



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**“NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES
EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER LIMA 2016 II”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

BACHILLER: JORGE GUERRA, MARIA DEL PILAR.

ASESOR: Mg. CD. ASCANOA OLAZO, JIMMY ANTONIO.

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por ser tan bondadoso y regalarme la
oportunidad de seguir adelante cada día y
poder cumplir mis objetivos.

A mis padres a quienes amo tanto y que
gracias a ellos por enseñarme a luchar y
apoyarme en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor de tesis, el Dr. **Jimmy Antonio Ascano Olazo**. Por su estupendo profesionalismo y generosidad de brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica para la realización de esta tesis.

A mis docentes y amigos quienes me ayudaron con las inquietudes durante el desarrollo de esta y brindándome su apoyo día a día en el transcurso de mi carrera universitaria.

ASESOR DE TESIS

Mg. CD. ASCANOA OLAZO, JIMMY ANTONIO.

JURADO

Mg. CD. Dina Vílchez Bellido - Presidente.

Mg, CD. Celia Aldazábal - Secretaria.

CD. Mariela Villacorta Molina - Vocal.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	12
1.1. Planteamiento del problema.	12
1.2. Formulación del problema.	13
1.3. Justificación.	13
1.4. Objetivos.	15
1.4.1. Objetivos Generales.	15
1.4.2. Objetivos Específicos.	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes.	17
2.2. Base teórica.	25
2.3. Terminología básica.	63
2.4. Hipótesis.	65
2.5. Operacionalización de variables.	66
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	67
3.1. Tipo y nivel de Investigación.	67
3.2. Población y muestra.	68
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	69
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.	71
3.5. Aspectos éticos.	72
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	73
4.1. Resultados.	73
4.2. Discusión.	87
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
5.1. Conclusiones.	92
5.2. Recomendaciones.	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	108
Instrumentos.	

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

• Tabla N°1	73
Nivel de ansiedad antes de las cirugías de terceras molares.	
• Gráfico N°1	74
Nivel de ansiedad antes de las cirugías de terceras molares.	
• Tabla N°2	75
Nivel de ansiedad después de las cirugías de terceras molares.	
• Gráfico N°2	76
Nivel de ansiedad después de las cirugías de terceras molares)	
• Tabla N°3	77
Nivel de ansiedad total del cuestionario (Resultante del antes y después de las cirugías de terceras molares)	
• Gráfico N°3	78
Nivel de ansiedad total del cuestionario (Resultante del antes y después de las cirugías de terceras molares)	
• Tabla N°4	79
Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la dificultad del procedimiento	
• Gráfico N°4	80
Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la dificultad del procedimiento	
• Tabla N°5	81
Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la arcada dentaria	
• Gráfico N°5	82
Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la arcada dentaria	

- **Tabla N°6** **83**
 Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según género
- **Gráfico N°6** **84**
 Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según género
- **Tabla N°7** **85**
 Nivel de ansiedad en la cirugía de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos.
- **Gráfico N°7** **86**
 Nivel de ansiedad en la cirugía de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.

Materiales y métodos: 100 pacientes resolvieron un cuestionario sobre su nivel de ansiedad antes y después de la intervención quirúrgica, la extracción fue de una pieza dentaria por paciente, y los grupos se distribuyeron de acuerdo a la subvariable complejidad de procedimiento, en el Grupo Dientes Retenidos (n=50) y Grupo Dientes Erupcionados (n=50), de acuerdo a las frecuencias se obtuvieron los datos para conformar las subvariables género, arcada dentaria (zona donde se hizo la extracción) y frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos. El nivel de ansiedad se obtuvo de acuerdo a la escala de Corah modificada. Los datos fueron transferidos al programa estadístico SPSS v22; para comparar el nivel de ansiedad según la complejidad del procedimiento, género y arcada dentaria mediante la prueba estadística U Mann Whitney, y para compararlo con la frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos se utilizó la prueba Kruskal Wallis. Se consideró un nivel de significancia de $\alpha < 0.05$.

Resultados: Existe diferencias significativas en el nivel de ansiedad de pacientes con piezas retenidas y erupcionadas ($p = 0,00$), prevaleciendo en pacientes con piezas retenidas, existe diferencias en el nivel de ansiedad entre géneros ($p = 0,04$), evidenciando mayor nivel de ansiedad en pacientes de sexo femenino, el nivel de ansiedad es similar según la arcada dentaria ($p = 0,39$) y la frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos ($p = 0,11$).

Conclusión: Los niveles de ansiedad están presentes en los pacientes, antes y después de la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Ansiedad, exodoncia, terceros molares

SUMMARY

Objective: To determine the level of anxiety in third molar surgeries in patients treated in the Odontology Clinic of the Private University Norbert Wiener Lima 2016 II.

Materials and methods: 100 patients resolved a questionnaire about their anxiety level before and after the surgery, extraction was one tooth per patient, and the groups were distributed according to the subvariable difficulty of procedure, in the Group of Retained Teeth (N = 50) and Group of Erupted Teeth (n = 50), according to the frequencies were obtained the data to conform the subvariables genus, dental arch (Zone where the extraction was made) and frequency of previous surgical treatments. The level of anxiety was obtained according to the modified Corah scale. The data were transferred to the statistical program SPSS v22; to compare the level of anxiety according to the difficulty of procedure, genus and dental arch by means of the statistical test U Mann Whitney, and to compare it with the frequency of previous surgical treatments the Kruskal Wallis test was used. A level of significance of $\alpha < 0.05$ was considered.

Results: There were significant differences in the level of anxiety of patients with retained and erupted tooth ($p = 0.00$), prevailing in patients with retained tooth, there were differences in anxiety level between genders ($p = 0.04$) showing a Higher level of anxiety in female patients, the anxiety level is similar according to the dental arch ($p = 0.39$) and the frequency of previous surgical treatments ($p = 0.11$).

Conclusion: Anxiety levels are present in patients, before and after surgery.

Key words: Anxiety, exodontia, third molars

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

En los tratamientos odontológicos, se presenta con frecuencia la ansiedad del paciente, que trae como consecuencia que este no colabore, o tenga dificultades antes y después de realizar la cirugía de terceros molares, por lo que es de importancia la identificación de estos signos en los pacientes que acuden a la consulta dental para poder dar conocer las causas y ayudar a superar dicho problema en los distintos servicios odontológicos.

La ansiedad y el miedo sobre las atenciones dentales de los pacientes, son uno de los principales inconvenientes a los que se enfrenta el odontólogo ya que el comportamiento de los pacientes puede ser poco cooperador, y eso representa un desafío para el odontólogo. Generalmente los pacientes con ansiedad relacionan el asistir a una consulta dental con experiencias de gran sufrimiento y dolor, lo que los lleva a experimentarla como una situación amenazadora y de alto estrés.

Según Barrancos J (1). “el miedo al profesional de la odontología es un sentimiento que se debe considerar en el momento de formar el vínculo entre paciente-odontólogo. La confianza que se entrega al profesional de la salud, un ambiente agradable, y un consultorio muy bien estructurado, la capacidad y seguridad que brinda un odontólogo, son factores que ayudan para que el miedo o la ansiedad que podría tener el paciente disminuyan o desaparezca”.

Ante estas situaciones se ha determinado que existen procedimientos odontológicos que pueden ocasionar ansiedad en mayor o menor grado, destacando entre ellos, la extracción de terceras molares; esta dependerá de varios factores, que técnicamente, serán elegidos por el cirujano considerando algunos aspectos tales como: grado de inclusión del tercer molar, posición, inclinación, longitud de las raíces, densidad del hueso.

Por lo que en el presente estudio nos enfocaremos a evaluar el nivel de ansiedad en los pacientes que serán sometidos al tratamiento de la cirugía de terceros molares.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general.

¿Cuál será el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II?

1.3. Justificación

Someterse a una intervención quirúrgica es, sin duda, una situación muy distinta al resto de acontecimientos que podemos vivir en nuestra vida cotidiana, esto se debe a la falta de control que tenemos sobre ésta. Es por eso, que no resulta extraño que la ansiedad sea la emoción más común que sufren los pacientes sometidos a cirugía. (2)

La visita al odontólogo, constituye claramente uno de los temores más frecuentes en la población general, con una incidencia cercana al temor de las alturas, y apenas por debajo del temor de hablar en público. (3)

Por tanto, la importancia del estudio radica en demostrar el nivel de ansiedad de los pacientes atendidos en cirugías de terceras molares y así, se puedan tomar medidas preventivas de acción previa como por ejemplo: motivación al paciente, ambiente de trabajo adecuado, anestesia psicológica, musicoterapia, programación de las atenciones en la mañana, para conseguir un buen control de ansiedad. Así mismo el resultado del uso del cuestionario de Corah modificado será de suma importancia para próximas investigaciones. También la presente investigación concederá importantes aportes en el tema del nivel de ansiedad de los futuros procedimientos odontológicos que se realizarán, para así proceder a la atención de la manera más adecuada ante ese problema.

Esta investigación es conveniente en cuanto al propósito académico porque servirá como una referencia bibliográfica para investigaciones futuras. Del mismo modo tendrá un valor teórico para los estudiantes de pre-grado pudiendo cubrir algún vacío del conocimiento en cuanto al tema de la ansiedad en los procedimientos odontológicos.

1.4. Objetivos.

1.4.1. General.

- Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.

1.4.2. Específicos

1. Determinar el nivel de ansiedad antes de las cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.
2. Determinar el nivel de ansiedad después de las cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.
3. Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes según la complejidad del procedimiento en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.
4. Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes según la arcada dentaria en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.
5. Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes atendidos según género en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.

6. Determinar el nivel de ansiedad en la cirugía de terceras molares en pacientes atendidos según la frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener
Lima/ 2016 II.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

- **Torres L. (2017) Perú.** Realizo un estudio llamado “Nivel de ansiedad en pacientes adultos sometidos a cirugía dental en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener durante los meses mayo - julio 2016” el cual tuvo como objetivo de determinar el nivel de ansiedad de los pacientes adultos que son sometidos a cirugía dental, para el cual en el estudio participaron 100 pacientes adultos entre 20 a 59 años de edad, a los cuales se les realizó un test de valoración de ansiedad, se aplicó la Escala de Ansiedad de Norman Corah Modificada. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. Los hallazgos encontrados en este estudio determinaron que el 72% de los pacientes presentaron algún nivel de ansiedad, un 28% presentó ansiedad leve, la ansiedad moderada con un 43%, y la ansiedad severa con un 5%, Se determinó que el género masculino, presentó un nivel de ansiedad moderada con un 47.4% frente a un 40.3% del género femenino también se observó que el 88% de los pacientes tuvieron experiencia previa de tratamiento dental, de los cuales el 45.5% presentó ansiedad moderada y en 5.7% ansiedad severa. Se recomienda que se deben seguir haciendo investigaciones al respecto, con diferentes instrumentos de medición de ansiedad, grupo poblacional, factores sociodemográficos, procedimientos dentales y ampliar a estudios de correlación. (4)

- **Cázares F. et al (2016) Colombia.** realizaron un estudio llamado “Grados de ansiedad en la extracción de un tercer molar impactado. Diferencias de género” cuyo objetivo fue determinar el grado de ansiedad que se manifiesta ante la extracción quirúrgica de un tercer molar impactado y comparar los resultados de acuerdo a género. El tipo de estudio es no experimental, con un diseño transversal, descriptivo y comparativo. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes que acudieron a consulta odontológica de ambos géneros (28 varones y 52 mujeres) de entre 17 y 62 años de edad (media de 35.5 años). Los resultados mostraron que las mujeres tuvieron grados de ansiedad en un 56.3 % contra un 27.5% de los hombres, lo que indica que la proporción de ansiedad es mayor estadísticamente significativa para el género femenino. Llegando a la conclusión que la ansiedad es una emoción muy frecuente en los pacientes odontológicos particularmente en los que acuden a cirugía oral y específicamente en las extracciones de terceros molares. Existen diferencias entre géneros ya que el género femenino es el que presenta grados de ansiedad extrema, aunque hay que señalar que se deben considerar los factores socioculturales los cuales pueden determinar el comportamiento de cada individuo. Por último, es muy importante que el odontólogo haga uso de todas las técnicas y destrezas para evitar grados de ansiedad que pudieran conducir a estados críticos durante el tratamiento dental. (5)

- **Heras M. (2015) España.** realizó un estudio llamado “Influencia de protocolo de información en el estado de ansiedad en pacientes sometidos a la extracción de terceros molares inferiores incluidos” cuyo objetivo de este trabajo fue estudiar la influencia de los formatos de información (oral, escrito y audiovisual) en el estado ansiedad preoperatoria sobre los pacientes que van a ser sometidos a la exodoncia de un tercer molar inferior incluido. Se realizó un estudio prospectivo de una serie consecutiva de 91 pacientes que se sometieron a la extracción de un cordal inferior incluido. Antes de la cirugía los pacientes completaron el inventario de ansiedad de Spielberger State-Trait (rasgo y estado) y en una segunda evaluación de la ansiedad, mediante un breve cuestionario de dos preguntas se analizó la ansiedad y el efecto que la información ha tenido en ellos. Los resultados en cuanto a las variables estudiadas mostraron diferencias significativas en relación a la información ofrecida bajo el formato audiovisual (en una escala de -3 a 3, $-0,57 \pm 1,43$). La muestra evidenció un aumento en el estado de ansiedad de los pacientes con respecto a los otros formatos. La influencia de los formatos oral y escrito (en escala de -3 a 3, $0,97 \pm 1,2$ y $0,29 \pm 0,9$, respectivamente) no fue estadísticamente significativa. (6)
- **Pineda R. (2015) Guatemala.** En el estudio “Nivel de ansiedad en pacientes adultos que se encuentran en la sala de espera de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala”, el objetivo fue evaluar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes adultos durante su estadía en la sala de espera y que recibieron tratamiento en la

Clínica de exodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante el mes de enero de 2015. Se trabajó con una muestra de 33 pacientes mayores de 18 años que asistieron a la clínica por tratamiento de extracción(es) dental(es), a quienes se les midió su nivel de ansiedad utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck, así mismo se tomó el tiempo de espera y se incluyeron preguntas con el objetivo de conocer la edad, el sexo, experiencia previa y presencia de dolor. Se determinó que el nivel de ansiedad de los pacientes oscila entre mínimo y leve; según los análisis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la relación de nivel de ansiedad con las variables de edad, sexo, experiencia previa y presencia de dolor actual. El nivel obtenido en el estudio de ansiedad demuestra que fue más bajo de lo esperado, dado que el 57.6% de los resultados obtenidos se encuentra en el nivel mínimo de ansiedad y el 33.3% en el nivel leve, encontrándose el 90.9% de los datos dentro de estas dos categorías, y encontrándose el 9.1% en los niveles de moderado y severo. (7)

- **Tarazona B. et al (2015) España.** Realizaron el estudio llamado “La ansiedad antes de la extracción de un tercer molar inferior” cuyo objetivo fue evaluar los niveles de ansiedad antes de la extracción del tercer molar inferior y comprobar la correlación y la fiabilidad de las escalas utilizadas para la medición de la ansiedad preoperatoria. Fue un estudio prospectivo de pacientes tratados con la extracción de un tercer molar inferior entre septiembre 2010 a diciembre de 2010. Un total de 125 pacientes fueron incluidos en el estudio. Todos ellos eran pacientes del Departamento de

Cirugía Oral e Implantología de la Escuela Médica y Odontológica de la Universidad de Valencia. Antes de la cirugía, los pacientes tenían que completar un protocolo preoperatorio con 4 escalas. Para la (STAI escala-T), el número de pacientes no ansiosos fue de 80 y 45 pacientes ansiosos. Con la escala STAI-S (estado de ansiedad), se encontraron 58 pacientes no ansiosos y 67 ansiosas. Para la escala de ansiedad dental (DAS), el número de pacientes con ansiedad fue de 48 pacientes y 77 pacientes no ansiosos. Finalmente, en la escala APAIS, el número de pacientes ansiosos era 55 y el número de pacientes no ansiosos era 70.

(8)

- **Torres L. et al (2014) España.** Realizaron un estudio “Influencia del estado de ansiedad y el rasgo de ansiedad en el post operatorio en cirugía oral” donde el objetivo de este trabajo fue estudiar la influencia de la ansiedad (ambos rasgo y estado) en el postoperatorio y la recuperación después de la extracción de tercera molar, para establecer el papel de cada uno de los aspectos de la ansiedad en los resultados, que obtuvo de una manera independiente y complementaria. Se realizó un estudio prospectivo de una serie consecutiva de 88 pacientes que se sometieron extracciones de terceros molares inferiores. Antes de ser provisto de alguna información acerca de la operación, los pacientes completaron la Spielberger State-Trait Anxiety Inventory-Rasgo y Estado. Se evaluó en forma postoperatoria la hinchazón y el dolor. el estudio incluyó 88 pacientes. 30 de ellos presentaron ansiedad como rasgo de la personalidad (37,5%) y 41 presentaron ansiedad como estado (45,4%).

Los resultados en cuanto a las variables postoperatorias entre los grupos de ansiedad como rasgo fueron positivo y negativo; el consumo de fármacos analgésicos fue mayor en el grupo de ansiedad como rasgo positivo de una manera estadísticamente significativa, mientras que éstas diferencias se detectaron sólo en ocasiones específicas en relación con el dolor y la hinchazón. Cruzando ambas variables (estado de ansiedad (SA) y rasgo de ansiedad (TA)) se observó que dichas 20 pacientes presentaron SA positivo (+) y TA negativo (-) (22,72%), 9 pacientes presentaron SA (-) y T (+) (10, 22%), 21 pacientes presentaron SA (+) y TA (+) (23,86%), y 38 pacientes presentaron SA (-) y TA (+) (43,18%). (9)

- **Medeiros L. et al (2013) Brasil.** Realizaron un estudio “evaluación del grado de ansiedad de los pacientes antes de cirugías orales menores” en donde el objetivo fue evaluar el grado de ansiedad preoperatoria en los pacientes sometidos a cirugía oral, identificar qué procedimiento quirúrgico provoca más ansiedad en los pacientes, y cuál es el tiempo que causa mayor ansiedad quirúrgica. Se seleccionaron 200 pacientes para someterse a una cirugía oral en el departamento de pacientes externos de Odontología de la Universidad Federal de Sergipe. En el día de la cirugía, los pacientes respondieron a la EAD escala, siendo evaluado tasa cardíaca (FC) y la presión arterial (PA). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos en relación con la ansiedad. La correlación Spearman entre los valores obtenidos para la ansiedad y la tensión arterial y la frecuencia cardíaca demostraron ser débiles, aunque significativo entre los resultados. La anestesia fue el

momento que produjo el aumento de la ansiedad (prueba de Kruskal-Wallis) con un valor de 3 según la escala de Corah, en comparación con otros momentos donde solo se obtuvo el valor de 2 según la escala de Corah. La ansiedad influyó en el aumento de la frecuencia cardíaca con 90.4 (± 18.1) para cirugía periodontal, 75.5 (± 14.4) para cirugías simples y 83.4 (± 16.1) para cirugías complejas y aumento de la presión arterial sistólica con valores de presión sistólica de 132.9 (± 16.6) para cirugía periodontal, 125.5 (± 13.8) para cirugías simples y 122.2 (± 11.3) para cirugías complejas, por lo que es importante el control por el dentista para evitar complicaciones durante la cirugía. (10)

- **Hyczy L. et al (2012) Brasil.** Realizaron un estudio “nivel de ansiedad en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos odontológicos” cuyo objetivo fue evaluar la existencia de diferencias en el grado de ansiedad en 122 pacientes voluntarios sometidas a diferentes formas de procedimientos quirúrgicos de forma ambulatoria en la Facultad de Odontología CESCAGE - Centro de Educación Superior de Campos Gerais. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a la modalidad quirúrgica: Grupo 1 - compuesto por 60 pacientes que requerían extracciones de terceros molares y Grupo 2 – compuesto por 62 pacientes sometido a extracciones dentales simples. La ansiedad se determinó mediante la Escala de Ansiedad Dental (DAS) de Corah, aplicada antes de los procedimientos quirúrgicos. Los datos se sometieron a la prueba de Mann Whitney, adoptando el nivel de significación de 5%. Los resultados muestran que no hubo asociación entre el nivel de la

ansiedad y el sexo. Se encontró que los pacientes que se sometieron a extracciones convencionales indican mayor grado de ansiedad que los pacientes sometidos a cirugía de terceros molares incluidos. Los procedimientos quirúrgicos son ansiogénicos en un 95,1% de la población analizada, lo que subraya la importancia de los estudios que se produzcan problemas emocionales de los pacientes dentales y el uso de medidas que proporcionen la comodidad del paciente, como técnicas de modificación de conducta, sugestión positiva y fiable, o incluso el uso de fármacos ansiolíticos en casos extremos. (11)

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Ansiedad.

El siglo pasado fue considerado como el período de la ansiedad, aunque el miedo y la ansiedad son tan viejos como la misma humanidad. El primer reconocimiento escrito, del valor de la ansiedad se encuentra en el tratado del filósofo árabe Alá IbnHazim de Córdoba, donde cita la universalidad de la ansiedad como condición básica de la existencia humana. Así también Charles Darwin consideraba al miedo como una de las emociones humanas más fundamentales, según su teoría evolucionista, donde menciona que la función del miedo consistía en excitar y activar el organismo para enfrentar los diversos peligros externos; poniendo mayor énfasis en las manifestaciones visibles del miedo. Las funciones de adaptación de las reacciones al miedo proveen una señal que pone en estado de alerta al organismo para poder actuar: ya sea para escapar o como también para eliminar un peligro potencial. Siempre que una situación se perciba como amenazadora, independientemente que el peligro sea real o imaginario, conducirá en una reacción emocional desagradable, aparecerá el estado de ansiedad, el cual es fácil de reconocer, ya que contiene una combinación de pensamientos y sensaciones desagradables. Además de los procesos fisiológicos mencionados antes, el individuo se siente aprensivo, tenso, molesto, atemorizado y nervioso; tiende a preocuparse por las circunstancias específicas que provocan su estado de ansiedad. (12)

“El estado de ansiedad tiene una intensidad y fluctúa en el tiempo”. (13)

- a) Ausencia de ansiedad: Predominan la calma y la serenidad.
- b) Ansiedad moderada: Es acompañada por incertidumbre, aprensión, y nerviosismo.
- c) Ansiedad alta: Se caracterizan por miedo y temor intenso, acompañados de un comportamiento de pánico.

La intensidad y la duración del estado de ansiedad van a depender en gran medida de los agentes recibidos por el sujeto, así como de la interpretación que haga de ellos como amenazantes o peligrosos.

Cuando el estado de ansiedad aparece, el comportamiento del individuo incluirá: inquietud, temblor, dificultad en la respiración, expresiones faciales de miedo, tensión muscular, falta de energía y fatiga.

Los cambios en la fisiología que se puede evidenciar son: taquicardia, elevación de la presión arterial, respiración más rápida y profunda, rigidez muscular y dilatación pupilar o midriasis. (12)

El estado de ansiedad asociado con estos cambios conductuales y fisiológicos, constituyen una experiencia desagradable, lo que hace que las personas eviten o traten de minimizar la situación de amenaza.

Aunque las situaciones muchas veces sean benignas, estas podrían causar intensos niveles de ansiedad, ya que el individuo por alguna razón percibe

dichas situaciones como peligroso, como el caso de estar en el consultorio dental. (12)

Según Spielberg (11), en su libro sobre Tensión y Ansiedad, se menciona que “la ansiedad no era reconocida con anterioridad como condición concreta y penetrante, sino hasta hoy en día. Sin embargo, esta condición ha existido desde la primera especie homo, pero se consideraba como un aspecto del miedo”.

La ansiedad, clínicamente, se define como una reacción emocional la cual está caracterizada por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación causada por la anticipación de una posible amenaza o peligro próximo, intangible y difuso, que se acompaña de la activación del sistema nervioso autónomo. (14,15)

El concepto de ansiedad se presenta instalado en el terreno de las emociones y va aparecer como una reacción multidimensional caracterizada por diversos sistemas de respuesta como son: subjetivo, fisiológico y motor. (16) Esta se trata de una concepción formulada por Lang y Lazovik (17,18) ya en el año de 1963, en el llamado enfoque de los “Tres Sistemas de Respuesta”. Con este punto de vista, Miguel-Tobal (19) considero que “el estado de ansiedad engloba aspectos cognitivos displacenteros, detención y aprensión; aspectos fisiológicos, la cual se caracteriza por un grado alto de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores, que implican, variables como la expresión facial así como movimientos o posturas corporales, y respuestas de escape (huida) y evitación”.

En diversos estudios²⁰, hacen referencia sobre “el triple sistema de respuesta de la ansiedad, señalando que los tres componentes pueden estar disociados, pudiendo llegar a funcionar, hasta determinado punto de modo independiente, dando lugar al fenómeno conocido como fraccionamiento de respuestas”, la cual a su vez aportaría distintos perfiles cognitivos, fisiológicos y conductuales, según el predominio de los diferentes sistemas²¹.

La distinción entre el miedo y la ansiedad nunca ha estado completamente resuelta, y tampoco hoy en día esa distinción se ha resuelto, ya que ambas reacciones tienen como origen cuando un individuo percibe una situación como peligrosa o amenazante. Los términos de miedo y ansiedad se diferencian porque el miedo sería una reacción emocional inmediata frente a un peligro actual e identificable; mientras que la ansiedad, se considera como un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible. Sin embargo, esta distinción es problemática porque los estímulos generadores de miedo pueden existir, aunque no sean identificables, y pueden ser, además, de tipo interno y difícil de determinar (22). Algunos autores han tratado de resolver dichos problemas mencionando que “el miedo es una alarma primitiva, que se dispara ante la percepción de un peligro presente, el cual motiva la conducta de huida o escape; a diferencia de la ansiedad, que es un estado emocional de miedo no resuelto o un estado de activación que no tiene una dirección específica tras la percepción de amenaza” (22).

La realidad es que, los términos de miedo y ansiedad vienen utilizándose de igual forma. De hecho, por ejemplo, los miedos y fobias suelen considerarse

como problemas o trastornos de la ansiedad. También diferenciar de manera conceptual entre miedo y fobia es importante porque, aunque se suelen utilizar de manera intercambiable en la literatura odontológica, son constructos diferentes. “El término fobia hace referencia a un miedo muy intenso, desproporcionado, persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo” (23). “Aun cuando en términos estrictos es necesario que se produzca evitación para que se constate la existencia de una fobia, clínicamente suele asumirse que es suficiente con que la persona presente un fuerte deseo de evitar la situación fóbica, o en su defecto la tolere con elevado grado de ansiedad y malestar. La fobia, pues, es un trastorno de ansiedad” (24).

Una de las propiedades importantes de la ansiedad va a ser su naturaleza anticipatoria. El cual quiere decir que la respuesta de ansiedad tiene la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Esto le da a la ansiedad un valor importante funcionalmente, ya que posee utilidad biológico-adaptativa. Esta utilidad, no obstante, se convierte en desadaptativa cuando se anticipa un peligro irreal y de este modo se convierte en ansiedad clínica. Así pues, “la ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro real de la situación, sino que puede ocurrir de forma irracional, ante situaciones de escaso peligro objetivo o que carecen de peligro real”. De todo lo anterior, podemos deducir que la ansiedad puede ser entendida, bien como una respuesta normal y necesaria, así como también una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica). (25)

“La ansiedad patológica se caracteriza por presentar ciertas diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal, como por ejemplo, tomando la forma de una fobia. La ansiedad ha estado ampliamente asociada con el tratamiento odontológico. La atención odontológica es una situación especial, ya que determinados tratamientos odontológicos pueden causar dolor u otras experiencias desagradables. Los complejos factores de la ansiedad influyen en la experiencia de los procedimientos odontológicos, y llevan a una gran variedad de disfunciones conductuales relacionadas con el tratamiento odontológico”. (25)

En el tratamiento dental el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles. El paciente se va a encontrar con ambas amenazas “real” e “imaginaria” y reaccionar con diferentes grados de aprensión. (15,25)

Algunos autores emplean el término “miedo dental” para describir una aprensión moderada que causa tensión durante el tratamiento, pero capacita al paciente para recibir cuidado dental, la “ansiedad al tratamiento dental” para denotar una aprensión más profunda que interfiere con el tratamiento rutinario y requiere una atención especial, y el término “fobia al tratamiento dental” para referirse a pacientes cuya ansiedad es tan grande que les lleva a evitar el cuidado dental, incluyendo prácticas orales de dejadez. (26,27)

2.2.2. Exodoncia.

Es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes brotados de sus alvéolos con el menor trauma posible. Es una cirugía laboriosa que requiere una técnica muy cuidadosa, por lo que con frecuencia se producen accidentes y complicaciones desde muy simples hasta muy complejos. (28)

La exodoncia o extracción dental es seguramente el primer procedimiento odontológico efectuado por el hombre. Documentos históricos que se remontan a la era pre-cristiana, nos revelan procedimientos y equipo destinado para tal fin, lo cual no es de extrañar por cuanto el dolor denario ha acompañado al ser humano desde la época pre-histórica. No fue sin embargo, sino hasta mediados del siglo pasado cuando la ciencia médica en particular la ciencia odontológica principió a dar a la extracción dentaria el valor quirúrgico que le corresponde. En efecto, éste último concepto es comprensible si se tiene en cuenta que la avulsión de un diente de su alveolo implica establecer una solución de continuidad en los tejidos y por consiguiente dejar establecida una herida abierta que como cualquier otra herida está sujeta a las tensiones, presiones y contaminaciones del medio donde se encuentra. Además de esto, el procedimiento para efectuarla conlleva necesariamente a un trauma quirúrgico sobre tejidos vivos que debe minimizarse en lo posible haciendo uso del conocimiento, la técnica y la destreza necesarias. (29)

- **Exodoncia preventiva o profiláctica.** La justificación de la exodoncia profiláctica de terceros molares ha sido un debate por mucho tiempo. Son varias los motivos que se pueden dar para la remoción temprana de

terceros molares asintomáticos o sin patología aparente, la mayoría de las cuales no están basadas en evidencia fiable entre las cuales se mencionan (30). “No cumplen una función útil en la boca, incrementan el riesgo de cambios patológicos y síntomas, y puede que el paciente ya sea mayor cuando aparece la patología con lo que se aumentan y son más serias las complicaciones. El momento adecuado para la exodoncia del tercer molar es cuando la pieza dentaria ha alcanzado los dos tercios de su desarrollo, lo que coincide generalmente entre los 16 y 18 años” (31). De otro modo, la posibilidad de que los terceros molares causen cambios patológicos en el futuro ha sido exagerada (32,33). Muchos terceros molares impactados o sin erupcionar pueden, ocasionalmente, erupcionar de manera normal y, en ocasiones, muchos terceros molares impactados nunca causan problemas clínicamente importantes (34). Además, estudios longitudinales sugieren que “la prevalencia de nueva patología asociada con terceros molares que permanecen retenidos disminuye con la edad” (34). De hecho varios estudios, han demostrado que “la mayoría de las personas no desarrollan patología asociada con dientes sin erupcionar” (35). Los beneficios de dejar incluidos los terceros molares no han sido valorados lo suficiente en el pasado, en ocasiones, pueden constituir una ayuda para algún tratamiento protésico (36). Pero no todos los autores están de acuerdo con estas afirmaciones, así Leonard (37) opina que “los cordales inferiores son “bombas de efecto retardado”, que con el tiempo podrían causar dolor e infecciones, y si no se tratan, pueden amenazar la vida del paciente”.

- **Exodoncia por infección.** La pericoronaritis es la indicación más frecuente para cirugía del tercer molar (38) y, por lo general, ocurre en adolescentes y adultos jóvenes, y menos frecuentemente en personas mayores (39). En un estudio realizado sobre 1000 pacientes divididos en 3 categorías según la edad (menores de 25 años, 25-35 años y más de 35 años), se obtuvo que la pericoronaritis fue la principal causa de exodoncia de terceros molares con los siguientes porcentajes: 32,7%, 46,1% y 40,6% respectivamente (40). Leone y cols. (41) "Indicaron que los cordales inferiores verticales cubiertos por tejido blando son más susceptibles de infección". Existe consenso acerca de la indicación de exodoncia de terceros molares inferiores en caso de pericoronaritis recurrentes. Sin embargo, aparece controversia sobre el protocolo de actuación cuando un tercer molar inferior ha presentado un único episodio de infección pericoronaral. Las tendencias actuales sugieren un tratamiento conservador, considerando más adecuado sustituir el tratamiento quirúrgico por un seguimiento adecuado del proceso agudo (42).
- **Exodoncia por motivos ortodóncicos.** Desde el comienzo de la especialidad de ortodoncia (43), la presencia de los terceros molares se pensó que era responsable del apiñamiento tardío de los dientes anteroinferiores, porque con frecuencia se observó que coincidía con el momento de erupción de los terceros molares y se intentó concluir una relación causa-efecto entre estos dos fenómenos. Se creyó que el vector de fuerzas de la erupción de los cordales inferiores empujaba contra los segundos molares, causando así la migración mesial de las piezas

ubicadas mesialmente del tercer molar con el resultado de la pérdida de espacio y el apiñamiento de las piezas anteriores. Numerosos estudios que pretendían probar esta hipótesis no encontraron asociación entre ambos acontecimientos. Aunque sigue siendo motivo de controversia, el consenso actual indica que la exodoncia profiláctica de los terceros molares para estabilizar el tratamiento ortodóncico está injustificada (43,44). Para algunos autores, el tercer molar mandibular constituye un factor determinante en el desarrollo del apiñamiento de los incisivos, concluyendo que la extracción de los mismos resulta beneficiosa en casos de apiñamiento inicial severo (45). De otra manera, otros autores se sitúan en el extremo opuesto, y consideran, que los terceros molares no cumplen un papel importante ni decisivo en la aparición de estas patologías (46). Entre los postulados de unos y otros se sitúa un grupo, quizás el más numeroso, que opina que los terceros molares inferiores en combinación con otros factores pueden contribuir al desarrollo del apiñamiento (47).

- **Exodoncia por motivos prostodóncicos y restaurativos.** La presencia de prótesis con bases mucosoportadas puede estimular la erupción de dientes impactados en áreas aparentemente edéntulas, debido al estímulo propioceptivo que provoca la prótesis, en estas situaciones la sintomatología más habitual suele ser dolor persistente en la encía y el tratamiento indicado es la exodoncia del tercer molar incluido (48).

“Estará indicada también la exodoncia de terceros molares inferiores cuando sea necesario el acceso al margen disto-gingival del segundo molar para realizar una obturación o colocar una prótesis” (49). La idea de

mantener los terceros molares, en caso de pérdida de los molares anteriores a él, para ser utilizados como pilar de prótesis fija contraindica la exodoncia, salvo que los terceros molares hayan sufrido procesos infecciosos de repetición (48). Bruce y cols. (50) “encontraron que la frecuencia de indicaciones por motivos prostodóncicos salta del 0,3% en pacientes menores de 25 años, a 10,3% en los mayores de 35 años”.

- **Exodoncia por motivos periodontales.** “La infección crónica destruye el hueso y, a menudo, esta destrucción afecta también a la zona adyacente del segundo molar” (49), la cual no regenera después de la exodoncia del tercer molar, con lo que en muchas ocasiones se produce una bolsa periodontal severa con un defecto infraóseo, que en ocasiones puede llegar a provocar la pérdida del segundo molar (48). Hay estudios que revelan una incidencia de alrededor del 1% de periodontitis o de marcada reducción de hueso alveolar en la superficie distal del segundo molar entre jóvenes adultos. En la amplia encuesta radiográfica realizada por Stanley (50), “la incidencia de periodontitis fue del 4,49%. Asimismo, se ha descrito una mayor presencia de pérdida de hueso alveolar alrededor del tercer molar retenido, y del segundo molar adyacente en pacientes mayores de 30 años, así como una mayor frecuencia y severidad de la pérdida de soporte periodontal cuando el tercer molar retenido se aproxima al segundo molar”. Estos resultados, coinciden con otro estudio (51) que “encuentra escasa periodontitis en inclinaciones axiales de dientes incluidos, especialmente en la inclinación vertical y distal (en ésta totalmente ausente)”. Esto lo explican porque el 60% de los individuos de

este estudio son menores de 25 años y sus terceros molares acaban de erupcionar (51). Es difícil comparar la incidencia de tasas de enfermedad en diferentes estudios que no usan las mismas definiciones para una misma condición, o en los que los grupos de edad estudiados son diferentes. En cualquier caso, es de esperar un aumento de la profundidad de la bolsa periodontal a medida que aumenta la edad y en casos de higiene oral pobre (52). Cuando el control de una periodontitis no puede ser el correcto en la cara distal del segundo molar inferior, bien sea porque el paciente no puede realizar una buena higiene de esta zona o porque el tercer molar inferior tiene bolsas profundas, entonces estará indicada la exodoncia del mismo. En casos de mesoversión o posición horizontal del tercer molar inferior, la extracción deberá efectuarse lo antes posible y, en todo caso, antes de los 25 años. De esta forma se produce la regeneración espontánea, en la mayoría de los casos, sin necesidad de emplear técnicas de regeneración tisular (49).

2.2.3. Posición de los terceros molares.

“La falta de espacio disponible para que los molares puedan erupcionar normalmente se debe a la formación tardía y a la evolución filogenética que ha sufrido la mandíbula y que ha dado como resultado dificultad en la erupción de los terceros molares” (53).

Retención. - Se define a la retención dentaria como un fenómeno en el cual una vez llegada la época normal de erupción, permanecen los dientes en el interior de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario.

La retención dentaria puede ser intraósea cuando el diente está totalmente rodeado por tejido óseo, y subgingival cuando está cubierto solo por mucosa gingival (53).

Impactación. - Es la detención total o parcial de la erupción dental dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente, por interferencia o como también por bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza dentaria debido a la presencia de un obstáculo mecánico: Otros dientes. Hueso de recubrimiento excesivamente denso. Fibrosis Exceso de tejidos blandos. Clínicamente se sospecha de una impactación cuando no se localiza en boca, mientras que la pieza antagonista y contralateral ya ha erupcionado. El saco pericoronario puede estar abierto en boca o no (53).

Inclusión. - Detención total de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente por interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza debido a la presencia de un obstáculo mecánico. Éste queda retenido en el hueso maxilar rodeado aún de su saco pericoronario intacto (54).

2.2.4. Clasificación de los terceros molares inferiores retenidos.

2.2.4.1 - Clasificación de Pell y Gregory.

“Esta clasificación se basa en la relación del cordal con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso” (55).

- Relación del cordal con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar. -

Para hallar el espacio disponible para la erupción del tercer molar se tiene en cuenta la superficie de la cara distal de la corona del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular comparado con el diámetro mesio-distal de la corona de la cordal. Cuanto menor sea este espacio, mayor será la dificultad quirúrgica (55).

Teniendo en cuenta estos puntos se clasifica en:

- Clase I: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor o igual que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

- Clase II: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

- Clase III: El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.

- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

- Posición A: La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

- Posición B: La parte más alta del tercer molar está entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.

- Posición C: La parte más alta del tercer molar está en el mismo o por debajo de plano de la línea cervical del segundo molar (55).

2.2.4.2 - Clasificación de Winter - Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- Mesioangular. Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45°.

- Horizontal. Cuando ambos ejes son perpendiculares.

- Vertical. Cuando los dos ejes son paralelos.

- Distoangular. Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior de 45°.

- Invertido. Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°.

Según el plano coronal se clasifican en vestibuloversión si la corona se desvía hacia el vestíbulo y en linguoversión si se desvía hacia lingual (55).

2.2.5. Clasificación de los terceros molares superiores retenidos.

2.2.5.1. Clasificación de Winter- En el maxilar superior podemos aplicar los mismos criterios para la Clasificación de Winter como para la de Pell y Gregory:

1. Relación del diente con respecto a la tuberosidad del maxilar y el segundo molar.

2. Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

3. Posición del diente en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

Clasificación de acuerdo con la posición del eje longitudinal del tercer molar, con respecto al eje longitudinal del segundo molar

- Vertical: Ocurre en un 65%. Su extracción es sencilla.

- Disto angular: Ocurre en un 25%. Su extracción es sencilla

- Mesioangular: Ocurre en un 12 % y es más difícil de extraer por la posición en la que se encuentra la pieza no permite un fácil acceso.

- Horizontal: No es muy frecuente esta posición.

- Vestíbulo versión: No es muy frecuente esta posición.

- Linguo versión: Ocurre en menos del 1%

- Invertida: Ocurre en menos del 1% - Transversa: La pieza se encuentra en una posición horizontal con su eje (56).

2.2.5.2. Clasificación de Pell y Gregory- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

- Posición A. El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.

- Posición B. El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

- Posición C. El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar (56).

2.2.6. Manifestaciones de la ansiedad en el tratamiento dental.

El fenómeno de la ansiedad ocasiona a una gran variedad de disfunciones relacionadas con el tratamiento odontológico, la ansiedad es un constructo que designa un conjunto de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras que coinciden con sus tres componentes.

Las manifestaciones cognitivas de la ansiedad en el tratamiento dental se van a referir a la propia experiencia interna y que podrían manifestarse como cambios en los contenidos del pensamiento de los pacientes. Incluirán un amplio abanico de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad dental, tal y como se presenta a continuación: (50)

- Anticipaciones, esto se refiere al miedo a perder los dientes, miedo a la muerte, pensamientos acerca de lo que va a suceder en la sala de espera y, en general los pensamientos catastróficos sobre lo que podría suceder durante un procedimiento, hipersensibilidad dentaria ante los estímulos y a la espera de dolor ante ellos. Así, la aparición de ansiedad disminuirá el umbral de tolerancia al dolor y aumentará la posibilidad de que los estímulos no nocivos sean interpretados como dolorosos, especialmente en personas sensibles. (51,52)
- Creencias, esto incluirá aquellas manifestaciones de los pacientes acerca de sus actitudes y las de otros pacientes, de modo que, el paciente con ansiedad se va a sentir raro y se lo observará débil a los ojos del resto de la gente y creerá que el resto de las personas no son capaces de entender

su ansiedad. Esto hará que algunos pacientes, obtén por extraerse por completo todas las piezas dentarias, antes que acudir de manera frecuente o rutinaria a su dentista.

- Sentimientos negativos que toman la forma de: vulnerabilidad y baja autoestima.
- Recuerdos de experiencias dentales traumáticas.

- Las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad durante la atención dental (50) son las mismas a una respuesta de miedo. Las personas en su mayoría mencionan cambios fisiológicos como: “resequedad de boca, sudoración, palpitaciones fuertes y temblor. Estas manifestaciones se pueden presentar el mismo día de la cita con el odontólogo o, incluso, con anterioridad, la noche previa” (50). Estas respuestas fisiológicas se producen en la sala de espera o durante el procedimiento de cirugías dentales, aunque también estos síntomas fueron percibidos a la hora de telefonar para pedir cita. Algunas personas experimentan “cansancio después de la cita con el odontólogo, muchas veces hasta el punto de impedirles el desarrollo de sus actividades diarias. La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele percibirse de forma molesta y desagradable, lo que ayuda a conformar el estado subjetivo de ansiedad”. (50)

- “Las manifestaciones conductuales de la ansiedad durante el tratamiento dental más frecuentes son las de evitación de la cita con el odontólogo, en ocasiones, incluso en presencia de dolor, siendo la asistencia al odontólogo la última opción” (57). Estudios realizados en Estados Unidos, demostraron que

del 5% al 6% de la población adulta evitaba el tratamiento dental por miedo. Además, se calculó que un porcentaje mayor, hasta un 25%, rehúye el tratamiento dental excepto cuando hay síntomas. También pueden presentarse modificaciones relacionadas con los hábitos de comida. Así, la mayoría de los pacientes con alta ansiedad se ven en la necesidad de modificar sus hábitos alimenticios evitando ciertas comidas debido a su dificultad para masticar y bebidas frías para prevenir la sensibilidad. (57)

Todo lo anterior repercute a nivel social, de salud y de interacción clínico-paciente. “Estas repercusiones sociales de la ansiedad en los procedimientos odontológicos podrían dar lugar a consecuencias psicosociales negativas” (58) que, en ocasiones, se presentan en el trabajo. De forma que, la demora en acudir al odontólogo lleva a problemas de infecciones y dolor oral que impiden al paciente realizar adecuadamente su trabajo. Además, el descuido de la apariencia dental, puede afectar negativamente a las perspectivas de conseguir o mejorar en el puesto de trabajo. Como también tener un efecto negativo en el desarrollo de relaciones interpersonales, así, los pacientes con alta ansiedad suelen encontrarse irritables y nerviosos previamente a la cita con el cirujano dentista. (58)

En cuanto a la salud del paciente pueden presentarse alteraciones del sueño (pesadillas o insomnio la noche anterior a la cita con el odontólogo) o, en algunos casos, incluso empeoramiento de la salud oral (prorrogando la visita al odontólogo hasta que la situación bucal se hace insostenible). (58)

Pero la ansiedad no supone únicamente un problema para la persona que lo padece, sino también repercutirá en la relación del profesional con el paciente. El ejercicio odontológico comprende una relación de notable complejidad entre el paciente y el clínico. La incapacidad para entender este vínculo causa muchas de las fatigas y los fracasos profesionales. “Los pacientes ansiosos requieren mayor tiempo de atención de hasta un 20% más que aquellos pacientes que se encuentran relajados” (57) y “los odontólogos consideran que los pacientes ansiosos constituyen una de las fuentes más molestas del estrés profesional; dada por la falta de cooperación del paciente que hace difícil el realizar los procedimientos terapéuticos, pudiendo dar lugar a resultados insatisfactorios” (51). Un estudio de seguimiento sobre las enfermedades ocupacionales de 56 odontólogos, reveló que el estado de ansiedad representó 42,1% de todas las alteraciones. En el grupo de menos de 45 años de edad fue 52,7% y en el de más de 45 años de edad representó el 25%. Howard y Cunningham y cols. Señalaron que “los odontólogos están anormalmente sometidos a los efectos nocivos del estrés. También se mostró que la mayoría de los dentistas (80%) admitió que se ponía “ansioso” al atender a este tipo de pacientes”. (58)

En resumen, las manifestaciones de la ansiedad durante los procedimientos dentales se presentan como un círculo vicioso en el que interactúan la ansiedad y la evitación. Así, el miedo y la ansiedad llevan a evitar las citas con el odontólogo y, en consecuencia, el cuidado dental, lo que implica un deterioro de la salud oral, que, combinado con la imposibilidad por parte del paciente de aceptar el tratamiento dental, acaba causando sentimientos de vergüenza e

inferioridad con respecto a las demás personas, disminuyendo así la autoestima. (59) Todo esto, puede servir para elevar la ansiedad del paciente y para reforzar la evitación del cuidado dental (60). Ignorar los conflictos emocionales del enfermo y sus dificultades puede ser origen de una experiencia traumática (61). El odontólogo, siempre debe estar alerta acerca de la importancia de tratar al paciente y no sólo a la enfermedad. (62)

2.2.7. Prevalencia de la ansiedad en el tratamiento dental.

Existe consenso general para enfatizar la importancia la ansiedad durante el tratamiento dental, pero, resulta difícil valorar la prevalencia exacta del problema de ansiedad. Como prueba de ello se tiene la diferencia de cifras que ofrecen los distintos estudios, probablemente, originada por la diferente categorización de los pacientes y por los distintos tipos de instrumentos de medida utilizados. El primero de los trabajos (63) que ofrece datos a este respecto pertenece al año 1958. Si se analizan las prevalencias de los estudios comprendidos entre ese año y 1984, se puede ver que el porcentaje de individuos con ansiedad elevada ante el tratamiento dental oscila en torno al 8%-15% y el de personas con trastornos fóbicos del 5%-9%. “La ansiedad moderada aparece en una proporción que fluctúa entre el 17%-67%” (64). Los estudios realizados en las décadas de los 70 y 80 en los Estados Unidos, en diferentes poblaciones, informaron de una tasa más elevada en la prevalencia de miedo que los estudios realizados a finales de los 50 y principios de los 60, estimándose entre el 5% y el 9% de la población. Una investigación reciente, llevada a cabo en Detroit en el 2005 con una muestra representativa de los

adultos de 18 a 69 años, encontró que el 12% presentaban niveles altos de ansiedad al tratamiento dental. Un estudio anterior, de 1998, en la misma zona, había encontrado una prevalencia del 10,2%. En Canadá, diferentes estudios epidemiológicos reportan índices de prevalencia que oscilan entre el 10,9% y el 16,4%. (65)

En Alemania, en el año de 1994, se realizó una encuesta en los medios de comunicación ante la pregunta de carácter general ¿De qué tiene más miedo habitualmente?, “demostraron que el 36,1% de las personas teme, sobre todo, tener que acudir a la consulta con el odontólogo. Resultados más recientes, del 2006, informan de tasas de prevalencia del 11% para la fobia durante los procedimientos odontológicos en la población general y del 13,1% entre soldados de la armada de 19 a 54 años”. (66)

“En Suecia por encima del 9% de la población adulta evitaba el cuidado dental debido al miedo al tratamiento, en Inglaterra de 419 encuestados el 15% informaron ser “muy” o “extremadamente ansiosos” cuando se sometían a tratamientos de conservación dental, el 30% fueron “muy” o “extremadamente ansiosos” cuando se les tenía que realizar una cavidad dentaria, y el 28% fueron “muy” o “extremadamente ansiosos” frente a las inyecciones bucales; alrededor del 13% informaron que ellos “siempre” o “muy a menudo” pospusieron visitas al odontólogo debido a la ansiedad” (25). Sin embargo, otro estudio realizado en el mismo año en Gothenburgin informa de una prevalencia del 6,7% para la ansiedad elevada al tratamiento dental. (67)

Estudios epidemiológicos realizados en Noruega entre 1998 a 2003 arrojan cifras de prevalencia del 12 al 19% para la ansiedad dental que interfiere con conductas bucales saludables; y del 6,6% para la fobia dental acompañada de conductas de evitación frecuente. (68)

“La prevalencia de la ansiedad dental en pacientes que esperan diferentes tipos de tratamiento bucal, se cifró en un 20% en los Países Bajos en 1990. En Islandia, de una muestra representativa de 1548 personas de 25-74 años, el 10% admitió tener una ansiedad dental muy considerable”. (69)

El problema de la evitación de los procedimientos dentales no es específico de las culturas occidentales, un informe del 2005 indica que en torno al 9,9% de los pacientes que esperan tratamiento bucal en Estambul presentan niveles altos de ansiedad. Estudios realizados en Japón en 1988 con estudiantes universitarios revelan que el 31,5% de los japoneses reconocían que en ocasiones llegaban a retrasar las citas con el dentista debido al miedo que les provocaba el tratamiento dental. Por encima del 80% informaron de “algún miedo”, mientras que del 6 al 14% informaron ser “muy miedosos” o estar “aterrorizados” ante el tratamiento, cuando el grupo de “algo miedosos” fue añadido a esas dos categorías el rango subió del 21 al 33% de los estudiantes. (70) Cifras semejantes fueron publicadas para poblaciones de Indonesia, Taiwán y Singapur (71). En nuestro país, los escasos estudios que existen sobre esta temática, encuentran que la mayor parte de los sujetos afirman haber evitado a menudo una cita con el dentista por causa del miedo, mientras que la cancelación de citas se produce con menor frecuencia. (72)

Tal como señalan distintos autores, la ansiedad dental es un trastorno que tiene repercusiones negativas muy importantes para la salud bucal. Se estima que entre el 6-15% de la población mundial adulta evita el cuidado dental debido a una alta ansiedad dental. (73)

2.2.8. Etiología de la ansiedad en el tratamiento dental.

El origen de la ansiedad a la atención dental se postula como multifactorial por la mayoría de los autores. “La ansiedad frente al tratamiento dental es compleja e implica factores físicos, cognitivos y de aprendizaje. Generalmente, la unión de múltiples factores lleva el desarrollo de la ansiedad frente a estos procedimientos. Han sido varios los elementos implicados en la etiología y origen del miedo durante la visita al odontólogo, vista en múltiples estudios, así, muchos encuentran dos tipos de adquisición de ansiedad y estas son: directa dada por experiencias previas, e indirecta ocasionada por la transmisión de información, en este sentido destacan los planteamientos de Rachman en 1977”. (74)

Por su parte, Weiner y Sheehan (75), realizaron una clasificación de los pacientes con ansiedad a procedimientos odontológicos en función de su etiología, diferenciando entre la etiología exógena y endógena. “Con este sistema, algunas personas desarrollan miedo en la atención a través de experiencias adversas condicionadas (exógenas), mientras que otros parecen mostrar una vulnerabilidad constitucional a desarrollar trastornos de ansiedad (trastorno de pánico) que potencian la susceptibilidad a adquirir ansiedad (endógenas)”.

Observaciones clínicas llevaron a Milgrom, Weinstein, Kleinknecht y Getz (76) a desarrollar una “categorización etiológica de cuatro niveles para explicar el origen de la ansiedad, conocida como Seattle System (I: miedo condicionado a estímulos específicos; II: ansiedad sobre reacciones durante el tratamiento, mareos, ataques de pánico; III: ansiedad rasgo o síntomas multifóbicos; IV: falta de confianza en el personal dental”.

La importancia del origen etiológico multifactorial podría trasladarse a diferentes manifestaciones y tratamientos de la ansiedad. De este modo, Rachman sugirió que los pacientes con adquisición directa tendrían reacciones fisiológicas mayores que aquellos que adquieren su miedo por una vía indirecta (con información negativa). En un estudio previo (77) se encontró que “los pacientes con una etiología traumática relatan una historia más intensa de evitación del tratamiento dental que los individuos con un aprendizaje cognitivo”. Sin embargo, en 2002, de Jongh y cols (78) “tras realizar un estudio que valoraba las secuelas relacionadas con el trauma experimentado por 56 pacientes altamente ansiosos que acudían a una clínica de miedo dental, no observaron diferencia entre las puntuaciones de ansiedad dental entre los pacientes con distinta etiología”. Así, no encontraron evidencia que sugiriera a que el pasado traumático o la sintomatología relacionada con el trauma tuvieran un efecto negativo en el resultado del tratamiento. Finalmente, los autores afirmaron que, si bien conocer el origen de la ansiedad dental puede resultar útil a la hora de dar información preoperatoria al paciente, la etiología de la ansiedad dental no resulta útil para tratar la ansiedad una vez instaurada,

ya que los tratamientos empleados tienen resultados semejantes en individuos con diferentes etiologías. (79)

Como vemos, son muchos los elementos en origen de la ansiedad dental, de modo que en esa etiología multifactorial podemos englobar los siguientes:

- Determinantes congénitos. Se integran en el miedo a la pérdida de control y lesión de las regiones de la cara y del cuello. Esta ansiedad innata es inmodificable y tiene, por tanto, un escaso interés práctico. (79)
- Antecedentes traumáticos o experiencias aversivas en la consulta del odontólogo.

Las experiencias traumáticas o dolorosas durante el tratamiento dental parecen ser la causa principal de miedo y ansiedad dental. (60) La experiencia traumática puede originarse por el dolor infringido durante el tratamiento, por actitudes no favorables del odontólogo, o por otras experiencias desagradables en la consulta. La experiencia sirve como un estímulo inicial desencadenando los patrones de respuestas específicas de miedo o ansiedad (60). La mayor parte de estas experiencias dentales traumáticas suceden durante la infancia o el período escolar (68), de tal modo, que un 85% de los pacientes ansiosos recuerdan haber iniciado su estado de ansiedad durante este período. (80) Öst y Hugdahl en 1985 (81) "encontraron que el 68,6% de las fobias dentales eran debidas a las experiencias traumáticas directamente vividas durante el tratamiento dental por los pacientes". Kleinknecht, Keplac y Alexander en 1973 (82) "Identificaron la experiencia personal asociada con procedimientos dolorosos como la fuente principal de reacciones adversas a

la odontología y consideraron que, en estos casos, las respuestas de miedo y de evitación son repuestas aprendidas, y que las experiencias traumáticas o desagradables vividas por los pacientes pueden considerarse como ensayos de condicionamiento clásico”. De esta forma, algunos estímulos dentales que por sí mismos no causan miedo o ansiedad, pero se encuentran presentes durante las experiencias traumáticas, podrían quedar condicionados adquiriendo la capacidad de provocar respuestas condicionadas de miedo.

En ocasiones, la experiencia aversiva puede localizarse en la relación interpersonal paciente-odontólogo. La percepción que el paciente tiene del médico, en este caso del odontólogo, es un determinante significativo en la decisión de mantener futuras citas y continuar con el tratamiento. (83)

Johansson y cols (84). “Encontraron que la ansiedad dental estaba directamente relacionada con actitudes negativas hacia el dentista”. Además, en lo que se refiere al trauma ocasionado por el odontólogo, podemos diferenciar otros factores:

Causantes de dolor y errores del dentista. Algunos ejemplos pueden ser resbalar la aguja o la turbina, rehusar el empleo de anestesia si el paciente lo solicita, comenzar el tratamiento antes que el anestésico haga efecto o tratar el diente equivocado. (82) Los dos tratamientos donde con más facilidad se pueden observar estos fenómenos es en la exodoncia (54%) o en las restauraciones rutinarias (16%). (85) Según Kleinknecht y cols (82). “Un 8,3% de participantes relataron tales errores”. En consonancia, a medida que

disminuye la percepción que tiene el paciente de la competencia del dentista, la ansiedad dental tiende a aumentar. (86)

- Críticas del dentista por mala higiene. Muchos de los pacientes experimentan temor a que el dentista realice llamadas de atención a su mala higiene bucal o a su falta de cooperación durante el tratamiento. (87) Además, los pacientes que son dentalmente ansiosos experimentan mucha mayor susceptibilidad a este tipo de comentarios que los controles. (88)

- El estudio realizado por Scott y cols (88). “concluyó que los sujetos que presentan una ansiedad dental relativamente alta son sensibles a las críticas de cualquier tipo en relación con su salud oral. La crítica, por parte del dentista, podría incrementar significativamente su nivel de malestar, quizás hasta el punto de cambiar de dentista o dejar de acudir”.

Finalmente, otra de las posibles causas de miedo al dentista son las experiencias desagradables con otro médico. (88) Contrariamente a esta tesis, Scott y cols (88). Señalaron que los sujetos con ansiedad dental suelen presentar miedo a las inyecciones en otra localización distinta a la oral comparados con los controles. Asimismo, los sujetos con ansiedad dental temen más a los tratamientos médicos desagradables. Sin embargo, puesto que entre ambos grupos no hay diferencias en el número de traumas personales y familiares con médicos de otras especialidades, se excluye que otro tratamiento médico como origen del miedo dental.

- Experiencias adquiridas por influencia de familiares y personas allegadas.

El miedo y la ansiedad pueden ser adquiridos no sólo por aprendizaje directo, sino también por aprendizaje vicario. (81) El proceso de aprendizaje puede ser un resultado de la observación, identificación con o sugestión indirecta a través de modelos, por lo que no es necesario que los sujetos sufran directamente experiencias traumáticas para que desarrollen comportamientos de miedo o evitación dental.

La gente aprende acerca del tratamiento dental no sólo de su propia experiencia sino también hablando y observando a otros. (80) Por tanto, es posible aprender o adquirir miedos de otros sin exponerse al objeto temido. El aprendizaje social puede llegar a generar una fobia, siendo los padres los mejores maestros. Los padres ansiosos pueden, sutilmente o no, comunicar el miedo, interrumpiendo de tal modo el desarrollo normal de los recursos adecuados de afrontamiento en el paciente joven. (62) Por ejemplo, una explicación para la ansiedad al tratamiento dental en la infancia es que la madre transmite su ansiedad a su hijo. (89) Los pacientes dentalmente ansiosos mencionaron que los miembros de la familia y sus iguales influyeron en su ansiedad dental y que se sienten ansiosos cuando escuchan algo acerca del tratamiento dental de otros. (82) Se ha encontrado que los familiares de los pacientes ansiosos, especialmente la madre y los amigos, tienen un estado de mayor ansiedad que los controles. (87). Así también, los padres de estos pacientes ansiosos eran más permisivos y sus madres carecían de autoconfianza y tenían pobre autoestima. (90) Además, las madres sólo acudían al odontólogo cuando estas manifestaban dolores dentales importantes. (91) Aunque la imagen de la madre es muy destacada, otros

autores mencionan que, en orden de influencia, se encuentran en primer orden los amigos, los hermanos, la madre y por último el padre. (86,89). Además, otros autores, no sólo disminuyen en importancia a la figura de la madre como transmisora del miedo dental, sino que, también consideran que la importancia de los familiares se ha sobreestimado. (92).

También existen variables que influirán o se relacionarán de algún modo con la ansiedad y el miedo al tratamiento dental, que se presentarán en el apartado siguiente.

2.2.9. Variables relacionadas con la ansiedad en el tratamiento dental.

Existen otros factores, aunque no podamos incluirlos en la etiología de la ansiedad en los tratamientos dentales, sí se están relacionadas en cierta manera en ella:

- El sexo: es una de las variables que más se ha analizado en los diversos estudios de la ansiedad dental. los autores coinciden en afirmar que las personas de sexo femenino presentan valores de ansiedad más elevados que las de sexo masculino. (93) Pero, no todos los estudios encuentran diferencias significativas en la ansiedad entre hombres y mujeres. (94) De manera opuesta a los resultados antes mencionados, Rome y Moore informaron en su estudio que los hombres manifestaban niveles ansiedad a los procedimientos dentales mayor que las mujeres. Todo lo antes mencionado, tal y como opinan

otros autores, puede verse modificado en función a la frecuencia de las visitas al odontólogo. (63)

Algunos estudios refieren a que las diferencias en los niveles de ansiedad, en función del sexo, pueden deberse a los distintos umbrales de dolor entre hombres y mujeres. (95) Se ha dicho también que estas diferencias podrían deberse a la percepción y significado de las experiencias dolorosas. (96) En un estudio sobre características de experiencias dentales desagradables, se dio a conocer que, entre grupos de personas muy ansiosas, los hombres alcanzaban puntuaciones más elevadas que las mujeres. Este resultado indica, que el hombre necesita mayor sensibilidad que la mujer para que su expresión de ansiedad se transforme en miedo. (97) A este respecto, se pudo demostrar que las referencias parentales de la emoción son más frecuentes y variadas con las hijas que con los hijos y este sesgo en el desarrollo emocional puede predisponer a la distinta expresión entre géneros. Así, Adams y cols (98). “Mencionaron que el nivel de miedo que manifiestan los niños está en relación al género, pero no del sexo biológico, lo que ilustra la contribución de la cultura en el desarrollo y aprendizaje de las fobias y los miedos”. De cualquier modo, lo que sí parece evidente es que el género del odontólogo no influye en el miedo y la ansiedad de los pacientes. (99) Otro de los factores implicados es la edad de los pacientes, así la literatura menciona, que la ansiedad a los procedimientos dentales disminuye sus valores con el aumento de la edad. Algunos estudios explicaron este fenómeno refiriendo a los avances tecnológicos que se han producido con el transcurrir de los años en la odontología; sin embargo, otros argumentan, sobre la probabilidad de que

el paciente con el paso del tiempo se vaya convirtiendo en edéntulo, con lo que su miedo dental desaparecería. Asimismo, se valoró la posible resignación o adaptación a lo inevitable que puede conllevar el paso de la edad. (100) De cualquier modo, el motivo por el cual de que muchos miedos y fobias disminuyen con la edad sigue siendo desconocido. (101)

Frente al punto de vista de que la fobia al tratamiento dental se adquiere invariablemente en la infancia, Locker y cols (102). Señalaron que, “aunque la ansiedad podría tener su inicio en la infancia, no existe una edad determinada para el comienzo de la ansiedad”. Del mismo modo, “otros estudios han señalado que un 15 o 30% de los casos de ansiedad tienen su origen en la edad adulta y de un 15 al 25% en la adolescencia”. (103) La edad sin duda alguna es un factor relacionado con la etiología de la ansiedad en los procedimientos odontológicos, ya que el modo de adquisición de la misma cambia en función de la edad del paciente, dado que la naturaleza de la ansiedad varía a lo largo de los diferentes períodos de desarrollo del individuo. (104) Según la afirmación anterior, cuando el inicio de la ansiedad tiene lugar en la infancia es mucho más probable que la adquisición sea vía condicionamiento por experiencias traumáticas o por aprendizaje vicario; sin embargo, cuando el comienzo tiene lugar en la adultez suele haber cierta vulnerabilidad constitucional a los trastornos de ansiedad.

- Los componentes, las características y la frecuencia de los tratamientos dentales pueden influir en los niveles de ansiedad. Por lo general, los pacientes con ansiedad a los tratamientos dentales relacionan el acudir a la

consulta con experiencias de gran sufrimiento; sin embargo, determinados procedimientos dentales han de generar más ansiedad que otros. De modo que, aunque los pacientes se diferencian en los valores de sus registros de ansiedad, ambos relatan miedo/ansiedad frente a las mismas situaciones. (87)

Gale (87) en 1972, presentó un estudio “de donde recogió una jerarquía de miedos a los tratamientos odontológicos aplicables a un amplio sector de la población, que coincidía con estudios previos. En este estudio indicó que la causa principal de ansiedad era el miedo al dolor. También, tuvieron un lugar destacado la actitud del odontólogo hacia el paciente y la actitud social “generalizada” hacia los tratamientos odontológicos y los odontólogos”. Otros factores del tratamiento dental implicados con la aparición de la ansiedad fueron los componentes de la anestesia oral como lo son la aguja y su inyección, así como también el uso de la turbina de alta o baja velocidad. (105)

Por otra parte, la exodoncia, que constituye para la persona una mutilación, es según algunas investigaciones, uno de los tratamientos que causa mayor ansiedad (80), aunque Mc Neil y Berryman (103,106) “en el año de 1989 enfatizaron que los miedos a la mutilación eran un componente significativo de la ansiedad únicamente en las mujeres”. Locker, Shapiro y Lidell (65) en 1997 “concluyeron que el miedo a la sangre y a las inyecciones realizaba una significativa contribución a la ansiedad en dichos procedimientos”. Aunque, desde la cuarta edición de los trastornos de ansiedad, según el DSMIV, la fobia a los procedimientos dentales se sitúa en la categoría de fobia específica en el tipo sangre, inyección, herida. (107) También, las características de cada uno de los diferentes tratamientos dentales pueden influir en el grado de

ansiedad. En este sentido, un porcentaje importante de pacientes piensa que un dolor dental no cura espontáneamente y que exige al menos una visita de urgencia y un tratamiento que, casi siempre, hace prever molestias ulteriores. (108) Además, el paciente es consciente de que un procedimiento quirúrgico no puede interrumpirlo, sea cual sea el grado de malestar que presente. (52) Por otra parte, la frecuencia con la que el paciente visita al odontólogo va a influir en el grado de ansiedad, así, Kent (109) pudo encontrar que “los pacientes que visitaban al odontólogo de manera frecuente presentaban menor resentimiento y mayor satisfacción que aquéllos pacientes que acudían a profesional sólo cuando tenían un problema”.

2.2.10. La ansiedad en la exodoncia del tercer molar inferior.

La ansiedad en el tratamiento dental se manifiesta de distinta forma en función del tipo de tratamiento dental que se le realizara al paciente. El grado de malestar psicológico que provoca un procedimiento odontológico es la unión de dos componentes: así tenemos la dificultad del procedimiento y otro es la percepción del paciente acerca de su naturaleza nociva. (110) Esta alteración en la manifestación de la ansiedad provocada por el tratamiento que se efectuará, es importante tenerlo presente al momento de evaluar su influencia sobre el postoperatorio y al momento de establecer el tratamiento para la ansiedad.

Hay varias investigaciones que se encargan de estudiar las alteraciones de ansiedad de los pacientes ante una experiencia quirúrgica. (110) Sin embargo, se han realizado pocos estudios que analicen los miedos y la ansiedad que se

producen en la cirugía oral y maxilofacial. (112) La exodoncia de terceros molares es quizás el procedimiento quirúrgico oral más frecuente, después de las exodoncias simples. (113) La exodoncia del tercer molar constituye en muchas ocasiones una exodoncia quirúrgica, razón por la cual podría ocasionar ansiedad en los pacientes.

Como pudimos observar en el apartado anterior, la etiología de la ansiedad dental es multifactorial, por la cual los factores que pueden afectar al miedo a la cirugía oral son múltiples. (114) Así, una experiencia previa podría modificar el nivel de ansiedad del paciente en función de su naturaleza, de modo que los pacientes sin experiencia en la cirugía oral presentan niveles mayores de ansiedad que los que han sido sometidos a una intervención quirúrgica oral. (114) Los estudios han demostrado que la familiaridad a los procedimientos odontológicos de manera rutinario o frecuente, llevaran a una disminución de la ansiedad (27), siempre y cuando que no se produzca una experiencia traumática. Por otro lado, la exodoncia de los terceros molares inferiores lleva con el, un conjunto de procedimientos que, con frecuencia, son mencionado por los pacientes como los principales causantes de su ansiedad, tales como, el miedo a las agujas o a la inyección anestésica. (87) En este sentido, se pudo encontrar que los estímulos que provocan mayor ansiedad, son el ver y sentir la aguja (115); la exodoncia dentaria; el sonido del motor, ya que en ocasiones es preciso emplear la pieza de mano para realizar ostectomía u odontosección y, en general, el miedo al dolor o a complicaciones en el postoperatorio. (84,87) También se ha señalado que la ansiedad rasgo del paciente puede ser un factor influyente en la ansiedad dental en la exodoncia. (116) La ansiedad en

las exodoncias de terceros molares inferiores se puede presentar en diferentes momentos. Puede aparecer preoperatoriamente (117), atendiendo a factores etiológicos como los que acabamos de desarrollar, o bien, puede manifestarse postoperatoriamente (118), como consecuencia de las complicaciones que produce dicha exodoncia. Ambas presentaciones de la ansiedad pueden estar interrelacionadas (119), esto es, si el paciente presenta una alta ansiedad preoperatoria, el tiempo de duración de la intervención se verá aumentado, con lo que de acuerdo con numerosos estudios la inflamación y el dolor postoperatorio aumentarán generando de este modo un incremento de la ansiedad postoperatoria. Pero, incluso, la ansiedad preoperatoria puede variar en función del momento en que se mida, así, la ansiedad en el momento de solicitar la cita para la exodoncia puede ser inferior a la del momento de la intervención (120).

Frecuentemente, el cirujano trata con pacientes fóbicos que evitan el cuidado dental y sólo aparecen cuando los lleva el dolor y la tumefacción. El paciente aprensivo contempla al cirujano de manera ambivalente, como un individuo temido, amenazador y que debe evitar a toda costa y, al mismo tiempo, como alguien que posee la capacidad y los recursos para aliviar su dolor. El cirujano percibe al individuo fóbico como alguien que puede alterar su práctica diaria. La función del cirujano bucal en el tratamiento del paciente fóbico plantea muchos retos. Según Trieger (121) “sería indicado remitir al paciente a una clínica especial para fobias, para su seguimiento, una vez tratados el dolor agudo, la tumefacción o la lesión traumática”. Tener en cuenta todo lo anterior es útil a la hora de enfocar el tratamiento de la ansiedad generada por la

exodoncia del tercer molar, de forma que muchos estudios nos demuestran que tanto la ansiedad pre como postoperatoria pueden disminuir a través de una adecuada información al paciente sobre las distintas fases de la intervención. (122)

2.2.11. Cuestionarios de Ansiedad.

Existen distintos instrumentos, ampliamente utilizados en el mundo, que buscan identificar la ansiedad dental en población adulta. Uno de éstos es el Corah Dental AnxietyScale (DAS), cuestionario de autorreporte creado por Norman Corah (123), que busca identificar el nivel de ansiedad del paciente cuando visitará al dentista próximamente, cuando está en la sala de espera, cuando toma los instrumentos para trabajar en sus dientes y después del procedimiento dental. Dichas preguntas tienen cinco alternativas de respuesta, obteniéndose rangos de puntaje totales que van de 4 a 20 puntos, que permiten categorizar al paciente desde las dimensiones "relajado" hasta "fobial". Una de las cualidades de este instrumento es que sus puntajes son altamente fidedignos, ya que como la ansiedad dental es socialmente aceptada, el tener miedo al dentista hace que poca gente tenga la necesidad de ser condescendiente cuando se le consulta al respecto. (124)

Otro instrumento utilizado en adultos es el MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) (125), la cual es muy similar al Corah, agregando además una pregunta referente a la inyección de la anestesia. También es un instrumento de autorreporte con cinco alternativas de respuesta que van desde la "no ansiedad" hasta "extremadamente ansioso". Los ítems son sumados para

obtener el puntaje total, y mientras más puntaje, mayor es la ansiedad dental del paciente. Dicho instrumento ha mostrado una adecuada confiabilidad y validez tanto en el Reino Unido como en otros países europeos. (126)

En niños, los tres instrumentos más ampliamente utilizados son: el Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS), el Venham Picture Test (VPT) y el Facial Image Scale (FIS). (127,128)

2.3. Terminología Básica.

Cirugía de terceros molares

-Definición conceptual: Es el procedimiento quirúrgico de los terceros molares o también llamados "molares del juicio" que son los últimos dientes en desarrollarse y aparecer en la boca.

-Definición operativa: Procedimiento en cirugía oral de los terceros molares superiores como inferiores determinadas por las clasificaciones según Pell Gregory o Winter para su respectivo Procedimiento.

Nivel de Ansiedad

-Definición conceptual: La ansiedad es una anticipación involuntaria de un daño o desgracia futuros, que se acompaña de un sentimiento desagradable.

-Definición operativa: grado por el cual se puede clasificar y medir la ansiedad según su gravedad y para ello contamos con dos clasificaciones es según Cawood y Howell que mide la ansiedad en clases, y según Lekholm y Zarb que mide la ansiedad en tipos

Género

-Definición conceptual: características que diferencia a un hombre de una mujer.

-Definición operativa: Condición orgánica de nacimiento, masculina o femenina del sujeto, con características fenotípicas propias en cada uno de los casos.

Frecuencia de tratamientos

-Definición conceptual: Número de veces en que una persona se ha acudido a una atención odontológica.

-Definición operativa: frecuencia con la que el paciente visita al odontólogo influirá en su grado de ansiedad dental, si este ha o no tenido experiencias de origen traumático el cual ocasionara el aumento de la ansiedad.

Exodoncia simple

-Definición conceptual: La exodoncia es aquella parte de la cirugía maxilofacial o bucal que se ocupa de extraer los dientes.

-Definición operativa: Uso de técnicas con el uso de instrumental adecuado, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga

Pieza retenida

-Definición conceptual: Se denomina dientes retenidos a aquellos que, una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

-Definición operativa: Cuando el molar no perfora el hueso dando como resultado una retención primaria cuando la erupción es detenida sin que haya una barrera física o posición anómala de la pieza dental, por otra parte puede presentarse una retención secundaria cuando existe una barrera que detiene al molar y existe también una mal posición del diente durante la erupción.

Pieza impactada

Definición conceptual: Es una pieza dental que se queda bloqueada a medio camino de su erupción. Puede que se encuentre por completo dentro de la encía o que una parte de ella ya haya roto el tejido gingival

-Definición operativa: Posición de las piezas dentarias dentro de los maxilares que se pueden clasificar según la clasificación de Pell y Gregory para terceros molares inferiores y la clasificación de Winter para piezas molares superiores.

2.4. Hipótesis

- Como es un estudio descriptivo simple, no requiere de una hipótesis.

2.5. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Nivel de Ansiedad (V. de estudio)	Fase inicial Fase final	Cualitativo	Escala de Ansiedad de Corah modificado	Ordinal	- Ansiedad nula - Ansiedad leve - Ansiedad moderada - Ansiedad elevada - Ansiedad severa
Cirugía de terceros molares (V. Intervinientes)	Complejidad del procedimiento	Cualitativo	Observación del operador	Nominal	- Piezas erupcionadas - Piezas retenidas
	Género	Cualitativo	Fenotipo sexual del paciente	Nominal	-Masculino -Femenino
	Arcada dentaria	Cualitativo	Observación del operador	Nominal	-Arcada superior -Arcada inferior
	Número de tratamientos quirúrgicos previos	Cualitativo	Historia Clínica	Ordinal	- Ningún tratamiento - Un tratamiento - Más de un tratamiento

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.

-Según la intervención del Investigador:

Es observacional. Por cuanto no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.

-Según la planificación de la toma de datos:

Es prospectivo. Por cuando la variable desenlace está presente desde del inicio del estudio hacia adelante.

-Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio:

Es transversal y de inferencia longitudinal. Las preguntas del cuestionario de la fase inicial y final de la intervención fueron distintas pero la inferencia para el análisis de resultados será de manera longitudinal (Sumando los puntos del test de Escala de ansiedad de Corah, antes y el después de la intervención como un nivel de ansiedad global).

-Según el número de muestras a estudiar.

Es descriptivo: estos estudios se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es, el análisis estadístico, es univariado porque solo describe; o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra.

3.2. La población y la muestra.

- **Población:** Estará conformada de una población finita de 264 pacientes adultos que acudan a la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener en el periodo 2016-II.

- **Muestra:** Para la selección de la muestra se determinó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia constituida por 100 pacientes, de lo cual se extrajo una pieza dentaria por paciente, las piezas dentarias se distribuyeron de acuerdo a la posición dentaria, en 50 piezas retenidas o impactadas y 50 piezas erupcionadas, pacientes que acudan para la extracción de terceras molares en las instalaciones de la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016-II.

Criterio de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener.
- Pacientes que necesitaban la extracción de un tercer molar superior o inferior.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes aparentemente sanos.

Criterio de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes sin la presencia de terceros molares.

- Pacientes que estuvieran con tratamiento farmacológico (antidepresivos, ansiolíticos).
- Pacientes con enfermedades sistémicas diagnosticadas.
- pacientes que se realizaron cirugías simples.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

- **Métodos y técnicas:** El procedimiento de la recolección de los datos se llevó a cabo por medio de una entrevista por paciente en las instalaciones de la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener; primero los 100 pacientes de la muestra, llenaron su consentimiento informado, y completaron una ficha de datos generales que consta en escribir su género, número de tratamientos quirúrgicos pasados y si estos fueron de su agrado o no. Luego, previo a la cirugía, se asignó a cada paciente un cuestionario con cinco preguntas en total, completado en dos fases. A cada paciente seleccionado se realizó una extracción dentaria por su respectivo operador de cirugía.

La fase inicial consistió en dos preguntas sobre su estado emocional antes de la intervención, avisando al paciente que sea sincero en su respuesta.

La fase final, después de la intervención, cada paciente completó las tres preguntas restantes del cuestionario para medir según la escala de puntos, su nivel de ansiedad.

Finalmente, para el análisis de resultados, aplicamos la suma de puntaje de las cinco preguntas del cuestionario y así según la escala de Corah modificado,

evaluamos el nivel de ansiedad total, para poder ser comparado según su posición dentaria, género, arcada dentaria y número de tratamiento quirúrgicos previos.

- **Instrumentos:** Se aplicó el cuestionario de Corah modificado, para la obtención de los datos y relacionarlos con las variables estudio, el cuestionario fue modificado por el autor de la tesis y aceptado mediante juicio de expertos (Cirujanos dentistas especialistas y un psicólogo), para ser aplicada en la investigación (Anexo N°2), con la finalidad que se adapte de mejor manera a las necesidades del presente estudio.

Las modificaciones principalmente fueron que se consideraron dos tiempos (antes y después) a diferencia del cuestionario de Corah original que presenta tres tiempos (antes, durante y después), dado que el tiempo (durante) el paciente se encuentra incapacitado por la cirugía para realizar el cuestionario.

- Escala de ansiedad de Corah^{99, 126}, elaborado por Norman Corah (1934-2001), psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. Utilizada extensamente en muchos países. Fue traducida al castellano por Pal-Hegedüs (1987). Un resultado de 15 puntos en adelante es indicativo de un sujeto con altos niveles de ansiedad dental, la cual está compuesta por 3 fases que miden el nivel de ansiedad provocada en el paciente en relación a situaciones del tratamiento odontológico (extracción de piezas dentarias).

Este cuestionario se usó en múltiples estudios como las citadas en las referencias como el estudio realizado por Medeiros L. et al (2013) Brasil. Cuyo título fue “evaluación del grado de ansiedad de los pacientes antes de cirugías orales menores” y así como en el estudio realizado por Hyczy L. et al (2012) Brasil, que

realizaron un estudio titulado “nivel de ansiedad en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos odontológicos”, ambos con el mismo propósito de poder estudiar el grado de ansiedad en sus pacientes.

3.4. Plan de procesamiento y análisis de datos.

Una vez tomado los datos se tabulará con el programa estadístico SPSS versión 22.0 para los resultados correspondientes. Y el tipo de estadística que se utilizará será una estadística descriptiva ya que esta tiene como objetivo resumir la información contenida en los datos de la forma más sencilla y presentable posible, obteniendo así los parámetros que distinguen las características de un conjunto de datos

De los datos obtenidos de la ficha de recolección, el plan de procesamiento se realizó ingresando los datos al programa estadístico SPSS versión 22.0 para Windows, se realizaron tablas de frecuencia, tablas de contingencia y gráficos de barras para determinar el nivel de ansiedad de los pacientes atendidos.

Para el análisis y la interpretación de los datos, la variable estudio Nivel de ansiedad se calificó en escala ordinal y se comparó con la variable estudio Cirugía de terceros molares, esta se dimensiona en cuatro subvariables

La variable Nivel de ansiedad se comparó con la subvariable complejidad del procedimiento, género y arcada dentaria mediante la prueba estadística de U Mann Whitney, considerando un nivel de significancia de $\alpha < 0.05$.

La variable Nivel de ansiedad se comparó con la subvariable número de tratamientos quirúrgicos previos mediante la prueba estadística de Kruskal Wallis, considerando un nivel de significancia de $\alpha < 0.05$.

3.5. Aspectos éticos.

Todos los procedimientos realizados fueron informados previamente a los pacientes, rigiéndonos bajo las normas y principios éticos de la Declaración de Helsinki, con el objetivo de que sean de su conocimiento el fin de esta investigación, posterior a esto los pacientes llenaron un consentimiento informado con el objetivo de que acepte los términos y proceder con el estudio.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.

TABLA N° 1

Nivel de ansiedad antes de las cirugías de terceras molares

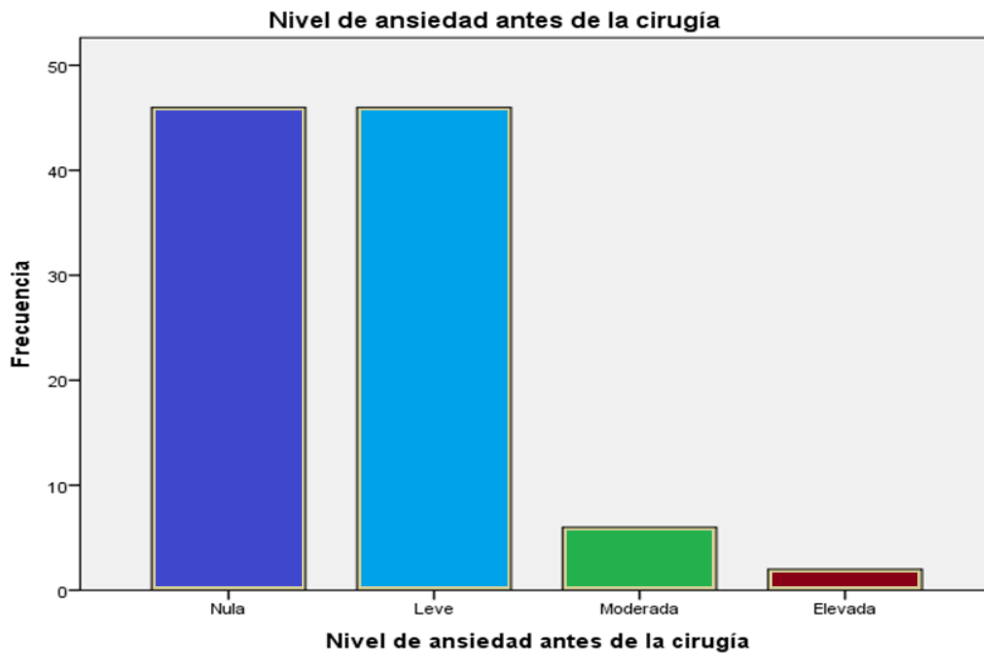
Nivel de ansiedad antes de la cirugía	N	%
NULA	46	46,0
LEVE	46	46,0
MODERADA	6	6,0
ELEVADA	2	2,0
SEVERA	0	0
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla N° 1, el 46,0% de los pacientes no presento ansiedad, del mismo modo el 46,0 % presentaron un nivel de ansiedad leve, el 6,0 % presento una ansiedad moderada, un 2,0 % obtuvo un nivel de ansiedad elevada, mientras que ningún paciente presentó un nivel ansiedad severa antes de la cirugía.

GRAFICO N° 1

Gráfico de barras del Nivel de ansiedad antes de las cirugías de terceras molares



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 2

Nivel de ansiedad después de las cirugías de terceras molares

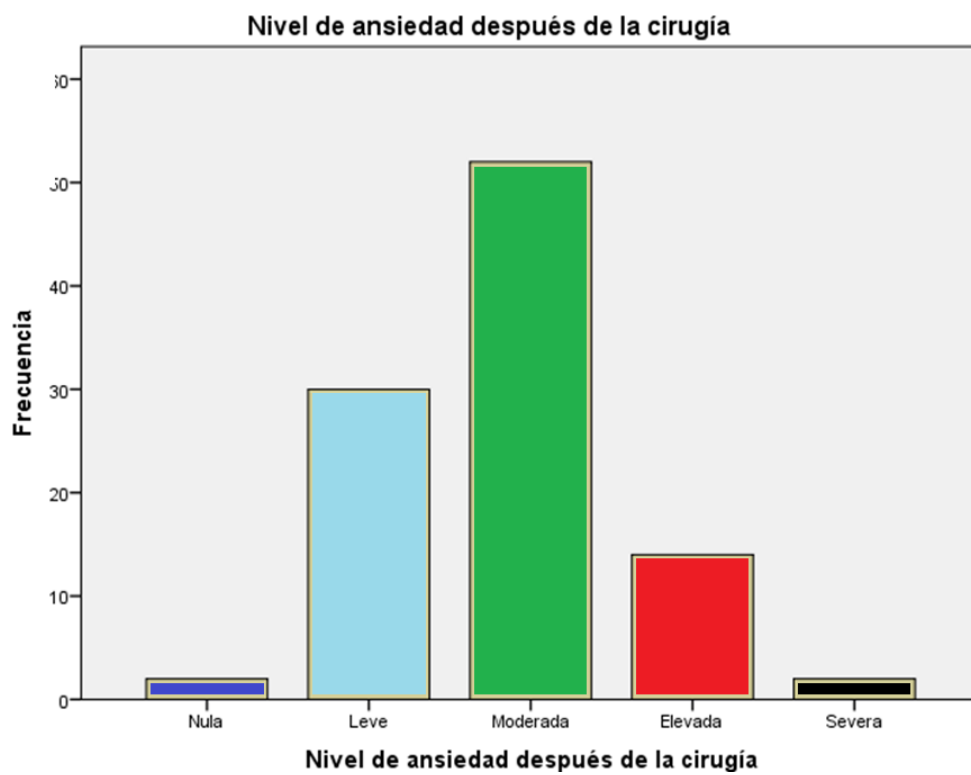
Nivel de ansiedad después de la cirugía	N	%
NULA	2	2,0
LEVE	30	30,0
MODERADA	52	52,0
ELEVADA	14	14,0
SEVERA	2	2,0
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla N°2, que un 2,0 % no refirió haber presentado ansiedad después de la cirugía; mientras que un 30,0 % presentó un nivel de ansiedad leve, un 52,0 % manifestó haber tenido una ansiedad moderada, un 14,0 % con un nivel de ansiedad elevada, pero solo un 2,0 % mostraron un nivel de ansiedad severa.

GRAFICO N° 2

Nivel de ansiedad después de las cirugías de terceras molares



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 3

Nivel de ansiedad total del cuestionario

(Resultante del antes y después de las cirugías de terceras molares)

Nivel de ansiedad	N	%
NULA	2	2,0
LEVE	52	52,0
MODERADA	42	42,0
ELEVADA	4	4,0
SEVERA	0	0
TOTAL	100	100 %

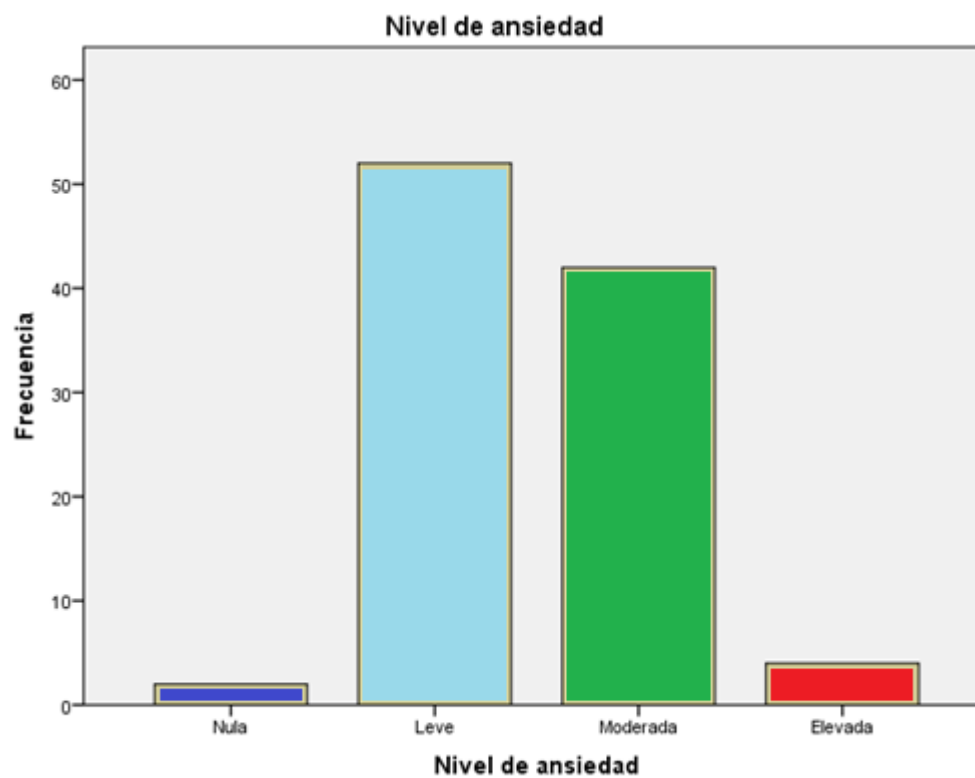
Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3 se sumó los puntajes de la fase inicial y fase final del cuestionario, de acuerdo a ello se aplicó la escala de Corah para determinar el nivel de ansiedad con el que se procedió a comparar los resultados con la variable de estudio. En esta tabla se observa que durante todo el proceso (antes y después de la cirugía) que el 52,0% de pacientes tuvieron un nivel de ansiedad leve y un 42,0% tuvieron un nivel de ansiedad moderado, siendo los más representativos.

GRAFICO N° 3

Nivel de ansiedad total del cuestionario

(Resultante del antes y después de las cirugías de terceras molares)



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 4

**Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos
atendidos según la complejidad del procedimiento**

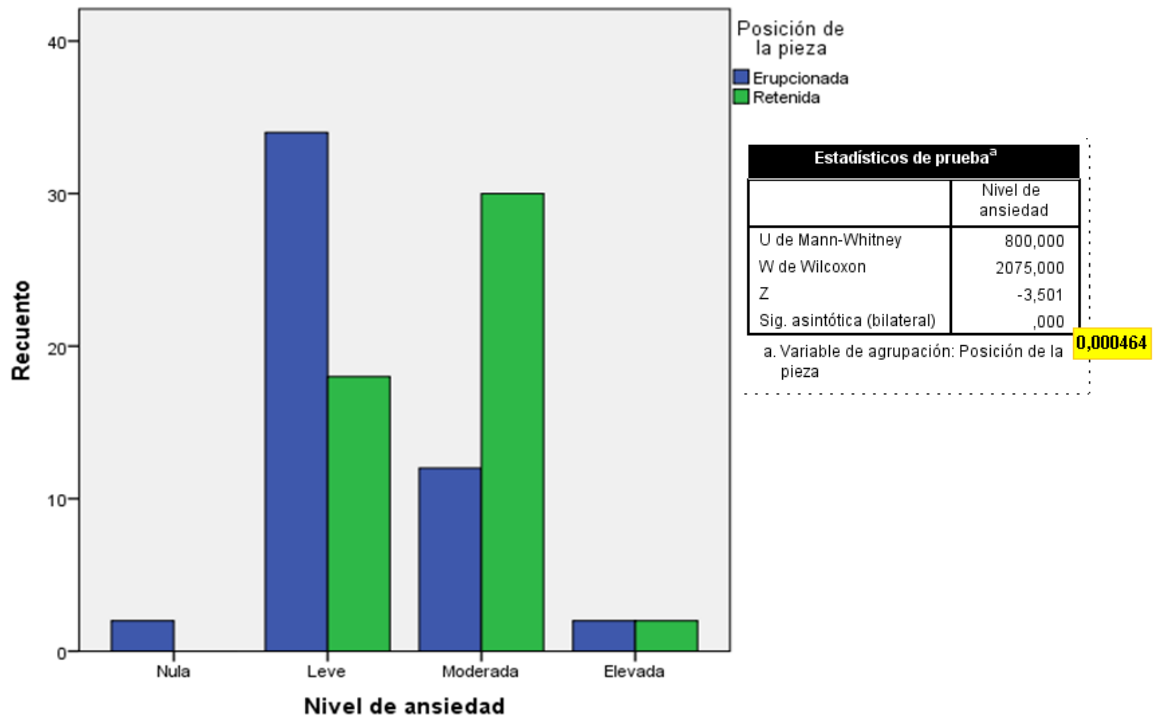
Nivel de ansiedad	Complejidad del procedimiento				Total	
	Erupcionadas		Retenidas			
	N	%	N	%	N	%
Nulo	2	4,0	0	0,0	2	2,0
Leve	34	68,0	18	36,0	52	52,0
Moderado	12	24,0	30	60,0	42	42,0
Elevado	2	4,0	2	4,0	4	4,0
Severo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	50	100,0%	50	100,0%	100	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en la tabla N°4 que el nivel de ansiedad leve fue la más prevalente con un 68,0% en el grupo de piezas dentarias erupcionadas, seguida por el nivel de ansiedad moderado con un 24,0%; por otra parte, en el grupo de las piezas dentarias retenidas el nivel de ansiedad moderada fue la más prevalente con un 60.0% seguida por el nivel de ansiedad leve con un 36,0%. Al comparar el nivel de ansiedad en ambos grupos, según el test de Mann Whitney se encontraron diferencias significativas ($p= 0,00$) entre el nivel de ansiedad en pacientes con dientes erupcionados y retenidos, sobre todo en el nivel de ansiedad leve y moderado. Se evidencia mayor ansiedad del paciente si las piezas a extraer son retenidas.

GRÁFICO N° 4

Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la complejidad del procedimiento



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 5

**Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos
atendidos según la arcada dentaria**

Nivel de ansiedad	Arcada dentaria				Total	
	Superior		Inferior			
	N	%	N	%	N	%
Nulo	0	0,0	2	3,2	2	2,0
Leve	18	47,4	34	54,8	52	52,0
Moderado	18	47,4	24	38,7	42	42,0
Elevado	2	5,3	2	3,2	4	4,0
Severo	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	38	100,0%	62	100,0%	100	100,0%

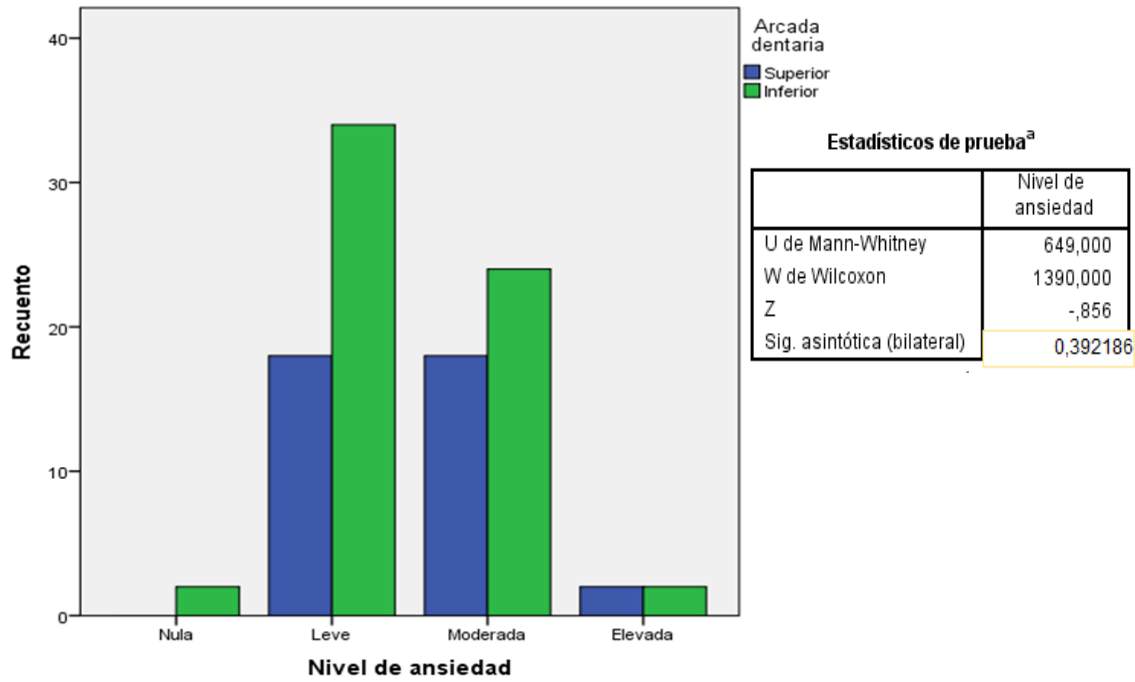
Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en la tabla N° 5, que de los pacientes que se sometieron a la exodoncia de terceras molares, 38 piezas fueron en la arcada superior en la cual predominó un nivel de ansiedad leve y moderado, ambos con un 47,4% respectivamente. Mientras que en la arcada inferior fueron un total de 62 piezas donde el nivel de ansiedad leve fue mayor con el 54.8%, seguido del nivel de ansiedad moderada con un 38.7%.

Al comparar el nivel de ansiedad en ambos grupos, no se encontraron diferencias significativas ($p= 0,39$) entre el nivel de ansiedad en pacientes tratados en la arcada superior e inferior, sobre todo en el nivel de ansiedad leve y moderado. Los niveles de ansiedad en los pacientes son similares tanto en la arcada superior como inferior.

GRAFICO N° 5

Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la arcada dentaria



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 6**Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos
atendidos según género**

Nivel de ansiedad	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Nulo	2	4,8	0	0,0	2	2,0
Leve	24	57,1	28	48,3	52	52,0
Moderado	14	33,3	28	48,3	42	42,0
Elevado	2	4,8	2	3,4	4	4,0
Severo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	42	100,0%	58	100,0%	100	100,0%

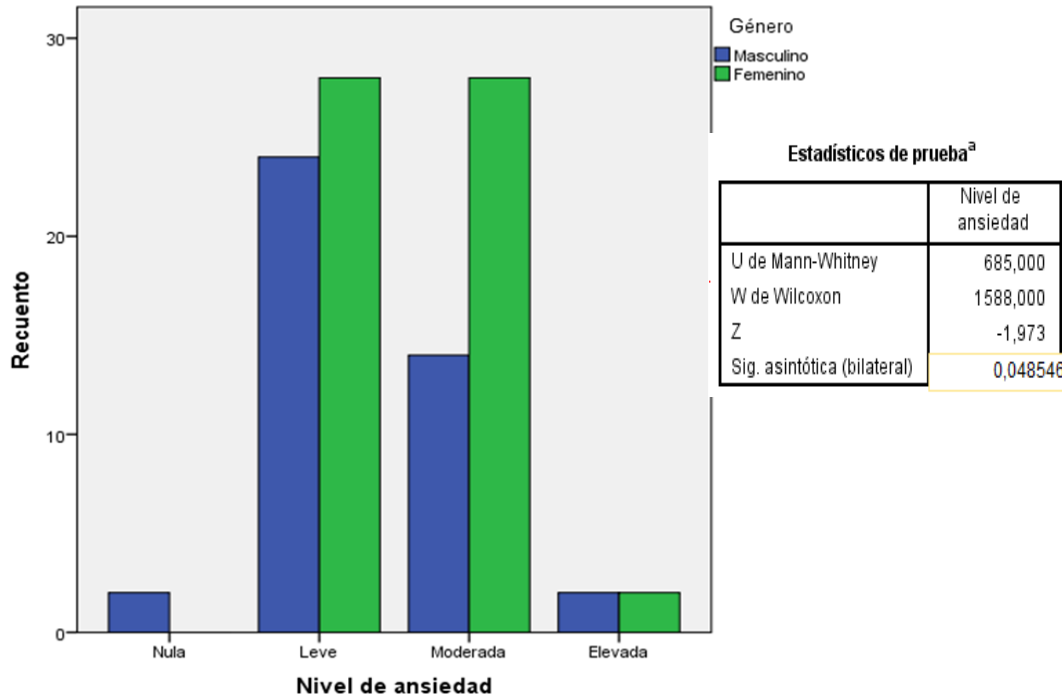
Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 6 se observa que de los 100 pacientes atendidos 42 fueron del sexo masculino y 58 del sexo femenino. El sexo masculino presentó una mayor prevalencia de ansiedad leve con un 57.1% seguida por el nivel de ansiedad moderada con un 33.3%, por otra parte, el sexo femenino presentó la mayor de prevalencia en el nivel de ansiedad leve y moderado ambos con un 48.3%.

Al comparar el nivel de ansiedad en ambos grupos, se encontraron diferencias significativas ($p= 0,048$) entre los pacientes del sexo masculino y sexo femenino, sobre todo en el nivel de ansiedad leve y moderado. Las pacientes de sexo femenino tuvieron ligeramente un nivel de ansiedad mayor que los pacientes de sexo masculino.

GRAFICO N° 6

Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes adultos atendidos según género



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 7

Nivel de ansiedad en la cirugía de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos

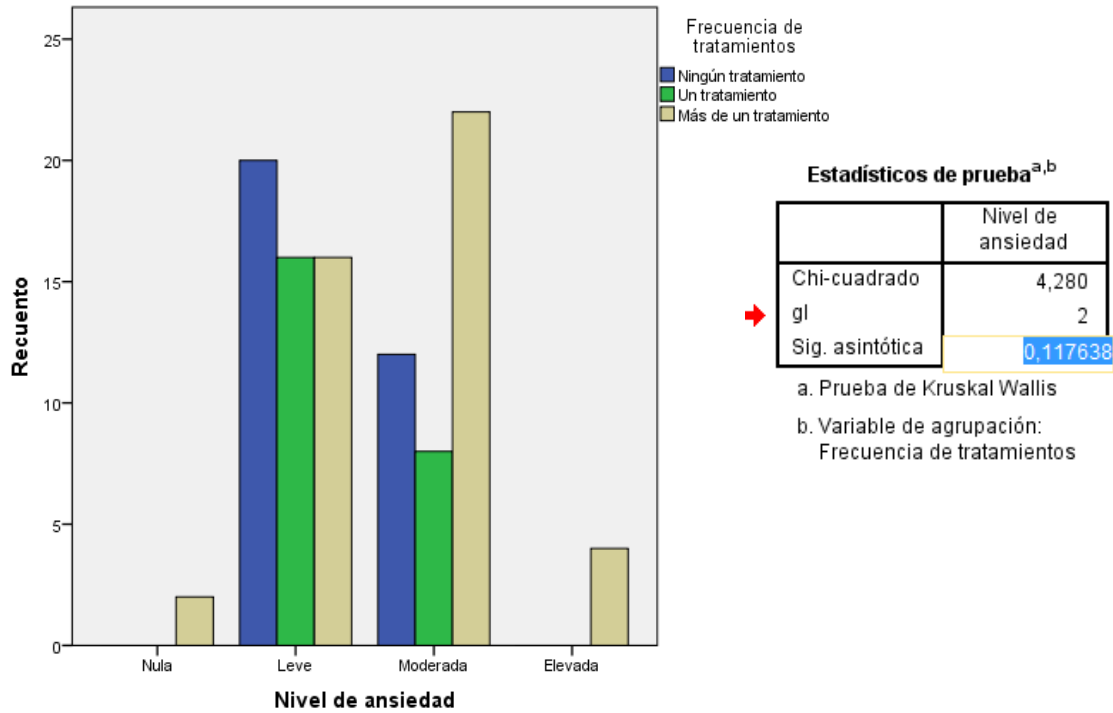
Nivel de ansiedad	Frecuencia de tratamientos quirúrgicos						Total	
	Ningún tratamiento		Un tratamiento		Más de un tratamiento			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nulo	0	0,0	0	0,0	2	4,5	2	2,0
Leve	20	62,5	16	66,7	16	36,4	52	52,0
Moderado	12	37,5	8	33,3	22	50,0	42	42,0
Elevado	0	0,0	0	0,0	4	9,1	4	4,0
Severo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	32	100,0%	24	100,0%	44	100,0%	100	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla N° 7 que aquellos pacientes que no tuvieron tratamientos de exodoncia previos, el nivel de ansiedad leve fue la más prevalente con un 62.5 % del total de casos, en aquellos que ya habían tenido un tratamiento de exodoncia, el nivel de ansiedad leve también fue la más prevalente con un 66.7%, sin embargo en aquellos que ya habían tenido más de un tratamiento el nivel de ansiedad moderado fue más predominante con un 50.0% del total, teniendo en relación directamente proporcional que a medida que aumenta los casos de extracciones previas aumenta el nivel de ansiedad del paciente. Al comparar el nivel de ansiedad en estos tres grupos, según el test de Kruskal Wallis no se encontraron diferencias significativas ($p= 0,11$) entre el nivel de ansiedad en pacientes que no recibieron tratamiento, un tratamiento y recibieron más de un tratamiento, los resultados más relevantes fueron en el nivel de ansiedad leve y moderado.

GRAFICO N° 7

Nivel de ansiedad en la cirugía de terceras molares en pacientes adultos atendidos según la frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos



Fuente: Elaboración propia

4.2. Discusión

En la práctica odontológica cotidiana, existen procedimientos odontológicos que ocasionan diversos grados de ansiedad en los pacientes. Entre ellos el más destacable es la extracción de terceros molares. La ansiedad es un factor importante en tener en cuenta previo y después de la intervención ya que ocurren cambios en la fisiología del paciente, como estados de inquietud, aumento en la presión arterial, temblores, dificultad en la respiración, tensión muscular, fatiga, etc⁹.

Estos cambios conductuales y fisiológicos, constituyen una experiencia desagradable, y además es propenso a afectar en el manejo odontológico pre y post quirúrgico del paciente, sobretodo en pacientes sistémicos dado el caso de hipertensos, diabéticos, pacientes psiquiátricos.

En el presente estudio comparamos los niveles de ansiedad con respecto a la complejidad del procedimiento, el género del paciente, la arcada del paciente y el número de tratamientos quirúrgicos previos a la intervención.

En la tabla N°1 se determinó el nivel de ansiedad preoperatorio de 100 pacientes, obteniendo que el 46% de los pacientes no presentaba ansiedad y otro 54% presentaron niveles de ansiedad (46% leve, 6% moderado y 2% elevada, difiriendo del estudio de Tarazona B. et al, que evaluaron en 125 pacientes, de los cuales el 38.4% de pacientes estuvieron ansiosos, y 61.6 % pacientes no tuvieron cuadro de ansiedad ⁴, estas diferencias puede ser debido que en el estudio de Tarazona B utilizaron cuatro escalas de medición y obtuvieron resultados distintos para cada escala, nosotros elegimos una escala de ansiedad dental por ser más cercana a

los objetivos del presente estudio, sin embargo, se evidencia que en ambos estudios el porcentaje de pacientes ansiosos supera el 30% del total.

En la tabla N° 2, de 100 pacientes evaluados en su post operatorio, el 98% de pacientes presentaron niveles de ansiedad, entre ellos predominaron el nivel de ansiedad leve (30%) y moderado (52%), no coincidiendo con los resultados de Torres L. et al, en su estudio evaluaron el nivel de ansiedad en el post operatorio de terceras molares inferiores en 88 pacientes, de los cuales el 45,4%, presentaron cuadros de ansiedad.⁵, inferimos que estas diferencias puede ser debido que en el estudio de Torres L, los pacientes fueron evaluados conjuntamente con farmacología post operatoria, pudiendo haber disminuido sus niveles de ansiedad, en cambio en el presente estudio, el cuestionario de la fase final fue llenado inmediatamente después de la cirugía, momento cuando el paciente emocionalmente se encuentra susceptible, y relaciona su post operatorio con su vida cotidiana.

En la tabla N° 3, sumamos los puntajes del cuestionario y de acuerdo a ello obtuvimos una nueva escala para determinar los diferentes niveles de ansiedad, obteniendo un nivel de ansiedad del 98% (Leve 52%, moderado 42%, elevada 4%), difiriendo de los resultados de los estudios de Tarazona B, y Torres L. Estas diferencias se pueden deber a que el estudio de Tarazona B y Torres L utilizaron 4 escalas de medición de ansiedad, dando resultados más precisos a diferencia de este estudio que se usó solo una escala de medición pudiendo dar resultados menos exactos ^{4,5}

En la tabla N°4, aplicando la prueba estadística de U Mann Whitney obtuvimos diferencias significativas entre los pacientes sometidos a cirugías de terceras molares erupcionadas y retenidas ($p=0,00$), evidenciando que los pacientes con

piezas dentarias retenidas presentan un nivel más alto de ansiedad, no coincidiendo con los resultados del estudio de Medeiros L, que determinaron el grado de ansiedad preoperatoria en 200 pacientes sometidos a cirugías orales según la escala de Corah, evaluando además la mediante frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial (PA). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos en relación con la ansiedad. Además la ansiedad influyó en el aumento de la frecuencia cardíaca en 75.5 (± 14.4) para cirugías simples y 83.4 (± 16.1) para cirugías complejas y aumento de la presión arterial sistólica con valores de presión sistólica de 125.5 (± 13.8) para cirugías simples y 122.2 (± 11.3) para cirugías complejas, dando como resultado que no hubieron diferencias significativas entre las cirugías simples y complejas⁶; estas diferencias pueden deberse a que la evaluación fue regido mediante el cuestionario de su estado emocional, considerando importante una evaluación de manera más objetiva mediante el uso de la frecuencia cardiaca y presión arterial; en el presente estudio, nuestro instrumento fue el cuestionario.

En la tabla N° 6, de 100 pacientes evaluados (42 varones y 58 mujeres), las mujeres obtuvieron también un mayor nivel de ansiedad (48,3%) que los hombres (33,3%), evidenciando diferencias significativas según la prueba de Mann Whitney ($p=0,04$), en este caso los resultados fueron coincidentes con el estudio de Cázares F, que determinaron el grado de ansiedad que se manifiesta ante la extracción quirúrgica de terceras molares impactadas, y además se compararon los resultados de acuerdo a género en 80 pacientes (28 varones y 52 mujeres). Las mujeres evidenciaron un mayor grado de ansiedad (56.3%) que los hombres (27.5%), siendo significativa para el género femenino⁴.

Siguiendo la misma premisa de la evaluación del nivel de ansiedad según la complejidad de tratamiento, existen diferencias significativas entre el nivel de ansiedad de los pacientes con piezas dentarias retenidas y erupcionadas, ($p=0,00$) evidenciando mayor nivel de ansiedad en pacientes con dientes retenidos, y que prevalece mayor nivel de ansiedad en pacientes del sexo femenino que en pacientes del sexo masculino, comparando los resultados con el estudio de Hyczy L. et al, ellos evaluaron la existencia de diferencias en el grado de ansiedad en 122 pacientes voluntarios sometidas a 60 pacientes para extracciones de molares retenidas y 62 erupcionadas, la ansiedad se determinó mediante la Escala de Ansiedad Dental (DAS) de Corah, y los datos se sometieron a la prueba de Mann Whitney, adoptando el nivel de significancia de 5%. Los resultados muestran que no hubo asociación entre el nivel de la ansiedad y el sexo, pero para evaluar el tipo de cirugía empleada se evidenció que los pacientes que se sometieron a extracciones convencionales indican mayor grado de ansiedad de los pacientes sometidos a cirugía de terceros molares incluidos, difiriendo con los resultados del presente estudio ⁷.

En este estudio el nivel de ansiedad general fue de un 52% para el nivel de ansiedad leve, así mismo el nivel de ansiedad moderada tuvo un resultado de 42%, seguida del nivel de ansiedad elevada con un 4%, un 2% no presento ansiedad, mientras que ningún sujeto del estudio presento niveles de ansiedad severa. Los pacientes ansiosos tienen una probabilidad más alta de concurrencia al tratamiento dental irregular y/o total evasión de atención dental, aun cuando los pacientes ansiosos asistan a visitas dentales frecuentes, es probable que eviten citas de seguimiento necesarias para completar el tratamiento dental requerido, La ansiedad dental evoca respuestas del tipo 'temor o lucha' y pueden llevar a

sentimientos de cansancio excesivo luego de una cita dental. Los impactos cognitivos de la ansiedad dental incluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, y una mayor automedicación, retrasando el tratamiento odontológico y evitando concluir un tratamiento integral.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La ansiedad es una emoción muy frecuente en los pacientes odontológicos que específicamente se realizan extracciones de terceros molares, prevaleciendo que después de la intervención quirúrgica el nivel de ansiedad fue mayor que antes de la intervención.
- Existe un mayor nivel de ansiedad leve durante el preoperatorio con un 46,0%.
- Existe un mayor nivel de ansiedad moderado durante el postoperatorio con 52,0%.
- Existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad de pacientes con piezas retenidas y erupcionadas, prevaleciendo un mayor nivel de ansiedad en pacientes con piezas retenidas.
- Existe un similar nivel de ansiedad en pacientes tratados tanto en la arcada superior como inferior.
- Existen diferencias en el nivel de ansiedad entre géneros, evidenciando mayor nivel de ansiedad en pacientes de sexo femenino.
- Existe un similar nivel de ansiedad tanto en pacientes que no recibieron tratamientos quirúrgicos previos, como en pacientes que recibieron un tratamiento y más de dos.

5.2. Recomendaciones

- Se requiere de un análisis cuantitativo en la variable dependiente, para ser más preciso en los resultados, así como también investigaciones clínicas con un mayor tamaño muestral y períodos de seguimiento más largos.
- Se recomienda para un análisis más objetivo adicional del cuestionario, el uso de instrumentos como el oxímetro de pulso y/o tensiómetro para inferir en el nivel de ansiedad y de esa forma obtener datos cuantitativos para los resultados.
- Se recomienda para estudios posteriores incluir farmacología ansiolítica para comparar los niveles de ansiedad en el paciente tanto en el pre operatorio como en el post operatorio, incluyendo la medicación como parte del protocolo del manejo del paciente en intervenciones quirúrgicas menores.
- Se recomienda para estudios posteriores evaluar el nivel de ansiedad de manera cuantitativa según el número de tratamientos quirúrgicos previos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Barrancos J. Barrancos P. Operatoria dental-integración clínica. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana. 2006
- 2- Palmero F. Fernández E. Emociones y salud, Barcelona: Ed Ariel S.A. 1999
- 3- Radi. J. Aspectos Claves Tercer Molar, Medellín: Ed fondo. 2013
- 4- Torres L. Nivel de ansiedad en pacientes adultos sometidos a cirugía dental en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener durante los meses mayo - julio 2016. Lima. Universidad Norbert Wiener. 2016
- 5- Cázares de L. Lozano L. Gutiérrez L. Salinas N. Grados de ansiedad en la extracción de un tercer molar impactado. Diferencias de género. Universitas Odontológica. 2016; 35(75):1-18
- 6- Heras M. Influencia del protocolo de información en la ansiedad estado en pacientes sometidos a la extracción de terceros molares inferiores incluidos. [Tesis doctoral]. Sevilla. Universidad de Sevilla. 2015.
- 7- Pineda R. Nivel de ansiedad en pacientes adultos que se encuentran en la sala de espera de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. [Para optar el grado de cirujano dentista]. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2015.
- 8- Tarazona B, Tarazona Á, Peñarrocha O, Rojo M, Peñarrocha D. Anxiety before extraction of impacted lower third molars. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015 Mar;20(2):e246-50.

- 9- Torres L, Recio L, Castillo D, Ruiz de León H, Hitalglesias, Serrera F, Segura E, Gutiérrez P. Influence of state anxiety and trait anxiety in postoperative in oral surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 Jul;19(4):e403-8.
- 10- Medeiros L, Ramiro F, Lima C, Souza L, Fortes T, Groppo F. Evaluación del grado de ansiedad de los pacientes antes de cirugías orales menores. *Rev Odontol UNESP*. 2013 Sept;42(5):357-363
- 11- Hyczy L, Kindl C, Luis P. A study of stress levels amongst patients undergoing third molar extraction by local and general anaesthesia. *Full Dent Sci*. 2012;3(12):400-407
- 12- Spielbergr C. Tensión y Ansiedad. México D.F. Multimedia Publications.1980.
- 13- Cázares F. Nivel de ansiedad que se manifiesta ante un tratamiento odontológico. [Tesis doctoral]. México: Universidad Autónoma de Nueva León; 2012
- 14- Miller A. Psychological considerations in dentistry. *JADA*. 1970;81:941-946.
- 15- Luban PB, Pöldinger W. El enfermo psicossomático y el médico práctico. Basilea: Ed Roche; 1975.
- 16- Rodriguez R, Cano VA. Relación entre adquisición y patrón de respuestas de ansiedad en la fobia dental. *Ansiedad y Estrés*. 1995;1:105-11.
- 17- Lang PJ, Lazovik AD. Experimental desensitization of a phobia. *J Abnorm Soc Psychol*. 1963;66:519-25.
- 18- Lang PJ. Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En: JM Shilen (Ed) *Research in psychotherapy*. Washington DC: American Psychologica Association; 1968.

- 19- Tobal JJ. La ansiedad. En: Tratado de psicología general. Motivación y Emoción. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alambra; 1990.
- 20- Carboles JA. Registros fisiológicos. En: Evaluación conductual: metodología y aplicaciones. Madrid: Pirámide; 1981.
- 21- Hugdall K. The three-system model of fear and emotion: a critical examination. Behav Res Ther 1981;19:75-85.
- 22- Barlow DH. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. Nueva York: Guildford Press; 1988.
- 23- Ganoug WF. Review of Medical Psychology. Los Altos, CA: Lange. 1985
- 24- Marks I. Fears and phobias. Nueva York: Academic Press. 1969.
- 25- Eli LL. Oral Psychophysiology. Stress, Pain and Behavior in Dental Care. Florida: CRC Press; 1992.
- 26- Firestein SK. Patient anxiety and dental care practice. JADA. 1976;93:1180-1187.
- 27- Messer JG. Stress in dental patients undergoing routine procedures. J Dent Res. 1977;56: 362-367.
- 28- Kruger GO. Cirugía Bucal-Máxilo Facial: 5ta Edición Ed Científico Técnica La Habana 1985.54 :57-62
- 29- Manual de Exodoncia [internet]. Valdeavellano P. <https://4tousac.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-exodoncia.pdf>

- 30- Effectiveness Matters. Prophylactic Removal of Impacted Third Molars: is it justified?. Centre for Reviews and Dissemination. The University of York. Vol 3, Issue 2, October 1998.
- 31- Pascualini D, Erniani F, Coscia D, Pomatto E, Mela F. Third molar extraction. Current trends. *Minerva Stomatol* 2002; 51:411-30.
- 32- Sheperd JP, Brickley M. Surgical removal of third molars. *BMJ* 1994; 309: 620-1.
- 33- Stephens RG, Kogon SL, Reid JA. The unerupted or impacted third molar-a critical appraisal of its pathologic potential. *Journal of the Canadian Dental Association* 1989; 55: 201-7.
- 34- Ahlqwist M, Grondahl HG. Prevalence of impacted teeth and associated pathology in middle-aged older Swedish women. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 116-9.
- 35- Glosser JW, Campbell JH. Pathologic change in soft tissues associated with radiologically `normal´ third molar impactions. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999; 37: 259-60.
- 36- Macho GA, Moggi-Cecchi J. Reduction of maxillary molars in *Homo sapiens sapiens*: a different perspective. *Am J Phys Anthropol* 1992; 87:151-9.
- 37- Leonard MS. Extracción de terceros molares: revisión para el odontólogo general. *Arch Odontoestomatol* 1992; 8: 164-71.
- 38- Worrall SF, Riden K, Haskell R, Corrigan AM. UK National Third Molar Project: the initial report. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998; 36: 14-8.

- 39- Daley TD. Third molar prophylactic extraction: a review and analysis of the literature. *Gen Dent* 1996; 44: 310-20.
- 40- Bruce RA, Frederickson, Small GS. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *J Am Dent Assoc* 1980; 101: 240-5.
- 41- Leone SA, Edenfield MJ, Cohen ME. Correlation of acute pericoronitis and the position of the mandibular third molar. *Oral Surg* 1986; 62: 245-50.
- 42- Brickley M, Sheperd J, Mancini G. Comparison of clinical treatment decisions with US National Institutes of Health consensus indications for lower third molar removal. *Br Dent J* 1993; 175:102-5.
- 43- Preston E. Third molar management: a case against routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 831-6.
- 44- Song F, Landes DP, Glennly AM, Sheldon TA. Prophylactic removal of impacted third molars: an assesment of published reviews. *Br Dent J* 1997; 182: 339-46.
- 45- Lindquist B, Thilander B. Extraction of third molars in cases of anticipated crowding of the lower jaw. *Am J Orthod* 1982; 81:131-9.
- 46- Bishara SE. Third molars: a dilema! Or is it? *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999; 115: 628-33.
- 47- Richardson ME. Orthodontic implications of lower third molar development. *Dent Update* 1996; 23: 249-54..
- 48- Romero MM, Gutierrez JL. *El Tercer Molar Incluido*. Madrid: Intigraf; 2001.
- 49- Gay C, Berini L. *Cirugía Bucal*. 1^oed. Madrid: Ediciones Ergon S.A.;1999 .

- 50- Cohen SM, Fiske J, Newton T. The impact of dental anxiety on daily living. Br Dent J. 2000;189:385-390.
- 51- Pinkham JR, Schroeder CS. Dentist and psychologist: practical considerations for a team approach to the the intensely anxious dental patient. JADA. 1975;90:1022-1026.
- 52- Wepman BJ. Psychological components of pain preception. Dent Clin North Am. 1978;22:101-103.
- 53- Donado M. Cirugía bucal. Patología y técnica 3era edición. Editorial Elsevier España. Año 2005; Capitulo 20: pag. 385.
- 54- Raspall G. Cirugía oral e implantología. Editorial médica panamericana. Año 2006; Capítulo 5: pág. 95-124
- 55- Gay E, Cosme. Tratado de cirugía bucal tomo 1. Editorial Ergon. Año 2004; capítulo 12: pág. 356 – 385
- 56- Navarro V. Cirugía oral. Editorial Arán. Año 2008; Cap 1: pág. 23
- 57- Filewich RJ, Jackson E, Shore H. Effects of dental fear on efficiency of routine dental procedures. J Dent Res. 1981;60:533.
- 58- Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31:144-151.
- 59- Howard JH, Cunningham DA, Rechnitzer P, Goode RC. Stress in the job and career of a dentist. J Am DentAssoc. 1976;93: 630-636.
- 60- Fernández C, Martín MD, Miguel F. Miedo, Ansiedad y Fobia Dental: Definiciones, Prevalencia y Antecedentes. Ansiedad y Estrés. 1995;1:93-104.

- 61- Scott DS, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. *J Am Dent Assoc.* 1982;104:27-31
- 62- Rubin JG, Slovin M, Krochak M. The psychodynamics of dental anxiety and dental phobia. *Dent Clin North Am.* 1988;32:647-656.
- 63- Freidson E, FeldmanJJ. The public looks at dental care. *JADA.* 1958;57:325-335.
- 64- Molin C, Seeman K. Disproportionate dental anxiety. Clinical and nosological considerations. *ActaOdontol Scand.* 1970;28:197-212.
- 65- Locker D, Shapiro D, Liddel A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996;24: 346-350.
- 66- Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety- an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabilitation.* 2006;33:588-593.
- 67- Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweeden. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992;20:97-101.
- 68- Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety among 18-yr-old in Norway. Prevalence and related factors. *Eur J Oral Sci.* 1998;106:835-843.
- 69- Ragnarsson E. Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *ActaOdontol Scand.* 1998;56:100-104.
- 70- Domoto PE, Weinstein P, Melnick S, Ohmura M, Hori M, Okazaki Y, et al. Results of a dental fear survey in Japan: Implications for dental public health in Asia. *CommunityDentistry and Oral Epidemiolgy.* 1988;16:199-201.

- 71- Barberia B, Martín D, Tobal M, Fernández Frías C. Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental. Bol AsocOdontol Argent P Niños. 1997;24:3-10.
- 72- Rodríguez G, Martínez MA, Caballero J. Reacciones de los pacientes a la experiencia odontológica. Boletín informativo de la V Región.1989;3:47-53.
- 73- Johnsen B, Thayer J, Laberg J, Wormnes B, Raadal M, Skaret E, et al. Attentional and physiological characteristics of patients with dental anxiety. J Anxiety Disorders. 2003; 17: 75-87.
- 74- Rachman S. The conditioning theory of fear –acquisition: A critical examination. Behav Res Ther. 1977.15,375-87.
- 75- Weiner A, Sheehan DV. Etiology of dental anxiety: Psychological trauma or CNS chemical imbalance?. Gen Dent. 1990;38:39-43.
- 76- Milgrom P, Weinstein P, Kleinecht R, Getz T. Treating fearful dental patients: a clinical handbook. Va: Reston; 1985.
- 77- Berggren U, Carlsson SG, Hakeberg M, Hagglin C, Samsonowitz V. Assessment of patients with phobic dental anxiety. Acta OdontolScand. 1997; 55:217-222.
- 78- De Jongh A, Van der Burg J, Van Overmeir M, Aartman I, Van Zuuren FJ. Trauma-related sequelae in individuals with a high level of dental anxiety. Does this interfere with treatment outcome?.Behav Res Ther. 2002;40:1017-1029.
- 79- Jackson E. Managing dental fears. A tentative code of practice. J Oral Med 1974; 29: 96-101.

- 80- Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. JADA. 1984;109:247-251.
- 81- Öst L, Hugdahl K. Acquisition of blood and dental phobia and anxiety in clinical patients. Behav Res Ther. 1985;23:27-34.
- 82- Kleinknecht RA, Keplac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. JADA. 1973;36:842-848.
- 83- DiMatteo MR, Prince LM, Taranta A. Patient's perceptions of physicians' behaviour: Determinants of patient commitment to the therapeutic relationship. J Community Health. 1980;6:18-34.
- 84- Johansson P, Berggren U, Hakeberg M, Hirsch JM. Measures of dental beliefs and attitudes: their relationships with measures of fear. Community Dent Health. 1993;10:31-39.
- 85- Rankin JA, Harris MB. Dental anxiety: the patient's point of view. JADA. 1984; 109:43-47.
- 86- Rouse RA, Hamilton MA. Dentist's technical competence, communication, and personality as predictors of dental patient anxiety. J Behav Med. 1990;13: 307-319.
- 87- Gale EN. Fears of dental situation. J Dent Res. 1972;51:964-966.
- 88- Scott DS, Hirschman R, Schroder K. Historical antecedents of dental anxiety. JADA. 1984;108:42-45.
- 89- Bailey PM, Talbot A, Taylor PP. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. ASDC J Dent Child. 1973;40: 277-284.

- 90- Venham L, Murray P, Gaulin-Kremer E. Child-rearing variables affecting the preschool child's response to dental stress. *J Dent Res*, 1979;58:2042-2045.
- 91- Cohen LA, Snyder TL, La Belle AD. Correlates of dental anxiety in a university population. *J Public Health Dentistry*. 1982;42:228-235.
- 92- Klorman R, Michael R, Hilpert PL, Sveen OB. A further assessment of predictors of the child's behavior in dental treatment. *J Dent Res*. 1979;58:2338-2343.
- 93- Frazer M, Hampson S. Some personality factors related to dental anxiety and fear of pain. *Br Dent J*. 1988;165:436-439.
- 94- Economu GC. Dental Anxiety and Personality: Investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. *J Dent Educ*. 2003; 67:970-980.
- 95- Ilgüy D, Ilgüy M, Dincer S, Bayirli G. Reliability and validity of the modified dental anxiety scale in Turkish patients. *J Int Med Res*. 2005;33:252-259.
- 96- Liddell A, Locker D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25:314-318.
- 97- Liddell A, Gosse V. Characteristics of early unpleasant dental experiences. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1998;29:227-237.
- 98- Adams S, Kubeli J, Boyle PA, Fivush R. Gender differences in parent-child conversations about past emotions: a longitudinal investigation. *Sex Roles*. 1995;33:309-323.
- 99- Douglas H, Reisine ST, Lipes MH. Characteristics and satisfaction of the patients male versus female dentists. *JADA*. 1985;110:926-929.

- 100- Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hälström T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: A longitudinal Study between 1968 and 1996. *J Dent Res.* 1999;78:1655-1661.
- 101- Agras S, Silvestre D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobia. *Compr Psychiatry.* 1969;10:151-156.
- 102- Locker D, Thomson WM, Poulton R. Onset of and patterns of change in dental anxiety in adolescence and early adulthood: a birth cohort study. *Community Dent Health.* 2001;18:99-104.
- 103- Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc.* 1988;116 641-647.
- 104- Marks I, Gelder D. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiat.* 1966;123:218-221.
- 105- Kleinknecht RA, Mc Glynn FD, Thorndike RM, Harkavy J. Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *JADA.* 1984;108:59-61.
- 106- Mc Neil D, Berryman M. Components of dental fear in adults. *Behav Res Ther.* 1989;27:233-236.
- 107- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4^a ed. Washington DC: APA; 1994.
- 108- Calatayud J. Estudio de la ansiedad y el miedo en el paciente estomatológico. [Tesis Doctoral]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid.1988.
- 109- Kent G. Satisfaction with dental care. *Med Care.* 1984;22:583-585.

- 110- Moore PA, Ramsay DS, Finder RL, Laverick W. Pharmacologic modalities in the management and treatment of dental anxiety. *Dent Clin North Am.* 1988; 32:803-816.
- 111- Vallerand WP, Vallerand AH, Heft M. The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;52:1165-1170.
- 112- Earl P. Patient's anxieties with third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1994; 32:293-297.
- 113- Ogden GR, Bissias E, Ruta DA, Ogston S. Quality of life following third molar removal: a patient versus professional perspective. *Br Dent J.* 1998;185:407-410.
- 114- Kaakko T, Murtomaa H. Factors predictive of anxiety before oral surgery: Efficacy of various subject screening measures. *AnesthProg.* 1999;46:3-9.
- 115- Peretz B, Efrat J. Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *Int J Pediatr Dent.* 2000;10:126-132.
- 116- Ng SKS, Chau AWL, Leung WK. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; 32:227-235.
- 117- Garip H, Abali O, Göker K, Göktürk Ü, Garip Y. Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004;42:551-554.
- 118- Vallerand WP, Vallerand AH, Heft M. The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;52:1165-1170.

- 119- Ng SKS, Chau AWL, Leung WK. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32:227-235.
- 120- Earl P. Patient's anxieties with third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1994;32:293-297.
- 121- Trieger N. An oral surgeon's approach to the fearful patient. Intravenous sedation and general anesthesia. *Dent Clin North Am.* 1988;32:817-822.
- 122- Ng SKS, Chau AWL, Leung WK. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 227-35.
- 123- Corah NL. Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental Research.* 1969;48:596.
- 124- Ríos EM, Herrera RA, Rojas AG. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontoestomatol.* 2014;30(1).39-46.
- 125- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health.* 1995; 12(3):143-50.
- 126- Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J.* 2000;50(6):367-70.
- 127- Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child* 1982;49(6):432-6.

128- Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 2002;12(1):47-52.

ANEXOS

ANEXO 1

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por (María del Pilar Jorge Guerra) Bachiller en Odontología de la Universidad Norbert Wiener.

El objetivo de este estudio es “Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la universidad Norbert Wiener Lima 2016-II.”

La investigación consistirá en (brindarles un cuestionario para su relleno respecto según su perspectiva para medir su nivel de ansiedad antes, durante y después de la cirugía de tercer molar que le ejecutaran). La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus informaciones recolectadas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá cualquier valor en dinero por haber participado del estudio, siendo comunicado al finalizar los resultados obtenidos.

Desde ya le agradecemos su participación.

Mediante el presente documento yo..... Identificado (a) con DNI....., acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el bachiller He sido informado (a) sobre el objetivo y procedimientos que serán realizados durante el desarrollo del estudio

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firmo en señal de conformidad:

Padre o apoderado

DNI:

Fecha:

Investigador:

Teléfono celular:

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones que se refiere a situaciones que se presentan en la sala de espera del consultorio dental, **MARCA CON UNA CÍRCULO EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA.**

Emplee unos minutos en realizar este sencillo test

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH MODIFICADO.

Género:

Frecuencia de tratamientos:

Pieza dentaria:

Posición de la tercera molar:

FASE INICIAL

A1. ¿COMO SE SIENTE USTED EN ESTE MOMENTO, SABIENDO QUE MAS TARDE TIENE UNA CIRUGÍA?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso

A2. (Haciendo referencia, en experiencias pasadas). ¿CUANDO USTED ESTA EN LA SALA DE ESPERA DEL DENTISTA, PARA SER ATENDIDO, ¿COMO SE SIENTE?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso

FASE FINAL

B1. EL DÍA DE LA CIRUGÍA CUANDO USTED ESTABA EN EL SILLÓN DEL ODONTOLOGO, ESPERANDO LA COLOCACIÓN DE LA ANESTESIA, ¿COMO SE SENTIÓ?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso

B2. EL DÍA DE LA CIRUGÍA CUANDO USTED ESTABA BAJO EL EFECTO DE LA ANESTESIA Y EL ODONTOLOGO ESTABA SELECCIONANDO LOS INSTRUMENTO PARA COMENZAR LA CIRUGÍA, ¿COMO SE SENTÍA?

- a. Relajado, nada ansioso
- b. Ligeramente ansioso
- c. Bastante ansioso
- d. Muy ansioso e intranquilo
- e. Extremadamente ansioso

B3. ¿QUE RECUERDA USTED DEL DIA DE LA CIRUGIA?

- a. Absolutamente nada
- b. Casi nada
- c. Algún suceso en especial
- d. La mayor parte del proceso
- e. Todo.

Una vez finalizado el cuestionario cuantifique la puntuación obtenida.

Respuesta a = 1 punto

Respuesta b = 2 puntos

Respuesta c = 3 puntos

Respuesta d = 4 puntos

Respuesta e = 5 puntos

Valoración del grado de ansiedad antes de la cirugía:

- 2 puntos: Su ansiedad es nula en su visita al dentista
- 3 – 4 puntos. Su ansiedad es leve en su visita al dentista.
- 5 – 6 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- 7 – 8 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- 9 - 10 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.

Valoración del grado de ansiedad después de la cirugía:

- 3 puntos: Su ansiedad es nula en su visita al dentista
- 4 – 6 puntos. Su ansiedad es leve en su visita al dentista.
- 7 – 9 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- 10 – 12 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- 13 – 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.

Valoración del grado de ansiedad total:

- De 0 a 5 puntos: Su ansiedad es nula en su visita al dentista
- Entre 6 - 10 puntos. Su ansiedad es leve en su visita al dentista.
- Entre 11- 15 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- Entre 16 - 20 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- Entre 21 - 25 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista

ANEXO 3



Estimado validador:

Me es grato dirigirme a usted, a fin de solicitar su inapreciable colaboración como experto, para la elaboración y validación de la ficha de recolección de datos, el cual será aplicado en el estudio de "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016-II"; por cuanto, considero que sus observaciones y subsecuentes aportes serán de utilidad.

Esto con el objeto de aplicarlo al presente estudio el cual medirá el nivel de ansiedad en aquellos pacientes a los cuales se les realizara las exodoncias de terceros molares. Que forman parte de la muestra del proyecto de tesis cuyo nombre lleva: NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016-II". Para ser desarrollado y sustentado y de esta manera obtener el grado de Cirujano Dentista.

Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a la metodología, redacción, congruencia u otro aspecto que considere relevante para mejorar el mismo.

Gracias por su aporte

JORGE GUERRA, MARIA DEL PILAR

DNI: 70145028

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1.- DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

Allan Sacramento Cien

1.2 Cargo y/o institución donde labora:

Docente

1.3 Autor del instrumento: María del Pilar Jorge Guerra

1.4 Título de la investigación: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II."

	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado		X		
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas			X	
ACTUALIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología			X	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			X	
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad				X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de evaluación cognitivas			X	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnostico				X
PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación				X

2. OPINIÓN Y/O RESULTADO:

- Utilizar LETRAS en MINÚSCULAS. Colocar TÍTULOS.
- Cambiar o Eliminar "El Dto de la Lengua"
- Cambiar los parámetros B3 a "Cuanto del Proceso de la Lengua va. recordando en este momento".
- Cambiar alternativas de B3 ① Absolutamente / nada ② Casi nada / Ningún Suro en Especial ④ Nada parte ⑤ Todo..

VALIDADOR



Constancia de validación

Yo, Alfonso Sacramento Coban Titular con DNI
N° 40254542 de profesión, Cirujano Dentista ejerciendo actualmente
como: Docente.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (CUESTIONARIO PARA EVALUAR "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.") A efectos de su aplicación en el estudio de: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.". Presentado por la alumna María del Pilar Jorge Guerra, portador con el DNI: 70145028

Hago constar que he validado el instrumento presentado por el mismo, por tanto autorizo su aplicación.


22620
Firma y sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1.- DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

1.2 Cargo y/o institución donde labora:

1.3 Autor del instrumento: María del Pilar Jorge Guerra

1.4 Título de la investigación: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II."

	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				✓
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas				✓
ACTUALIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X
SUFICIECIA	Comprende los aspectos de calidad				✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de evaluación cognitivas				✓
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnostico				✓
PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación			✓	

2. OPINIÓN Y/O RESULTADO:

muy interesante.

[Firma]
 Dr. Walter ...
 C.O.P. 3632
 Clínica Buena ...
Firma y sello
 ...

VALIDADOR



Constancia de validación

Yo, Walter Ambrósio C. Titular con DNI
N° 07871244... de profesión, Cirujano Dentista, ejerciendo actualmente
como: Asistente II en el servicio de Odontología
del H. N. Guillermo Almonacid

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (CUESTIONARIO PARA EVALUAR "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.") A efectos de su aplicación en el estudio de: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.". Presentado por la alumna María del Pilar Jorge Guerra, portador con el DNI: 70145028

Hago constar que he validado el instrumento presentado por el mismo, por tanto autorizo su aplicación.

De: Walter C. Ambrósio
Cognome: Ambrósio
Circulo: Odontología
Instituto: Odontología
Instituto: Odontología

Firma y sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1.- DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto: *Lector Manuel Urbano Katayama*

1.2 Cargo y/o institución donde labora: *Universidad Norbert Wiener, docente.*

1.3 Autor del instrumento: María del Pilar Jorge Guerra

1.4 Título de la investigación: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II."

	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado			X	
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas			X	
ACTUALIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología			X	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad			X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de evaluación cognitivas			X	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				X
PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación				X

2. OPINIÓN Y/O RESULTADO:

[Firma manuscrita]
Firma y sello
Man. M. Urbano K.
C.B.P. N° 0227

VALIDADOR



Constancia de validación

Yo, *Titular Manuel Arturo Rodríguez* Titular con DNI
N° *06646690* de profesión, Cirujano-Dentista, ejerciendo actualmente
como: *Docente en la Escuela de Psicología de la Universidad Norbert Wiener.*

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (CUESTIONARIO PARA EVALUAR "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.") A efectos de su aplicación en el estudio de: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.". Presentado por la alumna María del Pilar Jorge Guerra, portador con el DNI: 70145028

Hago constar que he validado el instrumento presentado por el mismo, por tanto autorizo su aplicación.

Firma y sello
C.B.P. N° 0227

VALIDADOR



Constancia de validación

Yo, Juan Jesus Quintanilla Bocay Titular con DNI
N° 4190074 de profesión, Cirujano Dentista, ejerciendo actualmente
como:

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (CUESTIONARIO PARA EVALUAR "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.") A efectos de su aplicación en el estudio de: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.". Presentado por la alumna María del Pilar Jorge Guerra, portador con el DNI: 70145028

Hago constar que he validado el instrumento presentado por el mismo, por tanto autorizo su aplicación.

Dr. Juan Jesus Quintanilla Bocay
Especialista en Pacientes Especiales
C.O.P. 22588

Firma y sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1.- DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

Quimbonillo Bocangel Juan

1.2 Cargo y/o institución donde labora:

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

1.3 Autor del instrumento: María del Pilar Jorge Guerra

1.4 Título de la investigación: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II."

	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado			X	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas			X	
ACTUALIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología			X	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad			X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de evaluación cognitivas			X	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico				X
PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación			X	

2. OPINIÓN Y/O RESULTADO:

Esta relacionado a los objetivos del trabajo de investigación

Dr. Juan Quimbonillo Bocangel
Estomatología de Pacientes Especiales
COP 77598

VALIDADOR



Constancia de validación

Yo, Jose L. Quejo Titular con DNI N° 07349858 de profesión, Cirujano Dentista, ejerciendo actualmente como:

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (CUESTIONARIO PARA EVALUAR "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.") A efectos de su aplicación en el estudio de: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.". Presentado por la alumna María del Pilar Jorge Guerra, portador con el DNI: 70145028

Hago constar que he validado el instrumento presentado por el mismo, por tanto autorizo su aplicación.


Firma y sello
Dr. Jose L. Quejo
CIRUJANO DENTISTA - COP 3873
JEFE DE SERVICIO ODONTOLOGIA
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENDRA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1.- DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto:

Cornejo Salazar José Luis

1.2 Cargo y/o institución donde labora:

Jefe Servicio

1.3 Autor del instrumento: María del Pilar Jorge Guerra

1.4 Título de la investigación: "NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II."

	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado			/	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas			/	
ACTUALIZACIÓN	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología			/	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			/	
SUFICIECIA	Comprende los aspectos de calidad		/		
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de evaluación cognitivas		/		
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico			/	
PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación			/	

2. OPINIÓN Y/O RESULTADO:

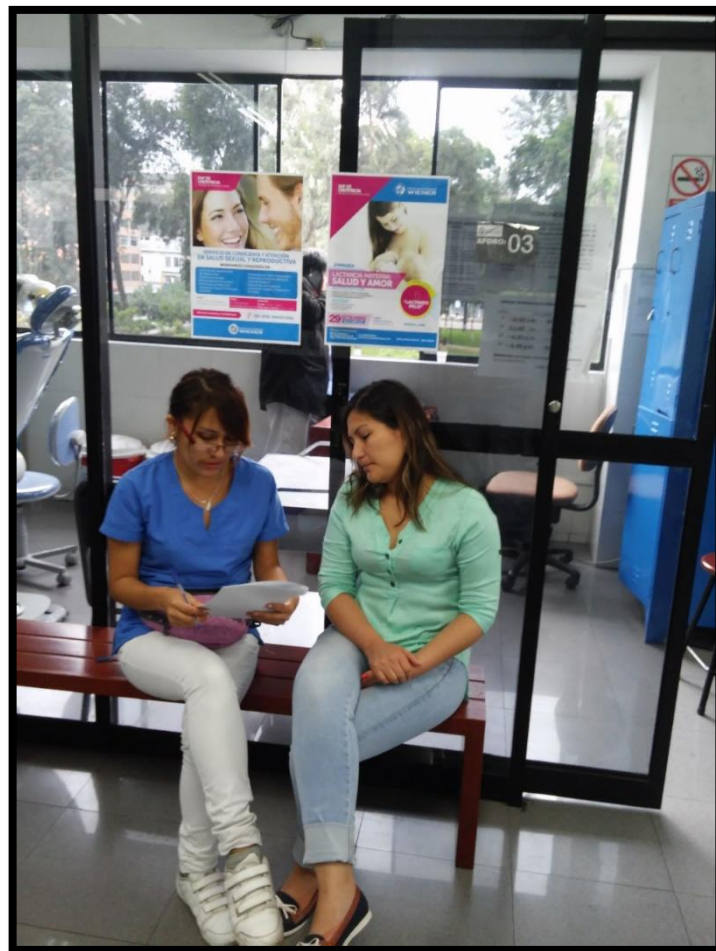
Favorable

Firma y sello

JCS
 Dr. José Luis Cornejo Salazar
 CIRUJANO DENTISTA COP 3673
 CIRUJANO MAXILOFACIAL RAN-457
 JEFE DE SERVICIO ODONTOLOGIA
 HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENDARA

ANEXO 4







MATRIZ DE CONSISTENCIA

NIVEL DE ANSIEDAD EN CIRUGIAS DE TERCERAS MOLARES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER.LIMA, 2016 II.

El problema	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Metodología	Resultados	Conclusiones
<p>¿Cuál será el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II?</p>	Objetivo General	<p>No requiere hipótesis</p>	<p>Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal de inferencia longitudinal</p>	<p>El nivel de ansiedad en pacientes antes de la cirugía mayor prevalencia en ansiedad nula y leve ambos 46%, el 6% ansiedad moderada.</p> <p>El nivel ansiedad en pacientes después de las cirugías con mayor prevalencia fue 30% ansiedad leve, 52% ansiedad moderada.</p> <p>El nivel de ansiedad total (sumados antes y después de las cirugías) presento con un total 98%, donde el 52% fue ansiedad leve, 42% ansiedad moderado y un 4% ansiedad elevado.</p> <p>Según complejidad de procedimiento se evidencio mayor ansiedad del paciente con piezas retenidas con una ansiedad moderada 60%, ansiedad leve 36%, frente piezas erupcionadas que presento ansiedad leve 68%, ansiedad moderada 24 %.</p> <p>Las pacientes de sexo femenino tuvieron ligeramente un nivel de ansiedad mayor prevaleciendo en ansiedad leve y moderado ambos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La ansiedad es una emoción muy frecuente en los pacientes odontológicos que específicamente se realizan extracciones de terceros molares, prevaleciendo que después de la intervención quirúrgica el nivel de ansiedad fue mayor que antes de la intervención. • Existe un mayor nivel de ansiedad leve durante el preoperatorio con un 46%. • Existe un mayor nivel de ansiedad moderado durante el postoperatorio con 52%. • Existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad de pacientes con piezas retenidas y erupcionadas, prevaleciendo un mayor nivel de ansiedad en pacientes con piezas retenidas. • Existe un similar nivel de ansiedad en pacientes tratados tanto en la arcada superior como inferior. • Existen diferencias en el nivel de ansiedad entre géneros, evidenciando mayor nivel de ansiedad en pacientes de sexo femenino. • Existe un similar nivel de ansiedad tanto en pacientes que no recibieron tratamientos quirúrgicos previos, como en pacientes que recibieron un tratamiento y más de dos.
	<p>Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.</p>		Variables		
	<p>Objetivos específicos</p> <p>1. Determinar el nivel de ansiedad antes de las cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.</p> <p>2. Determinar el nivel de ansiedad después de las cirugías de terceras molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.</p>		<p>Variable dependiente: Nivel de ansiedad</p> <p>Variable interviniente: Cirugía de terceros molares.</p>		
	Población y muestra		<p>- Población: Estará conformada de una población finita de 264 pacientes adultos que acudan a la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert</p>		

	<p>3. Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes según la complejidad del procedimiento en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.</p> <p>4. Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes según la arcada dentaria en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.</p> <p>5. Determinar el nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en pacientes atendidos según género en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II.</p> <p>6. Determinar el nivel de ansiedad en la cirugía de terceras molares en pacientes atendidos según la frecuencia de tratamientos quirúrgicos previos en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima/ 2016 II.</p>		<p>Wiener en el periodo 2016-II.</p> <p>- Muestra: Para la selección de la muestra se determinó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia constituida por 100 pacientes, de lo cual se extrajo una pieza dentaria por paciente, las piezas dentarias se distribuyeron de acuerdo a la posición dentaria, en 50 piezas retenidas o impactadas y 50 piezas erupcionadas, pacientes que acudan para la extracción de terceras molares en las instalaciones de la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016-II.</p>	<p>con un 48.3% frente al género masculino ansiedad leve con 57.1%, ansiedad moderada 33.3%.</p>	
--	---	--	--	--	--