, no tanto por lo que está pasando en el momento mismo. Evidentemente ese futuro aparecerá como amenazante para la persona. Lazarus diseñó una experiencia en la cual los sujetos eran sometidos a distintos tipos de inyecciones anestésicas, desde unas que consistían en la inyección de anestésicos con vasoconstrictor hasta otras en que sólo se colocaba la jeringa con la aguja dentro de la boca del paciente, sin realizar punción alguna. Lo interesante es que independiente de la situación, las personas desarrollaron un semejante patrón de respuestas fisiológicas indicadoras de estrés (medido por reacción electrodérmica). Esto demuestra que la respuesta de estrés no es al daño mismo sino a la percepción subjetiva de amenaza. A esto contribuyen dos factores; uno relacionado al tiempo de anticipación y el otro a lo que se piensa o interpreta de la situación estresante. En general se ha observado que mientras más tiempo transcurre entre la noticia de exposición al estímulo y la exposición misma, mayor es el nivel de estrés.

Por otro lado el nivel de estrés se relaciona directamente con la evaluación cognitiva que haga la persona de la situación en cuestión, es decir, de cómo interpreta el estímulo. Al respecto en un experimento también conducido por Lazarus (1986) observó que en la observación de una película de fuerte contenido traumático, la reacción de las personas dependía en gran parte de la explicación que se daba del suceso, concluyendo que en la medida que se intelectualizaba o se negaba el sufrimiento de la persona se reducía el nivel de estrés de los observadores de la película. Por todo lo anterior es interesante señalar que el desarrollo de estrés depende en gran parte de las características del individuo, principalmente de las ideas que despliega en el enfrentamiento de la situación aversiva. Estas ideas (esquemas cognitivos) justamente provienen de experiencias anteriores que han modelado una forma de ver y ser en el mundo, lo interesante es buscar métodos que modifiquen esos esquemas de pensamiento cuando se refieren a procesos dentales vistos como amenazantes.

Por otro lado es relevante evaluar el significado que reviste la relación paciente-dentista. Se añade a la significación oral previamente descrita, una relación que simbólicamente representa las primeras experiencias con la autoridad, ya sea el padre o algún otro significativo.

Del momento que el paciente elige a un determinado odontólogo ya está poniendo en juego su actitud hacia las figuras significativas. Cuando ingresa al consultorio dental lleva consigo toda una forma de reaccionar



frente a los procedimientos odontológicos que comprometen su boca, como al dentista, en cuanto figura revestida de autoridad.

El paciente llega al dentista con sentimientos contradictorios.

Por un lado lo percibe, al igual que en toda la profesión médica, como un ser dotado de poderes (reales y fantasiosos) que le permitirá aliviar sus dolencias. Sin embargo es a la vez una figura amenazadora, dado los procedimientos invasivos y eventualmente dolorosos aplicados en la zona bucal. El paciente sufre además otro conflicto, sabe que necesita de tratamiento odontológico pero al mismo tiempo percibe la situación como amenazadora. Este complejo emocional lleva al paciente a un estado de ansiedad, a constantes interrupciones al accionar del dentista, postergaciones de las citas o la suspensión del tratamiento (Scott, sf).

Es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir ese estado ansioso, para conseguirlo es fundamental el estilo interpersonal en el cual se desarrolle la relación paciente-dentista. Como primer paso el dentista debe considerar la condición psicológica del paciente, pues éste de alguna manera sufre una regresión infantil, se hace muy dependiente de su dentista en el momento de la atención odontológica y se reeditan las primeras relaciones con figuras de autoridad. El dentista dispone de un poder inmensamente superior al de su paciente cuando éste se encuentra en el sillón dental, pues simbólicamente se produce nuevamente una restitución de la dinámica padre-hijo.

Es en la primera consulta donde se despliegan los sentimientos del paciente respecto al tratamiento odontológico y al dentista. Esta es la oportunidad para que el profesional intervenga para proveer un ambiente psicológico de seguridad, que permita develar temores y ansiedades propias a la situación de atención dental.

El cuidado de la salud oral es un esfuerzo de dos personas, no el trabajo de una persona sobre la otra.

Para tal efecto el dentista debe ser flexible cuando deba hacer modificaciones en el plan de tratamiento cada vez que surja alguna necesidad particular en el paciente respecto al mismo. De esta manera sí se maximiza el estatus de igualdad dentista/paciente, al mismo tiempo se minimiza la posibilidad de interrupciones dentro de la interacción. En este sentido es vital comprender que dicha relación está conformada por dos adultos, la cual es única e igualitaria, así se posibilita una interacción realista y no fantasiosa, una relación de este tipo no es afectada por la ansiedad o la preocupación del paciente acerca del tratamiento dental (Freeman, 1999)

Se debe buscar una alianza de tratamiento, es decir paciente y dentista se deben alinear en un objetivo común, en este sentido la ansiedad dental es una barrera para tal alianza. Sin embargo el dentista junto al paciente deben abordar las fuentes de esta ansiedad de manera tal de que, más que una interferencia sea una guía para la planificación del tratamiento a seguir, así la tarea de delinear un tratamiento es de común

acuerdo, se fortalece así la alianza terapéutica en vez de debilitarse a causa de la ansiedad del paciente.

La transferencia (fenómeno psicológico que hace referencia a la reedición de pautas de comportamiento interpersonal aprendidas en periodos precoces de la vida y que se ponen en juego en cada relación posterior con otro significativo) debe ser considerada en la atención dental. El paciente en la atención dental sufre una regresión a una etapa infantil y desde esa condición emocional se relaciona con el dentista y reactualiza la regresión a la relación padre-hijo. Dada la relación de autoridad, visualiza al dentista en el rol de padre. Es así como el dentista puede ser percibido como un padre protector o extremadamente autoritario con gran capacidad de generar miedo o daño.

Szasz y Hollender (1999) propusieron tres modelos básicos en la relación paciente/dentista:

- Actividad/pasividad,
- Guía-cooperación
- Participación mutua.

En la primera el dentista le hace algo al paciente, el que a su vez sólo cumple con el rol de recibir el tratamiento, en este modelo se reconstituye la dinámica padre-hijo. En el segundo el dentista le dice al paciente lo que le va a hacer, señalando éste su acuerdo, nuevamente se establece una relación padre-hijo. En la tercera el dentista le sugiere y

negocia con el paciente el tratamiento a realizar, en una clara relación entre adultos de igual condición.

En esta última modalidad el dentista reconoce el potencial del paciente y comprende que éste no es un ignorante respecto a lo que se le debe hacer como tratamiento, sino que siempre sabe algo. En esta interacción la alianza de tratamiento se fortalece, favoreciendo en definitiva una mayor responsabilidad del paciente sobre su propia salud oral.

Un estudio realizado por Peñaranda (1990) determinó, mediante una encuesta hecha a dentistas, las aplicaciones en la odontología de conocimientos de psicología.

De una diversidad de temáticas resultó que el manejo de niños con problemas conductuales, los pacientes ansiosos, el cobro de los honorarios y los individuos con problemas de personalidad eran áreas donde el conocimiento de técnicas psicológicas resultó de gran utilidad para un mejor manejo de dichas situaciones. Sin embargo, el autor reconoce que en casi todas las acciones odontológicas son necesarios conocimientos y destrezas del ámbito de la psicología, pues en definitiva el éxito del tratamiento en gran parte depende de la actitud, motivación, y conducta del paciente con relación al tratamiento.

Además, no se debe olvidar las consecuencias que sobre el ánimo y conducta del profesional tienen las acciones desarrolladas por el mismo (ejemplo; cobro de honorarios), como también las desarrolladas por el

paciente. En definitiva, un buen manejo psicológico del paciente redundará tanto en una mejor calidad y pronóstico del tratamiento, como en una mejor calidad de vida para el odontólogo.

### **2.2.3.- Ansiedad en Odontología**

Battistoni (1998) el miedo al dentista es un problema anímico y psicológico de los pacientes que asisten a los consultorios odontológicos.

Sin embargo una pequeña dosis de miedo, cuando el paciente se somete a una situación como la de recibir una sesión odontológica, puede ser normal.

Se habla de miedo o ansiedad normal cuando se presenta una emoción con las siguientes características.

- Sucesos breves o de leve intensidad.
- Tensión muscular temporal.
- Aumento leve y temporal de la frecuencia cardíaca.
- Reacción de cualquier forma de evento al estímulo.
- Sufrimiento limitado y temporal que persiste durante el tiempo de aplicación del estímulo (por ejemplo durante el tiempo de aplicación de la anestesia).
- Ningún tipo de consecuencia de tipo psicosocial.

Generalmente, el paciente justifica la ansiedad con el miedo al dolor, pero en efecto, gracias a las técnicas moderadas de anestesia ya

el componente doloroso ha sido, si no anulado, por lo menos reducido a niveles de fácil tolerancia (Neuris, 1979).

Giangregorio (2000) menciona las características de la ansiedad:

- Situaciones repetidas y notable intensidad.
- Reacción inapropiada al estímulo (aun cuando se realiza una sola sesión).
- Sufrimiento persistente y notable, que anticipa la aplicación del estímulo (ansiedad anticipada).
- Compromiso de las funciones psicológicas, el paciente puede presentar malestar o, igualmente, problemas psicofísicos en vísperas a la intervención psicológica.

El fenómeno de la ansiedad está vinculado a todos los sistemas fisiológicos de organismos: el sistema muscular óseo, el sistema neurovegetativo, el sistema endocrino, el sistema inmunitario.

❖ Alteraciones neuroendocrinas:

Aumento de la adrenalina, noradrenalina, cortisol, prolactina y hormonas esteroideas.

❖ Alteraciones fisiológicas:

- Aumento de frecuencia cardiaca.
- Aumento de la irregularidad de ritmo cardiaco.
- Aumento de la frecuencia respiratoria e irregularidad del ritmo respiratorio en sí.

- Vaso constricción periférica con palidez de piel y mucosas.
- Aumento de sudoración.
- Aumento de tensión muscular.
- Aumento de la motilidad gastrointestinal.

Estos dos tipos de alteraciones dan origen a dos series de síntomas:

❖ Síntomas físicos:

- Resequedad de la boca
- Intranquilidad
- Sudoración
- Falta de aire
- Nudo en la garganta
- Náuseas, mareos
- Palpitaciones, temor
- Intranquilidad motora.
- Cefalea.
- Molestias gastrointestinales.

❖ Síntomas psíquicos:

- Apreensión.
- Estado de tensión.
- Inapetencia.
- Cansancio.
- Facilidad de distraerse.
- Insomnio.

### **2.2.3.1 Teorías de la ansiedad**

En las revisiones que hemos realizado del tema de ansiedad se han encontrado las teorías más destacadas. De acuerdo a Belloch, Sandín y Ramos (2009), la teoría psicoanalítica plantea que la ansiedad es una reacción del yo a las fuerzas instintivas procedentes del ello que no pueden ser controladas.

La ansiedad fue entendida por Freud, como una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo.

En otra perspectiva se encuentran las teorías del aprendizaje especialmente el condicionamiento clásico que plantea que cualquier situación o estímulo, inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de desencadenar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos, en consecuencia la ansiedad es una respuesta emocional condicionada. Así el consultorio dental, la camilla y otros estímulos neutros, pueden convertirse en estímulos condicionados por su asociación con una intervención dental dolorosa.

Una versión moderna de la ansiedad que consideramos que puede explicar la ansiedad dental fue postulada por Eysenck (1985) mediante el modelo de la incubación de la ansiedad, en el que se plantea una respuesta nociva. El sujeto experimenta simultáneamente el Estímulo incondicionado y la respuesta incondicionada (el sujeto experimenta un shock doloroso). Esta



respuesta nociva se asocia al estímulo condicionado por contigüidad con lo que la respuesta condicionada añade otro incremento de dolor miedo.

Otros modelos como el de aprendizaje social también podrían explicar parcialmente la adquisición de ansiedad a través de la observación de un modelo expuesto a una situación aversiva, en este caso a una intervención dental percibida como traumática.

#### **2.2.4.- Factores que favorecen la ansiedad en odontología**

Desde la óptica de la medicina natural en odontología y el tratamiento se consideran los siguientes factores:

- Diversidad del umbral de tolerancia al dolor.
- Experiencias odontológicas anteriores traumáticas, especialmente durante la infancia.
- Traumas faciales anteriores regresivas.
- Actitudes familiares: es obvio que la conducta de un niño se modela de acuerdo a la de su progenitor por lo que este puede “transmitir” sus miedos.
- Factores de acuerdo a la personalidad: ansiosa, depresiva, paranoica, etc.

La ansiedad encuentra su momento expresivo en el futuro (ansiedad anticipadora) mientras que, cuando el miedo al dentista se debe aún suceso traumático, o por lo menos vivido como tal y en el pasado, se habla de fobia.

El odontofóbico, por lo general, presenta una serie de síntomas similares a los provocados por la ansiedad, especialmente en el momento de sentarse en un sillón dental y accede, de esta forma, al recuerdo, desagradable.

Desde el punto de vista psicodinámico, por ende, el miedo la ansiedad es estrictamente diferente a la fobia y, por lo tanto, su tratamiento es diferente.

En el fondo una fobia no es más que una estrategia interna a través de la cual un individuo conecta, arbitrariamente, un suceso con otro.

Por esta razón la terapia de las fobias consiste en desconectar activamente la relación existente, entre los dos sucesos de manera que el primero no lleve automáticamente al segundo.

Biatto,B &Visnarra,V(1999) la reacción fóbica se desarrolla en el interior de la historia del individuo y tiene que ver con el aprendizaje en el sentido de que un determinado suceso es asociado con un cierto estado interno de forma tan amplificadora y directamente relacionada con el tipo de estructura psíquica de la persona que a partir de ese momento y para siempre, a menos que ocurra un suceso igualmente comprometedor, que estímulo suceso estará siempre asociado automáticamente con la respuesta física.

### **2.2.5.- Incidencia, Edad y Sexo:**

La ansiedad puede afectar a cualquier persona y en cualquier momento. No se ha descrito diferencias entre grupos etarios o sexos. En Inglaterra que sólo la mitad de la población asiste regularmente a las consultas dentales; el porcentaje restante lo hace sólo cuando el dolor es de tal magnitud que sobrepasa el temor al dentista. En USA se informa que aproximadamente el 20% del total de la población evita someterse a un cuidado dental periódico por la ansiedad y el temor que le produce esta atención.

### **2.2.6.- Signos y Síntomas de la ansiedad**

La ansiedad, al igual que todas las emociones, se expresan tanto a través de cambios fisiológicos como de respuestas motoras estereotipadas, sobre todo de los músculos faciales. Estas respuestas acompañan a las experiencias subjetivas que no se describen fácilmente, pero que son muy similares en todas las culturas humanas. La expresión de las emociones está íntimamente ligada al sistema nervioso autónomo y, por lo tanto, implica la actividad de algunos núcleos del tronco encefálico, el hipotálamo y la amígdala, así como las neuronas pre ganglionares en la médula espinal, los ganglios autónomos y los efectores periféricos. Los centros que coordinan las respuestas emocionales están vinculados con el sistema límbico. A nivel cerebral, los dos hemisferios difieren en el gobierno de las

emociones, siendo más importante la participación del hemisferio derecho.

Los signos más evidentes de la activación emocional comprenden cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo con participación tanto del sistema simpático como parasimpático. Se ha demostrado actualmente que las neuronas del sistema nervioso autónomo presentan patrones de activación variables que caracterizan a diferentes situaciones y a sus emociones asociadas.

Podemos encontrar, en diverso grado, los siguientes signos y síntomas de ansiedad: Taquicardia, boca seca, malestar gástrico, alteraciones de la respiración (apnea, hiperventilación, disnea), aumento del estado de alerta, sudoración facial y de manos, movimientos corporales espontáneos, tensión muscular generalizada o localizada en hombros, piernas, pies y abdomen; sobresalto fácil, micción frecuente, diarrea, impaciencia, aprensión.

Ocasionalmente algunos pacientes pueden llegar a presentar episodios sincopales y lipotimias, los cuales constituyen las complicaciones más habituales en la consulta odontológica, con una frecuencia de 1 en 160 pacientes (0,6%), o situaciones de agitación y descontrol emocional.

#### **2.2.7.- Complicaciones:**

Aquellos pacientes que presentan ansiedad y pueden controlarla, con o sin ayuda, no presentan secuelas de ningún tipo. Si

no se logra controlar la ansiedad, o si la atención se asocia a una mala experiencia confirmatoria de sus temores, su tendencia natural será evitar ulteriores atenciones.

Visto desde la perspectiva odontológica, la principal complicación de la ansiedad se da en casos invalidantes, en que el paciente no logra acudir a la atención dental. En estos casos el deterioro del estado de salud bucal generará progresivas alteraciones de la dentición transitoria o definitiva, trastornos infecciosos o degenerativos de las estructuras vecinas, pudiendo afectar adversamente otros sistemas como el cardiovascular, respiratorio y en el caso de los niños afectará el aprendizaje, la comunicación, la nutrición y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal.

#### **2.2.8.- Diagnóstico:**

Como se ha dicho previamente, la ansiedad es un hecho muy frecuente en la atención odontológica correspondiendo fundamentalmente al odontólogo evaluar su intensidad a fin de planificar la mejor manera de enfrentarla. En la mayoría de los casos será el propio odontólogo quien maneje este problema, usando para ello todos los medios a su alcance. Es necesario evaluar en forma permanente, el estado de ansiedad.

En algunas oportunidades sus recursos serán insuficientes y deberá requerir la participación de otros especialistas, ya sea

preparando psicológicamente al paciente para la intervención, o para administrar sedación o inclusive anestesia general.

Un caso particular, digno de mención, es el de los pacientes que presentan un tipo de fobia específica en que el objeto o situación de su temor está centrada en la atención odontológica. Estos pacientes presentan temores excesivos e irracionales, ligados tanto a la consulta como a su anticipación. Los adultos y niños mayores pueden reconocer que el temor es excesivo, poco realista o desmedido, sin que por ello se modifique; los niños menores expresan su fobia mediante rabietas, llanto, quedando paralizados o aferrándose a sus padres. La respuesta fóbica puede ser bifásica con una estimulación simpática inicial seguida de una descarga parasimpática, con hipotensión y bradicardia que lleva a la lipotimia. En este subtipo de fobia existe una fuerte tendencia familiar. En estos casos el tratamiento farmacológico no es aconsejable, sino que su abordaje está fundamentalmente basado en técnicas conductuales de desensibilización sistemática.

#### **2.2.8.1.- Manejo de la Ansiedad en Odontología**

Existen diversas formas para el tratamiento de la ansiedad; la elegida debe adecuarse a su severidad.

Muchos pacientes logran vencerla a través de una simple conversación con el dentista aclarando la causa de su temor; en otras ocasiones es necesaria la participación de profesionales del área de la

salud mental a fin de evaluar al paciente y prepararlo adecuadamente para su atención.

Esquemáticamente las técnicas disponibles son las siguientes:

Técnicas no farmacológicas:

- Decir- Mostrar- Hacer
- Control de la Voz
- Terapéutica de distracción y atención
- Respiración
- Acupuntura
- Hipnosis

Técnicas Farmacológicas

- Oral
- Inhalatoria
- Endovenosa
- Mixta

#### **2.2.8.2.- Manejo no farmacológico de la ansiedad**

Las técnicas no farmacológicas en el manejo de la ansiedad, están especialmente indicadas en niños.

Con el objetivo de lograr un adecuado soporte afectivo, es necesario utilizar un manejo cuidadoso de la comunicación, que permita crear un ambiente receptivo que refuerce apropiadamente los

logros adaptativos del paciente, su cooperación y compromiso con las metas del tratamiento que con él, y sus padres se hayan propuesto.

Los objetivos de estas técnicas son:

- Promover el bienestar y la seguridad del paciente
- Facilitar la entrega de calidad en la atención.
- Minimizar los efectos del comportamiento negativo.
- Promover acondicionamiento psicológico positivo al tratamiento.

Las técnicas no farmacológicas son muy beneficiosas para pacientes cooperadores.

❖ Técnica Decir-Mostrar-Hacer:

Caracterizada por la utilización de un lenguaje de sustitución y un vocabulario que el niño pueda reconocer con facilidad, especialmente en la descripción de los procedimientos a realizar. Esto, sumado a la recreación de las maniobras que se efectuarán en boca, reafirmando lo que se ha explicado, permite transmitir seguridad al niño y obtener su atención y colaboración para el tratamiento a iniciar a continuación.

❖ Técnica de Control de Voz:

Es recomendable usar un tono acogedor en todo momento, manejando la modulación oportunamente, ya que sus resultados son más efectivos. El control de la voz matiza, realza con su ritmo, entonación e intensidad, la comunicación verbal del odontólogo.



❖ Terapéuticas de distracción y atención:

La utilización de terapéuticas de distracción como la imaginación, la música, los juguetes y la conversación, pueden disminuir también la ansiedad.

Estas técnicas funcionan muy bien, al estar entrelazadas a las acciones de tratamiento. Es necesario recomendar a la profesional empatía, es decir, ponerse en el lugar del otro con respeto, tiempo y buen humor.

En lo posible reducir el tiempo de espera antes de los procedimientos.

❖ Respiración:

Se recomienda la aplicación de ejercicios continuos y rítmicos como la respiración profunda y la relajación corporal ascendente (de las extremidades inferiores hasta la cabeza). Se logra así un manejo del cuerpo, primero consciente y con la práctica automática, opuesto a la situación corporal en momentos de ansiedad.

Se logra una colaboración del paciente en la medida que los procedimientos no sean dolorosos y se realicen en un ambiente infantil acogedor, donde se involucre a los padres.

Se deben realizar todos los intentos por persuadir al niño para que el tratamiento odontológico se realice bajo anestesia local, usando las diferentes técnicas de manejo no farmacológico.

Actualmente, en la práctica odontológica, muchos niños pueden ser manejados por técnicas no farmacológicas, de manera que sólo un número reducido de casos requerirán sedación o anestesia general.

En los adultos se pueden emplear también técnicas de Odontología No Convencional. Esta Odontología no convencional, rama de la Medicina Complementaria y Alternativa está adquiriendo con el paso de los años mayor presencia en nuestro medio. La homeopatía, hipnosis y acupuntura entre otros, han sido recomendadas para la disminución de la ansiedad.

Se postula que su permanencia en el tiempo se explica ya que a pesar de los avances farmacológicos y técnicos en el área de la medicina en general y de la odontología en particular, persisten aún ciertos estados o condiciones que responden bien a estas terapias de medicina complementaria y alternativa.

Por esta razón, su enseñanza ha sido incorporada en muchas escuelas de medicina.

Es necesario instruir a los pacientes que aun cuando es conocida como “medicina complementaria o alternativa”, su uso no está exento de riesgos y su manejo requiere la adecuada evaluación del paciente, el profesional entrenado y el equipo adecuado.

❖ Acupuntura:

Investigaciones acerca del uso de la acupuntura en atención odontológica han dado resultados contradictorios. Ekblom (1991) encontró que, si bien producían distintos grados de sedación en pacientes sometidos a intervenciones dentales, estos pacientes requerían más anestésicos locales intra operatorios, tenían más dolor y mayor consumo de analgésicos en el postoperatorio. A la inversa, Lao demostró la eficacia de la acupuntura para reducir el dolor y el consumo de analgésicos postoperatorios en un grupo similar de pacientes, estimulando los mismos puntos con las mismas técnicas. La diferencia en este caso fue el contar con un acupunturista experimentado.

Se recomienda que los dentistas que quieran recurrir a estas técnicas adquieran las destrezas necesarias, incluyendo la evaluación del paciente y el uso de material adecuado. Al igual que en todo procedimiento, es necesario realizar un registro detallado tanto del hecho técnico, como de las indicaciones y resultados obtenidos.

Dentro de las ventajas de la acupuntura debemos citar su capacidad de generar ansiolisis, la disminución de la cantidad de drogas requeridas y la cooperación que se puede obtener de parte del paciente.

Como desventaja debemos considerar el tiempo adicional requerido (requiere 20 ó 30 minutos previos para producir su efecto) y

la necesidad de contar con un operador altamente experimentado, además de la posibilidad de producir efectos opuestos a los buscados. Es necesario mantener presente que existe un porcentaje de pacientes refractarios a ella.

Se han reportado eventuales riesgos en la ejecución de esta técnica, entre los que podemos citar transmisión de infecciones (VIH, hepatitis, EBSA), traumas anatómicos (neumotórax, taponamiento cardíaco) y alteraciones del funcionamiento de marcapasos (relacionado con electro acupuntura).

#### ❖ Técnicas psicológicas

##### **Hipnosis:**

Esta técnica psicológica utiliza la sugestión como elemento preponderante y se fundamenta en su acción sobre el consciente y el inconsciente, permitiendo identificar y tratar situaciones que son la etiología de traumas o fobias. Existe variabilidad en la susceptibilidad hipnótica y no todos los pacientes responden de la misma manera a esta técnica, por otra parte el tiempo durante el cual ésta es efectiva, en muchos casos no alcanza a cubrir la duración de las sesiones de tratamiento.

A pesar de ser una técnica más conocida que la acupuntura, su uso sobre la ansiedad que sufren los pacientes frente a la atención dental no ha alcanzado niveles deseables. La técnica hipnótica más conocida tiene por objetivo “reprogramar” al sujeto incorporando un nuevo patrón de

comportamiento que le permite visualizar el entorno odontológico y al dentista desde una perspectiva diferente. En ocasiones el sujeto es enseñado a auto hipnotizarse o se le deja una orden pos hipnótica que puede ser activada previo a la atención dental. El profesional a cargo de la hipnosis puede asistir a las primeras atenciones dentales para ayudar al paciente a lograr el estado de relajación, lo que por cierto tiene un costo económico adicional que lo hace restrictivo a algunos pacientes.

Las ventajas de la hipnosis son la disminución en la necesidad de uso de drogas, de especial utilidad cuando la etiología de la ansiedad se basa en experiencias traumáticas de la infancia.

Dentro de sus desventajas debemos mencionar el mayor tiempo requerido para la preparación del paciente antes que demuestre su efectividad, la variabilidad entre sesiones que puede presentar el comportamiento de éste, y la dificultad para cuantificar su efectividad. Se ha conocido que aproximadamente el 40% de la población tiene la capacidad genética de entrar en trances profundos en alrededor de 20 minutos. El 60% restante tiene mayor dificultad, pero lo consigue, tras varias horas de trabajo de hipnosis.

Existe un número limitado de publicaciones con criterios de validez que da cuenta de la aplicabilidad de la hipnosis en la atención odontológica y de sus resultados obtenidos.

## **Desensibilización sistemática**

Es una técnica terapéutica psicológica desarrollada por Wolpe (1995) que se basa en el contra condicionamiento. Se inicia enseñando la relajación al paciente y con él se elabora las jerarquías de ansiedad. Una vez que el paciente ha aprendido a relajarse se le expone gradualmente a los ítems ansiógenos imaginariamente, mientras se encuentra relajado comenzando con los que tienen menos puntuación en una escala de 0 a 100. Es conveniente que se traten sólo 2 o 3 ítems por sesión.

Se pasa a exponer los ítems de las jerarquías que desencadenan más ansiedad, cuando la valoración de las respuestas de ansiedad es mínima.

### **2.2.8.3 Manejo Farmacológico de la Ansiedad**

Pese a no existir buena calidad de evidencia científica, ni haber sido posible realizar meta-análisis sobre sedación en la atención odontológica, debido a que los datos disponibles no entregan descripción adecuada de los resultados de los numerosos estudios realizados, se ha decidido normar la sedación como método farmacológico para controlar la ansiedad en la atención odontológica basados en la numerosa experiencia acumulada en diferentes países, incluido el nuestro. De esta forma, esta Norma se ha basado en la mejor evidencia disponible a nivel nacional e internacional y que incluye protocolos validados para uso odontológico, de reconocidas asociaciones científicas y organismos públicos (Royal college of dental surgeons of Ontario, 2005)

Según el o los fármacos empleados y sus dosis se producirán cambios, entre otros en: la actividad cortical, motora, del sistema límbico y del sistema nervioso autónomo originando ansiolisis, sedación de distintos grados y en último término anestesia general, acompañados de diversos cambios fisiológicos. La respuesta es variable de paciente en paciente y es posible y apropiado caracterizar algunos grados de ansiolisis y sedación.

**Niveles de sedación:**

- Nivel mínimo (Ansiolisis)
- Nivel moderado o medio (Sedación moderada)
- Nivel profundo (Sedación profunda / Anestesia General)

**Nivel Mínimo:**

Sedación mínima o ansiolisis pura:

Se obtiene mediante una de las siguientes vías:

A.= Administración de menos del 50% de óxido nitroso en oxígeno, sin adicionar otra medicación sedante o analgésico por ninguna otra vía, o bien administración única de un sedante oral, administrado en dosis apropiada para el tratamiento no supervisado de ansiedad o dolor.

En la atención dental se requiere asociar el uso de anestésicos locales o tópicos, siempre que se enfrenten procedimientos potencialmente dolorosos.

Se define como un estado inducido por un fármaco con el cual se obtiene un grado menor de depresión de la conciencia, donde los pacientes responden normalmente a los órdenes verbales. No hay compromiso importante de las funciones cognitivas ni de la memoria; la actividad motora, refleja y cardiorrespiratoria permanecen indemnes.

### **Nivel Medio (Sedación moderada):**

Es un estado de depresión de la conciencia inducido por drogas, en el cual el paciente es capaz de responder adecuadamente a estímulos verbales solos o acompañados de estimulación táctil leve. La evitación refleja, desencadenada por un estímulo doloroso, es diferente a lo que en esta definición se entiende como respuesta adecuada al estímulo.

En este tipo de sedación el paciente no requiere intervención alguna para mantener la vía aérea y la función respiratoria y cardiovascular permanecen indemnes.

Este nivel de sedación en odontología se usa en pacientes cuyo nivel de ansiedad supera lo controlable con sedación mínima. Debemos considerar que en ocasiones, en estos pacientes se produce agitación paradójica que los hace inmanejables.

Las técnicas de sedación moderada que se emplean con más frecuencia en Odontología, son:

- Oral
- Inhalatoria



- Parenteral
- Combinación de métodos

Como regla general debe ser usada la técnica más simple con la cual se obtengan los requerimientos deseados.

### **Nivel Profundo / Anestesia General**

El grado de depresión de la consciencia es mayor. Se logra obtener respuestas adecuadas, con estimulación verbal y/o táctil importante. El límite entre el nivel de sedación profundo y la anestesia general es muy sutil, por lo que se ha adoptado esta denominación compuesta.

En esta condición puede haber compromiso de reflejos protectores de la vía aérea y algún grado de depresión respiratoria. La función cardiovascular tiende a mantenerse constante.

### **Niveles de ansiedad dental**

La ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia al tratamiento (Ríos Erazo M et al, 2014). A continuación se muestra el grado de ansiedad según su intensidad (Trastornos relacionados con la Ansiedad, sf)

- Nivel de Ansiedad Leve: presenta las siguientes características:
  - Aumenta el estado de alerta.
  - Mejora el aprendizaje.

- Mejora el manejo de estrés.
- La resolución de problemas se hace máxima
- Nivel de Ansiedad Moderado: presenta las siguientes características:
  - Capacidad para centrarse en las principales preocupaciones.
  - Dificultad para permanecer atento y aprender.
  - Falta de atención selectiva.
  - Resolución de problemas con ayuda
  - Son útiles las técnicas de relajación.
- Nivel de Ansiedad Grave
  - Incapacidad para centrarse y resolver problemas
  - Activación del sistema nervioso simpático.
  - Precisa actividades estructuradas.
  - Intensa actividad muscular

### **2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES:**

- **Ansiógenos:** son factores que producen ansiedad como por ejemplo el miedo el stress.
- **Ansiolisis:** Es el estado en el cual hay una disminución de la sensación de aprehensión sin un cambio asociado en el estado de alerta del individuo.

- **Aprehensión:** expectativa de que algo malo va a suceder.
- **Fobia:** es un trastorno de salud emocional que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas
- **Hipnosis:** es un estado mental o de un grupo de actitudes generadas a través de un procedimiento llamado inducción hipnótica. Usualmente se compone de una serie de instrucciones y sugerencias preliminares.
- **Ansiedad:** es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación del sistema nervioso autónomo, (Rivera, IC & Fernández, A, 2005)
- **Ansiedad dental:** es un miedo irracional exagerado acompañado de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras ante la visita e intervención del odontólogo, (Caicedo, C et al. 2008)

#### 2.4. SISTEMA DE VARIABLES:

<b>Variable</b>	<b>Niveles</b>	<b>Indicadores:</b>
Ansiedad dental	Ausente Moderada Alta Severa o fobia	Puntajes obtenidos en el test Rango de 4 a 8 puntos De 9 a 12 puntos De 13 a 16 puntos De 17 a 20 puntos.
Género	Masculino Femenino	Información registrada en el cuestionario.

#### 2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

- ❖ **Ansiedad dental:** Serán consideradas como las respuestas al “Dental Concerns Assessment” de Norma Corach que contiene cuatro ítems cada uno con sus cinco alternativas entre las cuales está: Relajado, un poco inquieto, tenso, ansioso, y por último, muy ansioso.
- ❖ **Género:** Será considerado como la información requerida en el test.

## **2.6 HIPÓTESIS**

No se formulan hipótesis por el alcance de la investigación que es básicamente descriptivo. Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2010) plantean que en los estudios descriptivos que pronostican una cifra o un hecho se plantean hipótesis lo que no es el caso de la presente investigación.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Nivel, Tipo, Método

**NIVEL:** La investigación es de alcance descriptivo, porque tal como señala Hernández, Fernández y Baptista (2010) se ha buscado especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades y procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a su análisis.

**TIPO:** El tipo de investigación es de tipo No Experimental porque Kerlinger, Fred N. (2004), afirma que “la investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de la relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa a partir de la variación concomitante de la variables dependientes e independientes”.

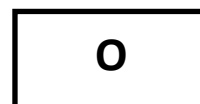
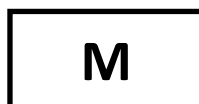
Por el tipo de obtención de datos la investigación es transversal dado que los datos se obtendrán en un solo momento, a diferencia de la investigación longitudinal que es sometido a varias evaluaciones a través del tiempo.

**MÉTODO:** La presente investigación utiliza el método descriptivo que consiste en describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos.

### 3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a las referencias de Hernández, Fernández y Baptista (2010) caracterizamos el diseño de la investigación como **no experimental** por que no se manipulan variables y **transaccional** porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede

Leyenda:



M = Muestra

O = Observación

### 3.3 AMBITO DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó en la ciudad de Huánuco que está ubicada a los 1800 metros sobre el nivel del mar en el valle formado por el río Huallaga. La altura del territorio regional huanuqueño oscila entre los 250 y 6.632 metros de altitud, su población supera los 600 mil habitantes, entre sus distritos está el distrito de Pillcomarca que se encuentra ubicado al sur de la ciudad de Huánuco, se encuentra a 1835 m en la curva Huánuco Cayhuayna(1934 m de altitud en la margen izquierda del río Huallaga. Su disposición del distrito favorece su desarrollo económico por estar a la puerta de la entrada del oriente peruano selva) y es división de tránsito de la costa (lima barranca, huacho). En este hermoso distrito se encuentra la Universidad nacional Hermilio Valdizán que es

el camarote atrayente del progreso, con una moderna infraestructura para todas sus facultades y escuelas, entre ellas la escuela académica profesional de odontología que con resolución N° 001-2012 UNHEVAL AU del 19 de MAR.2012 ratifica el proceso de independización de la E.A.P. Medicina Humana, como Facultad de Medicina Humana y de la incorporación en dicho proyecto a la E.A.P Odontología aprobado por el consejo universitario, con la resolución N° 02305-2011- UNHEVAL-CU, del 03 de NOV. 2011. Los estudiantes de dicha carrera desde el 2008 que fue el año en sí que se creó la escuela como tal siendo en un inicio parte de la Facultad de ciencias médicas vienen teniendo una formación cultural y ética con dominio de las competencias necesarias para el desempeño de su profesión tanto en el sector público y privado, además de ello cuentan con una clínica donde los estudiantes de los dos últimos años hacen atenciones a la población pillcomarquina y público en general.

### **3.4. POBLACIÓN**

#### **Características de la población**

Partiendo de la definición de población propuesta por Hernández, Fernández y Baptista (2010) quienes consideran a la población como un conjunto de todos los casos que concuerdan en una serie de especificaciones, se delimitó la población teniendo en cuenta las unidades de análisis que en este caso está dada por todos los asistentes adultos a las consultas odontológicas de la clínica de la UNHEVAL el año 2014 siendo el número de participantes de 230 pacientes que se atendieron en dicha clínica de los cuales 116 son mujeres



y 114 varones de edades comprendidas entre los 28 y 65 años de edad. De esta forma y considerando que la población es accesible, se decidió a realizar la investigación con toda la población teniendo carácter censal el estudio.

Criterios de Exclusión: pacientes con urgencias y analfabetos.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Se utilizó La Escala de Ansiedad Dental (EAD) de Norman Corah originalmente el Test Dental Concerns Assessment (DCA). En 1969, Norman Corah (18) utilizó un video de una simulación de un tratamiento dental para inducir estrés psicológico en los sujetos que lo visualizasen y los resultados de ese estudio le llevaron a realizar una escala para la valoración de la ansiedad dental. Este instrumento es la escala ansiedad dental de Corah ó Dental Anxiety Scale ó DAS. Consta de cuatro preguntas relacionadas con la las respuestas de ansiedad en Odontología y los tratamientos dentales. Cada una de las preguntas tiene cinco respuestas posibles. La primera de las preguntas hacía hincapié acerca de cómo se sentiría el paciente si tuviese que acudir a la consulta del dentista mañana y las respuestas hacían referencia al miedo que siente el paciente al pensar en acudir al dentista. Las siguientes tres preguntas trataban de cómo se sentía el paciente cuando está sentado en la sala de espera de la consulta, cuando está en el sillón dental esperando a que se inicie el tratamiento con el taladro y por último a cómo se siente al ir a realizársele una limpieza dental. Las respuestas de estas otras tres preguntas hacen referencia al nivel de ansiedad generado en el paciente.

La puntuación mínima es de 4 y la máxima de 20. La primera vez Corah evaluó a 1.232 estudiantes universitarios sin especificar edades ni licenciaturas, aunque en una publicación posterior informa que eran estudiantes de Psicología (62), considerando que los resultados serían representativos de la población general. De ellos 704 eran mujeres y 528 hombres. La puntuación media fue de 8.89 con una desviación estándar de 2,9. Cinco de los sujetos eran fóbicos con puntuaciones de 17 a 20. A los 3 meses volvió a administrar el test a un grupo inferior de 171 sujetos, encontrando fiabilidad y consistencia interna y un alto coeficiente de correlación de 0,82. Los datos de validez se obtuvieron en dos consultas privadas, donde las enfermeras administraron la escala a 104 pacientes en la sala de espera. Después, los dentistas puntuaban el grado de ansiedad de los pacientes obteniéndose una correlación positiva entre ambos resultados. La escala estaba libre de respuestas sesgo al ser socialmente aceptable tener miedo al dentista. Los niveles de ansiedad dental son: Ansiedad Ausente: de 4 a 8 puntos, ansiedad Moderada: de 9 a 12 puntos hay ciertos factores estresantes que hay que trabajar, ansiedad Alta: 13 a 16 puntos y ansiedad Severa Fobia: 17 a 20 puntos.

Este instrumento fue aplicado en nuestro medio por Claudio (2012), quién administró el instrumento a 243 pacientes de cinco centros de salud de Huánuco que asistieron a los consultorios odontológicos. La prueba demostró sensibilidad y fue sometida a juicio de expertos demostrándose la validez a través de un análisis confirmatorio.

Por otro lado, la confiabilidad fue determinada a través de la consistencia interna mediante los índices del Alpha de Cronbach para la escala obtenida en una muestra 30 pacientes. El coeficiente Alpha es elevado ( $\text{Alpha} = 0.898$ ).

### **3.6. Procedimiento de la Recolección de Información:**

La técnica que se utilizó es la encuesta a los pacientes en la sala de espera de la clínica de la UNHEVAL, ya que es considerada como una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población

### **3.7. Técnicas de procesamiento de datos**

La recolección de datos se realizó de forma manual y computarizada (anexo1), luego elaboramos la base datos en Microsoft Excel y el SPSS 18, para la elaboración de tablas y gráficos de los diferentes datos.

Para el análisis se utilizaron tablas y gráficos por variables. De este modo se calcularon las frecuencias y porcentajes.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Presentación de resultados

Los resultados obtenidos en la presente investigación realizada en pacientes que acudieron a las consultas Odontológicas en la clínica de la UNHEVAL se describen y muestran en tablas estadísticas y gráficos en los cuales, se registran los datos correspondientes al análisis de las variables, tanto de manera general así como de modo específico.

En concordancia con lo indicado, pasamos a presentar y describir los datos estadísticos encontrados:

En la tabla N° 01; Se observa la distribución de la frecuencia de los niveles de ansiedad de los 230 (100,0%) pacientes. Se encontró ausencia de ansiedad en 119 pacientes (52%) siendo la de mayor frecuencia, la ansiedad alta 73 (32%), la ansiedad moderada se halló en 35 (15%), observándose que hubo registro de ansiedad severa o fobia en 3 (1%) de los pacientes encuestados.

**Tabla 1. Niveles de ansiedad en los pacientes atendidos en la consulta odontológica de la clínica de la UNHEVAL 2014**

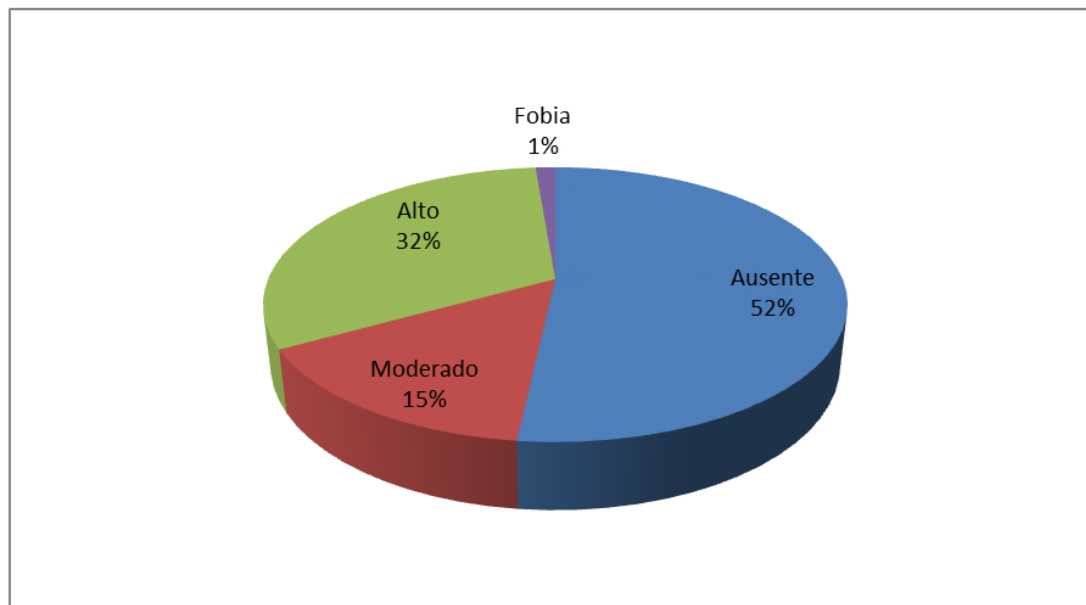
Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Ausente	119	52%	52%
Moderado	35	15%	67%
Alto	73	32%	99%
Fobia	3	1%	100%
Total	230	100%	

Elaboración: Propia

Fuente: Escala de Ansiedad Dental.

En el gráfico N° 01 apreciamos que el 52% de los pacientes presentan ausencia de ansiedad dental, y el 1% de los pacientes presentan fobia.

**Gráfico 1. Porcentaje de los Niveles de Ansiedad Dental en los Pacientes de la Clínica Odontológica de la UNHEVAL**



Fuente. Escala de Ansiedad Dental.

Elaboración: Propia

En la tabla N° 02; Observamos los niveles de ansiedad según género: existe fobia en el género femenino 3 (3%); mientras que el género masculino no presenta fobia; en el nivel alto observamos que el género femenino presenta mayor prevalencia de ansiedad 51 (44%); mientras el género masculino presenta 22 (19%); en el nivel de ansiedad moderado el género femenino presenta mayor ansiedad 27 (23%) mientras que el género masculino 8 (7%).

**Tabla 2. Niveles de ansiedad dental según Género de los pacientes atendidos en consultas odontológicas de la clínica UNHEVAL 2014**

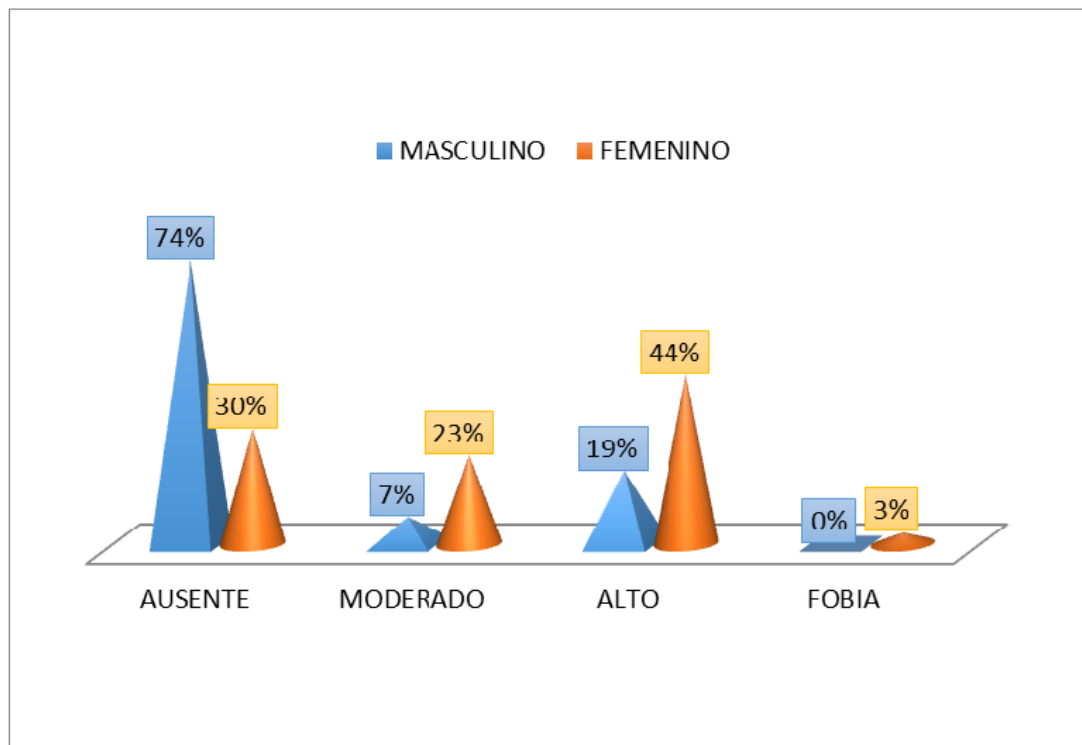
<b>SEXO</b> <b>NIVELES</b>	<b>MASCULINO</b>		<b>FEMENINO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N<sup>0</sup></b>	<b>%</b>	<b>N<sup>0</sup></b>	<b>%</b>	<b>N<sup>0</sup></b>	<b>%</b>
<b>AUSENCIA</b>	<b>84</b>	<b>74%</b>	<b>35</b>	<b>30%</b>	<b>119</b>	<b>52%</b>
<b>MODERADO</b>	<b>8</b>	<b>7%</b>	<b>27</b>	<b>23%</b>	<b>35</b>	<b>15%</b>
<b>ALTO</b>	<b>22</b>	<b>19%</b>	<b>51</b>	<b>44%</b>	<b>73</b>	<b>32%</b>
<b>FOBIA</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>116</b>	<b>100%</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escala de Ansiedad Dental.

Elaboración: Propia

En el gráfico N° 02 apreciamos que el 74% de los pacientes de sexo maculino y 30% de sexo femenino presentan ausencia de ansiedad dental, y el 1% de los pacientes de sexo femenino y 0% de los pacientes de sexo masculino presentan fobia.

**Grafico 2. Porcentaje por sexo de los Niveles de Ansiedad Dental en los Pacientes de la Clínica Odontológica de la UNHEVAL**



Elaboración: Propia

Fuente: Escala de Ansiedad Dental

Como se aprecia, porcentajes significativos de pacientes de género femenino se distribuyen en los niveles de Fobia, alta y moderada ansiedad mientras que en el género masculino se encuentran porcentajes bajos en estos niveles.

Estas diferencias podrán explicarse a variables de personalidad y aspectos educativos, en los cuales la alta sensibilidad y delicadeza en el género femenino se privilegia en la educación familiar y en la escuela. Además, la sociedad a través de

los agentes de socialización secundaria, promueven un trato diferenciado de acuerdo al género.

## **4.2 Discusión De Resultados**

Los niveles de ansiedad registrados en la clínica odontológica de la UNHEVAL de la ciudad de Huánuco en la población usuaria, se ha clasificado como ausencia de ansiedad 52%, y un porcentaje muy significativo que es de 48%, tienen respuestas de ansiedad que van de ansiedad moderada (15%), alta (32%) y fobia (1%). Estos resultados muestran que el 48%, especialmente quienes presentan niveles altos de ansiedad tendrían respuestas somáticas, cognitivas y conductuales, respecto a la intervención dental y que de alguna manera pueden interferir en el proceso y la calidad de atención. En un estudio desarrollado por Rivera y Fernández (2005) realizada con niños y adolescentes, concluyeron que la ansiedad a la atención y tratamiento dental puede afectar de forma significativa a la salud oral de los niños así como a la calidad del tratamiento dental recibido. En caso de la clínica dental de la UNHEVAL hay que tener en cuenta que la variable atención puede verse mediada por la ansiedad que se puede ver afectada también porque son alumnos de pregrado los que asumen las atenciones aunque son monitoreados por los profesores y el trato y la confianza no es similar a los profesionales de experiencia.

Los resultados de nuestra investigación, coinciden con los resultados encontrados por Claudio (2012) quién encontró que el 44% de pacientes no presentaron ansiedad, ansiedad moderada el 36%, ansiedad alta el 10% y no identificó ansiedad severa o fobia. Observando globalmente los niveles de ansiedad se observa en la investigación de Claudio que un total de 46%



presentaron ansiedad, clasificadas en ansiedad moderada, 36% y ansiedad alta 10%. En nuestra investigación el porcentaje de los pacientes que reportaron ansiedad alta fue mayor (32%). Las diferencias en los porcentajes del nivel alto de ansiedad en los dos estudios podría explicarse en razón que los centro de salud que constituyen muestras del estudio de Claudio, atiende personal profesional, en cambio en la clínica odontológica la atención está a cargo de los alumnos de pregrado.

Los niveles de ansiedad encontrados permiten suponer que de alguna forma la experiencia de exposición a intervenciones odontológicas previas pueden explicar la incubación de la ansiedad explicada por Wolpe (1995) y por la asociación con los estímulos es posible que se presente la ansiedad dental. Por lo que como señalan Muza y Muza (2007) es necesario tomar medidas concretas para manejar la ansiedad, tales como técnicas de relajación, respiración abdominal, meditación, música y en último caso recurrir a la farmacología.

Se ha encontrado diferencias porcentuales en los niveles de ansiedad, según género. Al comparar los porcentajes de los niveles de ansiedad por género, se ha encontrado que el 44% de género femenino presentan ansiedad alta, en cambio en el género masculino se agrupan en este nivel el 19%, en el nivel moderado el 23% del género femenino y únicamente el 7% de varones se ubican en este nivel. También se ha encontrado el 1% de mujeres que se ubican en el nivel de ansiedad severa. Estas diferencias según género se ha encontrado también en otras investigaciones, como es el caso del estudio de Caycedo (2009) que tuvo como objetivo determinar la convergencia entre el reporte del odontólogo acerca de la ansiedad de sus pacientes y las respuestas de los pacientes a dos escalas de

ansiedad ante el tratamiento odontológico. En esta investigación se reportó niveles de ansiedad levemente mayores en mujeres que en hombres, este aspecto se evidencia tanto en los resultados de las escalas como en la clasificación reportada por los odontólogos. Estas diferencias de la ansiedad de acuerdo al género podrían explicarse en base a factores educativos y de personalidad. Los resultados se discuten haciendo énfasis en la importancia de la identificación temprana de este desorden, del entrenamiento a odontólogos para su manejo; así como, del trabajo interdisciplinario para brindar al paciente una alternativa que promueva el uso de habilidades de autorregulación emocional.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

La investigación desarrollada permitió llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los niveles de ansiedad identificados en 230 pacientes que acudieron a la clínica odontológica de la UNHEVAL el año 2014, son ansiedad moderada, 35 pacientes (15%), ansiedad alta, 73 pacientes (32%) y ansiedad severa 3 pacientes (1%).
2. Se han establecido los niveles de ansiedad destacando que en el nivel alto de ansiedad se agrupan el 32% seguido de ansiedad moderada (15%) y ansiedad severa 1%
3. Respecto al género se ha encontrado diferencias porcentuales. Personas de género femenino se agrupan en porcentajes mayores que personas de género masculino, así en el nivel moderado, se ha encontrado el 23% de género femenino y 7% de género masculino; en el nivel alto 44% de género femenino y 19% de género masculino. Las diferencias se hacen más claras al encontrar que el 1% correspondientes a ansiedad severa son 3 pacientes que son de género

## **5.2. RECOMENDACIONES**

### **A la facultad de Psicología**

1. Fomentar el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario tanto en el trabajo clínico como en las investigaciones.
2. Orientar el desarrollo de investigaciones de problemas clínicos situacionales como en este caso la ansiedad dental y la ansiedad en otros contextos.
3. Apoyar el trabajo de otros profesionales de la salud en diversas actividades académicas fortaleciendo las cátedras que se dictan en otras facultades.
4. Desarrollar y estandarizar escalas de evaluación de la ansiedad adecuados a nuestro medio.

### **A la facultad de Odontología**

5. Se recomienda a los profesionales odontólogos la interconsulta con los profesionales de psicología para el manejo de ansiedad de los pacientes atendidos en las consultas. En este caso en la clínica dental también deben trabajar psicólogos.
6. El uso de cuestionarios en colaboración con los psicólogos de evaluación de la ansiedad pre-tratamiento, puede ayudar a los dentistas a disminuir la ansiedad de sus pacientes.
7. Incluir en el plan de estudios temas relacionados con la ansiedad y su manejo a fin de mejorar la calidad de atención al usuario.

8. Acondicionar el ambiente de la clínica dental con biombos o módulos para realizar atenciones más reservadas y en la que no se muestren modelos traumáticos, utilizar colores que disminuyan la ansiedad como los colores claros, por ejemplo el color blanco, verde agua, celeste, contar con plantas y música de fondo que no sea estridente al contrario que ayude a relajar a los pacientes, en lo posible reducir el tiempo de espera.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Agras S et.al (2009)** The epidemiology of common fears and phobia. Compr Psychiatry 1969; 10: 151-6.Universidad de Virginia (sf).

**Albuquerque W, Correa MSNP, Abanto JA (2007).** Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. Rev Estomatología Herediana. 17(7):22-24.

**Barlow D. y Durand V. Mark. (2007).** Psicopatología. Edit. Thomson. España.

**Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F., (2008-2009)** Manual de psicopatología (2 Vols.). Madrid Mc Graw-Hill.

**Battistoni, M (1998)** Odontopediatría Holística Ed. Funa,

**Biatto, B, B Visnarra, V (1999).** Jornal de Clínica en Odontología pag. 46-48 años 15 N<sup>o</sup> 5, Ed. En Español.

**Claudio, M (2012)** “Nivel de Ansiedad dental en jóvenes atendidos en consultas odontológicas de cinco centros de salud de Huánuco Primer Trimestre 2012. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. UNHEVAL.

**D’eramo E. M, et.al (2003)** Adverse events with outpatient anesthesia in Massachusetts. J Oral Maxillofac Surg Jul; 61(7): 793-800.

Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe

Dirección Regional de Salud Huánuco. DIRESA 2011.

**Ewen, S.J (1977).** “Psicología de las Enfermedades Orgánicas”. Cap. 14. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

**Eklom A, et.al (1991)** Increased postoperative pain and consumption of analgesics following 79 Acupuncture. Pain 1991; 44: 124-7.

**Fadiman, J. & Frager, R.** “Teorías de la Personalidad”. Cap. 1. Oxford University Press México. México. 1976.

**Freeman (1999)** “A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction”. British Dental Journal. Vol. 186. N° 10.

**Gale, E. (1972)**”Fears of the dental situation”. J. Dent. Res. Vol. 51: 964-6.

**Giangregorio N. (2000)** Manual de Odontoestomatología Psicosomática e Psicoestomatología. Piccin, Padora.

**Hamilton G et.al (1999).** Evaluation of 79cupuncture for pain control after oral surgery. A placebo-controlled trial. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg 125:567-72.

**Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.P (2010)** metodología de la investigación; cuarta edición por Mac Graw Hill interamericana.México

Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado– Hideyo Noguchi”. (2002) Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. Lima: IESM HD-HN.

Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”.  
(2004) Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana. Lima:  
IESM HD-HN

**Jeammet, P et.al (1999)** Psicología Médica. Editorial Masson. 2ª edición.  
Barcelona

**Lazarus, R (1986)** some principies of Psychological Stress and their relation  
to dentistry. J. Dent. Res. Vol. 45: 1620-6.

**Marks IM & Nesse RM (1994)** Fear and fitness: an evolutionary analysis of  
anxiety disorders. Ethol Sociobiol 15: 247-61.

**Martín et.al (1997).** Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo,  
ansiedad y fobia dental. Bol Asoc Odontol Argent P Niños 25(4):3-10.

**Martino BK (1987)** Ansiedad. Una revisión bibliográfica. Clin Odontol Nort  
**Amer.31 (1):15-22.**

Medicina Natural en odontología, tratamiento de la ansiedad (sf)

**Muza, R &Muza, P (2007).** Nivel de preocupación o ansiedad sobre  
procedimientos dentales en una sala de espera dental. Rev. Chilena Salud  
Pública Vol. 11 (1): 18-22

**Padilla, R. (2002).** Análisis comparativo del grado de ansiedad del paciente  
infantil y de los factores comunes que modifican su comportamiento ante el  
tratamiento dental, al ser atendidos en las clínicas de odontología del niño y  
del adolescente de la facultad de odontología de la universidad de San Carlos



de Guatemala, clínicas privadas de odontólogos pediatras y clínicas de odontólogos generales. Guatemala.

**Peñaranda, P (1990)** “Importancia de la psicología en la Odontología”. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 28: 3-11. 1990.

**Pérez, P (2011)** Estudio de la Ansiedad y el miedo dental en una muestra de universitarios de diferentes licenciaturas. Universidad de Valencia.

**Scott, D. & Hirschman, R. (sf)** “Psychological aspects of dental anxiety in adults”. J. American Dent. Assoc. 104: 27-31 Hamilton G et.al (1999). Evaluation of 81cupuncture for pain control after oral surgery. A placebo-controlled trial. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg 125:567-72.

**Pérez, P (2011)** Estudio de la Ansiedad y el miedo dental en una muestra de universitarios de diferentes licenciaturas. Universidad de Valencia.

**Wolpe J. (1995)** Práctica de la terapia de la conducta. Ed. Trillas. México.

**Zevallos, C & Santiago, M (2012)** Nivel de Ansiedad Dental en jóvenes atendidos en consultas odontológicas de cinco centros de salud de Huánuco Primer Trimestre-2012.

**WEB:**

Aaron T Beck (2010) trastornos de Ansiedad  
[https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/terapia\\_cognitiva\\_para\\_trastornos\\_de\\_ansiedad1.pdf](https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/terapia_cognitiva_para_trastornos_de_ansiedad1.pdf)

Baggini CE & Gilgun LC (2005). En diálogo con el odontólogo y el psicólogo. Segunda parte [en Internet]. [Citado 6 enero 2005]. [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/pacientes/pac09/pac09.html>

Bedi, R et.al (1992) la prevalencia de la ansiedad dental en un grupo de 13 – y 14 años de edad, los niños escoceses. Revista Internacional de Odontología Pediátrica, 2: 17-24. Doi: 10.1111/j.1365-263X.1992.tb00003.x.

Caicedo, C et al. (2008) Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. Suma Psico. [Online]. Vol.15, n.1 [citado 2011-09-28], pp. 259-278. Disponible en: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012143812008000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012143812008000100014&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0121-4381.

Cassal, J & Mateu, E (2003). Tipos de Muestreo. Revista Epidemiológica Médica Preventiva. N°1 3-7. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en [videodigitals.uab.es/cr-vet/www/21216/TiposMuestreo1.pdf](http://videodigitals.uab.es/cr-vet/www/21216/TiposMuestreo1.pdf).

Lima, M & Casanova, Y (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev. Humana de Medicina [revista en la Internet]. Abr [citado 2011 Sep. 28]; 6(1):. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172781202006000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202006000100007&lng=es)

Rivera, IC & Fernández, A (2005). Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. Rev. Latinoam. Psico. [Online]. Vol.37, n.3 [citado 2011-09-28], pp. 461-475. Disponible en: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012005342005000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012005342005000300002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0120-0534.

Royal College of Dental Surgeons of Ontario. Guidelines (2005): Use of Sedation and General Anesthesia in Dental Practice. January. Available from: URL: [www.rcdso.org/pdf/guidelines/Guidelines\\_sedation\\_01\\_05.pdf](http://www.rcdso.org/pdf/guidelines/Guidelines_sedation_01_05.pdf)

Caicedo, C et al. (2008) Ansiedad Dental: características y diferencias de género. Suma Psico. [Online]. Vol.15, n.1 [citado 2011-09-28], pp. 259-278. Disponible en: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012143812008000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012143812008000100014&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0121-4381.

Myrna Weissman (2010) Professor of Epidemiology and Psychiatry  
<http://profiles.columbiapsychiatry.org/profile/mweissman>

Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Av. Odontoestomatol 2014; 30 (1): 39-46. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n1/original4.pdf>  
<http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>

Orientación Universia.edu.pe/que es

[www.unheval.edu.pe/secretariageneral](http://www.unheval.edu.pe/secretariageneral).

## **ANEXOS**

DENTAL CONCERNS ASSESSMENT\*

**ANEXO 1**

Institución \_\_\_\_\_

Gracias por su tiempo para rellenar este cuestionario. Esto es solo una vez y nos va ayudar a servirle mejor durante su visita dental. Aunque tenga/ o no tenga ansiedad en su visita dental. Su comodidad completa es muy importante para nosotros y nos esforzamos para entender sus necesidades y darle la cita más cómoda posible.

**Nombres** \_\_\_\_\_ **y** \_\_\_\_\_ **Apellidos:**  
**(iniciales)** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Año: 2014**

**Norman Corah's Balance**  
**Cuestionario de Ansiedad Dental**

*Cuando vas al dentista para un chequeo, como te sientes?*

1 Me agrada y es una experiencia razonable y agradable.

2 No me importa de ningún modo.

5 Me siento un poco incómodo al respecto.

5 Me da miedo que pudiera ser desagradable o doloroso.

5 Estaría muy asustado de lo que va hacer el dentista.


*Cuando esperas en la oficina dental para su turno en la silla, como te sientes?*

1 Relajado.

2 Un poco inquieto.

5 Tenso.

5 Ansioso.

5 Tan ansioso que a veces comienzo a sudar y siento que físicamente me enfermo.


*Cuando estas en la silla del dentista esperando que el dentista aliste el taladro para empezar el trabajo en sus dientes, como te sientes?*

1 Relajado.

2 Un poco inquieto.

5 Tenso.

5 Ansioso.

5 Tan ansioso, que a veces comienzo a sudar y siento que físicamente me enfermo.


*Imagínate que estas en la silla del dentista para la limpieza dental. Mientras esperas y el dentista o higienista está sacando los instrumentos que va utilizar para raspar sus dientes alrededor de la encías, como te sientes?*

1 Relajado.

2 Un poco inquieto.

5 Tenso.

5 Ansioso.

5 Tan ansioso que a veces comienzo a sudar y siento que físicamente me enfermo.


--

## **ANEXO 2**

### **CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN**

**Y**

### **DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL**

#### **DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

Se declara que todas las informaciones consignadas son veraces y que han sido convenientemente verificadas. Así mismo, se declara que se conocen y aceptan en el caso de ser aprobada la investigación propuesta, todas las condiciones y disposiciones especificadas por el investigador interesado.

**Institución:** \_\_\_\_\_

**Firma del Titular:** \_\_\_\_\_

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_

**Numero de colegiatura:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

#### **DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Declaro conocer y aceptar todas las condiciones y términos de la institución para la investigación. Declaro, también, que en el caso de ser aceptada la investigación propuesta me comprometo a cumplir con la entrega de los productos definidos en el Plan de Trabajo en los plazos previstos, aceptando hacerme cargo de los eventuales costos en que se pudiera incurrir por el no cumplimiento de lo acordado.

**Firma del Investigador:** \_\_\_\_\_

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



### **ANEXO 3**

#### **ASPECTOS ÉTICOS:**

Esta investigación busca un trato más comprensivo por parte del profesional odontológico hacia los pacientes; ya que en la mayoría de los casos el profesional odontológico descuida el estado emocional del paciente al momento de la consulta; esto puede traer como consecuencia reacciones fisiológicas y psicológicas negativas, esta investigación nos servirá para entender y comprender los problemas que traen consigo estas reacciones emocionales de los pacientes; del mismo modo todos los participantes serán informados de manera detallada sobre los objetivos que pretende alcanzar la investigación, así como el llenado del cuestionario que se utilizaran para la recolección de datos; en caso de no poder colaborar con la investigación, por diferentes circunstancias, los participantes tienen la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo deseen; toda la información que se extrae de cada paciente mediante el cuestionario de recolección de datos, será manejada de manera muy confidencial, para salvaguardar la integridad física y moral de la persona; todos los participantes que deseen formar parte del estudio deberán firmar un formulario de consentimiento que está dentro del cuestionario, donde consta su libre decisión y compromiso con el investigador; todos estos aspectos mencionados serán presentados al comité de ética de la respectiva institución que respaldará la investigación.

**ANEXO 4**

**Sala de espera de La clínica dental de la UNHEVAL**



