



**EVALUACIÓN DEL ESTADO ANSIOSO BASAL PREVIO A UN
TRATAMIENTO DE CIRUGÍA Y REHABILITACIÓN ORAL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
DEL DESARROLLO, CONCEPCIÓN, 2018**

**POR: PAZ ORQUÍDEA ELENA CORREA SALAZAR, MACARENA BELÉN
CORTEZ DÍAZ, FLORENCIA ANDREA SALDAÑA BARRAZA**

**Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo
para optar al grado de Licenciado en Odontología.**

PROFESORES GUÍAS

**CIRUJANO DENTISTA. ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL.
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN. DOCENTE CARRERA ODONTOLOGÍA.**

DOCTORA MARIELA CONCHA NÚÑEZ.

**ENFERMERA, MAGÍSTER© EN EPIDEMIOLOGÍA. DOCENTE CARRERA
ODONTOLOGÍA CONCEPCIÓN. CONSTANZA NEIRA URRUTIA.**

Diciembre 2018

CONCEPCIÓN

Dedicado a todas las personas que formaron parte de este camino y que fueron un pilar para poder lograr cumplir nuestros sueños.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios por guiarnos en el camino recorrido y permitir descubrir nuestra verdadera vocación. Por darnos fortaleza para superar los obstáculos y perseverancia para conseguir triunfos.

A nuestras familias, quienes nos han apoyado en todo momento y siempre han estado presente en los momentos adversos que hemos vivido. Gracias por dedicarnos cariño, tiempo, paciencia y por entregarnos valores que nos permiten ser las personas que hoy somos.

Agradecer al cuerpo docente de la carrera de Odontología de la Universidad del Desarrollo, por entregarnos las herramientas para formarnos como personas y profesionales, y por siempre velar por el bienestar de los alumnos, más allá del ámbito académico.

A la Directora de la carrera de Odontología Francisca Lecannelier, por permitirnos llevar a cabo la investigación en la Clínica de la Universidad del Desarrollo.

A nuestras tutoras de tesis, Doctora Mariela Concha Núñez y la profesora Constanza Neira Urrutia, por la dedicación, paciencia y el tiempo destinado, por todos los conocimientos entregados, por enseñarnos a no rendirnos.

A la Clínica de la Universidad del Desarrollo Concepción por permitirnos llevar a cabo nuestra investigación.

Finalmente agradecer a nuestros amigos y pololos, que siempre entregaron su apoyo incondicional y estuvieron presentes en este camino, brindándonos compañía, cariño, felicidad y confianza.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO	9
HIPÓTESIS	15
OBJETIVOS	16
MATERIALES Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	32
ANEXOS	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1: Características generales de la población de estudio	20
TABLA 2: Comparación puntaje de nivel de estado ansioso basal entre cirugía y ROA.	22
TABLA 3: Tabla reactivos positivos y directos	24
TABLA 4: Tabla reactivos negativos e invertidos	25

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1: Distribución muestra por nivel de escolaridad en pacientes encuestados en Universidad del Desarrollo, año 2018	19
FIGURA 2: Edad promedio por tipo de tratamiento en pacientes encuestados en Universidad del Desarrollo, año 2018	21
FIGURA 3: Comparación género en tratamiento ROA en pacientes encuestados en Universidad del Desarrollo, año 2018	21
FIGURA 4: Comparación género en tratamiento Cirugía en pacientes encuestados en Universidad del Desarrollo, año 2018	22
FIGURA 5: Distribución del nivel de ansiedad según tratamiento en pacientes encuestados en Universidad del Desarrollo, año 2018	25

RESUMEN

Introducción: El estado ansioso basal corresponde a una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta generalizada. Objetivo: Comparar nivel de ansiedad en pacientes sometidos a Tratamiento Odontológico de Cirugía y Rehabilitación Oral durante el año 2018 en la Clínica Odontológica de la Universidad del Desarrollo, Concepción. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en pacientes ingresados a tratamiento de Cirugía y Rehabilitación Oral los meses Mayo y Junio del 2018 (n=70). Se aplicó una encuesta sociodemográfica, donde se utilizó como instrumento el cuestionario STAI-E. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial a través del programa excel y SPSS v.15. El análisis descriptivo fue en base a medidas de tendencia central y de variabilidad. Para el análisis inferencial se evaluó la asociación, con un nivel de significancia de $p < 0,0001$. Resultados: El mayor porcentaje de pacientes con niveles de ansiedad alto corresponden al tratamiento de Cirugía con un 54,4%, mientras que en el área de Rehabilitación Oral este porcentaje fue de un 14,3 %. En relación al puntaje de ansiedad, la media en cirugía fue 31,5, versus 43,5 en Rehabilitación Oral, obteniendo una diferencia de medias estadísticamente significativa (p-value 0,0001). Conclusión: Los pacientes sometidos a tratamiento de Cirugía Oral presentan un mayor nivel de estado ansioso basal según los valores obtenidos.

INTRODUCCIÓN

Como concepto, el término ansiedad es definida como un estado o situación psicológica que se hace presente en las personas, manifestando una sensación desagradable o angustiante (Alarcón, Mazzotti & Nicolini, 2005). El estado ansioso se traduciría en una sensación de temor, en la cual la mayoría de las veces no es posible entender bien el porque del estado que se está manifestando en dicho momento (Rios, Herrera & Rojas, 2014).

Por otro lado Al-Namankany, De Souza y Ashley (2012), proponen que esta sensación que se manifiesta en los individuos, corresponde a un resultado de diversos factores de peligro, por lo que es importante detectar la existencia de este estado, ya sea previo o durante la atención dental.

Si bien en Chile no hay muchos estudios que obtengan datos sobre la prevalencia de ansiedad dental, una investigación realizada en Valdivia demostró que existe un 22,5% de niños y niñas padecían ansiedad al tratamiento odontológico (Mautz, Fernández, Saldivia, Rodríguez, Riquelme & Linco, 2017).

MARCO TEÓRICO

La ansiedad dental se define como “Fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral, entorpeciendo tanto el manejo del paciente durante la atención dental como la posterior adherencia al tratamiento” (Ríos & cols, 2014)

Algunos estudios indican que los niveles de ansiedad dental varían entre el 4,2 % y el 29,9 % en países europeos (Eitner, Wichmann, Paulsen & Holst, 2006). En Oceanía y Estados Unidos, la prevalencia de ansiedad dental oscila entre los 12,5% y 16,1% (Armfield, Spencer & Stewart, 2006). Mientras que en Asia, las tasas van del 30% al 50,2% (Marya, Grover, Jnaneshwar & Pruthi, 2012). En Latinoamérica existe un estudio realizado en Brasil el cual afirma que los valores se acercan al 20% (De Carvalho, Falcao, Campos, Bastos, Pereira, Pereira, Cardoso & Vasconcelos, 2012).

El estado de la salud oral tiene directa relación con las experiencias previas que el individuo ha adquirido, lo que hace entender la conducta y/o evitación de ciertas situaciones y valoraciones por parte del paciente en cuanto al tratamiento dental (Rios, Herrera, Barahona, Molina, Cadenasso, Zambrano & Alcayaga, 2016), es por esto que se debe mantener distancia con los factores que pudieran afectar en la adherencia al

tratamiento, siendo uno de estos la ansiedad dental (Namankany & cols, 2012), lo que conlleva a la disminución de la salud oral del individuo (Armfield, 2010). Mencionado lo anterior, surge en Chile un estudio, el cual indicó que un porcentaje importante de la población no visitaban al dentista por lo menos hace 5 años, producto de lo complejo que es manejar las sensaciones previas al tratamiento, alrededor de un 20,9% lo afirmó (Rios & cols, 2014).

Las causas de ansiedad se postulan como multifactoriales (Sáenz, 2013) siendo el ruido emitido por el kit rotatorio, experiencia traumática inicial, actitud aprendida del entorno y el estado de salud oral las más importantes y comunes en los paciente (Lima, Casanova ,Toledo & Espeso, 2005.)

Por otro lado el estudio realizado por Locker, Shapiro & Liddell (1996) menciona que hay una directa relación entre la ansiedad dental y las experiencias previas, ya sean negativas o positivas, el estudio declara que la edad en donde se vivió la experiencia es el factor desencadenante de ansiedad dental.

En la población que experimenta esta sensación de ansiedad y/o temor, se afirma que el origen es multifactorial, es decir deben considerarse diversos factores etiológicos involucrados (Espinoza, 2013).

Para nadie es desconocido que el verse envuelto en un problema de salud genera una sensación angustiante, ya que muchas veces dependiendo de la gravedad de la situación, imposibilita continuar con los quehaceres cotidianos, provocando interrumpir la rutina laboral, mencionado la anterior es que se describen las principales consecuencias de la ansiedad siendo la expresión facial que manifiesta a través de cambios psicológicos y

respuestas motoras, episodios sincopales, disminución en adherencia al tratamiento y una disminución en calidad de salud oral las más representativas al momento de evaluar la situación de cada paciente.

Cualquier atención médica independiente de la especialidad puede generar un estado ansioso el cual puede ser mayor o menor de acuerdo al tipo de atención que se realizará, en el ámbito odontológico las especialidades que conllevan un mayor nivel de dicho estado corresponden a cirugía y odontología general (Sáenz, 2013), para poder realizar un correcto abordaje en la situación clínica es importante conocer el Síndrome bata blanca el cual se manifiesta cuando el paciente se encuentra en la consulta médica, y consiste en aumento transitorio de la presión arterial la cual se regulariza al salir del centro sanitario (García ,2010), es una herramienta de bastante utilidad al momento de conocer la situación del paciente para lograr un tratamiento exitoso.

Un estudio realizado en Canadá en el año 2009 propone que la edad en donde se vivió la experiencia es el factor desencadenante de ansiedad siendo su principal consecuencia disminución en la autoestima propia del paciente.

Por otra parte un estudio realizado en Chile menciona como causa principal de ansiedad la visión de agujas e inyecciones siendo la consecuencia más destacada la disminución en la frecuencia de asistencia al servicio dental.

Un estudio realizado en Lima en el año 2018 propone que la experiencia negativa previa es la causa principal del estado ansioso siendo su principal consecuencia que puede perpetuarse y generar problemas de trastornos de ansiedad a futuro (Pereyra, 2018).

Es de gran importancia reconocer la sintomatología clínica de un paciente cuando este está desarrollando un episodio de ansiedad, la inquietud que el paciente experimenta es el principal signo el cual va acompañado del síntoma el cual es subjetivo debido a la experiencia personal del individuo (Marcano, Figueredo & Orozco, 2012.) Por otra parte un estudio revela que el rubor facial es el signo que más destaca en un paciente ansioso siendo el síntoma la sudoración que se manifiesta en dicho momento (Del Pozo, Pavez, Riquelme, Tapia & Quiroga, 2015.)

Muchas veces el paciente acude a la consulta una vez que la patología ya se desarrolló y los resultados y expectativas del tratamiento no siempre son como se espera. A raíz de esto, surge el gran interés del ámbito Odontológico por aumentar los buenos resultados de la salud oral de la población, siendo una situación que sin duda conlleva bastante preocupación, por lo que el desarrollo y utilización de nuevos productos tecnológicos ofrecidos por el mercado buscan aumentar la calidad de vida de los pacientes, y a su vez mejorar los índices de salud oral de cada una de ellos (Rios & cols, 2014).

Para medir la ansiedad dental hay diversos instrumentos validados que han sido utilizados en la población, de los cuales uno corresponde el test de ansiedad dental de Norman Corah el cual consta de 4 ítems enfocados en la identificación del nivel de ansiedad, teniendo 5 alternativas de respuesta, con sus respectivas puntuaciones, clasificando los resultados en nivel relajado, inquieto, ansiedad moderada, ansiedad severa y fobia dental. Dicho instrumento de medición de ansiedad dental fue el más utilizado (Gordon, Heimberg, Tellez & Ismail, 2013). El cuestionario Modified Dental Anxiety Scale (MDAS), consta de una metodología similar de aplicación al instrumento antes mencionado, se diferencian

únicamente en que en este se hace énfasis a la anestesia que podría utilizarse en el tratamiento.

Por otro lado, en la población infantil existe el instrumento Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CF-SS-DS).

Uno de los instrumentos más utilizados en la actualidad, es la encuesta STAI la cual fue validada en Chile por Burgos & Gutiérrez (2013); ésta consta de dos subescalas en donde se evalúa la ansiedad propiamente tal como rasgo (STAI-R) y la ansiedad como estado (STAI-E).

La ansiedad se asocia a intervenciones médicas de cualquier tipo, donde puede ser perjudicial para la adherencia al tratamiento, siendo las más comunes la evitación de acudir a servicios odontológicos, debido a que las personas que padecen mayor temor esperan más tiempo para realizarse el tratamiento que les corresponde, por otra parte están los niños a los cuales si no se trata la ansiedad que ellos desarrollan esta puede pronunciarse más a futuro (Torres, 2013).

Como bien se sabe la Odontología posee una variedad de especialidades, y dentro de estas, algunas se han asociado al desarrollo de un mayor estado de ansiedad, como lo demostró el autor Sáenz (2016), los cuales confirman que el servicio de Cirugía Maxilo Facial y Odontología General son los servicios en donde se encuentra un mayor nivel de ansiedad en los pacientes.

Dentro de las especialidades de la Odontología existe Rehabilitación Oral y Cirugía Oral. La Rehabilitación Oral es “la especialidad odontológica que tiene por objetivo devolver

la estabilidad y un adecuado funcionamiento al Sistema Estomatognático de paciente que han perdido, una o más piezas dentales o que presentan patologías que han alterado los patrones oclusales normales, mediante la utilización de técnicas restauradoras que incluyen operatoria directa e indirecta y la utilización de aparatos protésicos fijos, o removibles; parciales o totales, con tal de restablecer la función, oclusión y estética” (Red Servicio de Salud Araucanía Norte, 2017).

Por otro lado “La Cirugía Oral es una especialidad que se dedica al estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades congénitas o adquiridas de toda la estructura facial: cráneo, boca, dientes, maxilares, cara, cabeza y cuello. La especialidad abarca una gran variedad de procedimientos” (Instituto Maxilofacial, s.f).

Por todo lo mencionado anteriormente es que el estado ansioso basal es un tema con bastante controversia en los últimos tiempos, debido a que tan solo una molestia de origen dental pone a los paciente en estado de alerta, más aún cuando siente dolor y nota hinchazón de la zona, los cuales son los signos y síntomas más comunes de una patología dental, sin importar la gravedad de ella. Dado lo anterior es que el objetivo de la presente investigación es Comparar nivel de ansiedad de pacientes sometidos a tratamiento odontológico de Cirugía y Rehabilitación Oral.

HIPÓTESIS

Pacientes sometidos a tratamiento de Cirugía Oral tienen un mayor nivel de ansiedad frente a pacientes sometidos a tratamiento de Rehabilitación Oral.

Pacientes sometidos a tratamiento de Rehabilitación Oral tienen un menor nivel de ansiedad frente a pacientes sometidos a tratamiento de Rehabilitación Oral.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar nivel de ansiedad de pacientes sometidos a tratamiento de Cirugía y Rehabilitación Oral durante el año 2018 en la Clínica de la Universidad del Desarrollo Concepción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar el nivel de ansiedad en pacientes sometidos a tratamiento de Cirugía oral.

Evaluar el nivel de ansiedad en pacientes sometidos a tratamiento de Rehabilitación oral.

Identificar los síntomas relacionados con el nivel de ansiedad en pacientes sometidos a tratamiento de Cirugía oral.

Identificar los síntomas relacionados con el nivel de ansiedad en pacientes sometidos a tratamiento de Rehabilitación oral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, en pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad del Desarrollo, durante los meses Mayo y Junio del año 2018, los que fueron sometidos a tratamiento de Cirugía Oral y de Rehabilitación Oral (ROA). La recolección de datos se realizó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde la población fue de 235 pacientes y la muestra utilizada fue de 70 pacientes, 35 pacientes de Cirugía Oral y 35 de Rehabilitación Oral. Las variables consideradas para este estudio fueron; 1) Nivel ansioso basal, 2) Tipo de tratamiento. Los criterios de selección fueron; todos los pacientes, ambos géneros que asistieron a tratamiento dental de Cirugía Oral y Rehabilitación Oral con ficha clínica actualizada, que firmaron el consentimiento informado, y en el caso de pacientes menores de edad desde los 15 años, éstos debían tener la autorización del adulto responsable para poder participar del estudio. En cuanto a los criterios de exclusión fueron pacientes con alguna discapacidad que le impidiera contestar la encuesta, pacientes con los que no se lograra una buena comunicación debido a un retraso del lenguaje, pacientes menores de edad que no estuvieran con tutor a cargo por lo que no se puede firmar el consentimiento informado y pacientes que hayan rechazado participar en la investigación.

Para el estudio se aplicó una encuesta conocida como Cuestionario STAI- E que fue diseñado por los autores Spielberger, Gorsuch & Lushene (1982). Éste fue validado por las autoras Burgos & cols (2013) en población universitaria chilena en el año 2013 y es la que se utilizó en este estudio. Se contó con la autorización de la Directora de Carrera de la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo y el respaldo del Decano de la Facultad de Odontología, a la vez se solicitó la firma de un consentimiento informado a cada uno de los participantes de acuerdo a las normas bioéticas de la investigación. El consentimiento se redactó de acuerdo a las normas de Helsinki 2013, el cual fue leído y firmado por cada encuestado.

Una vez obtenidos los datos se realizó el análisis descriptivo e inferencial. Las variables cualitativas fueron expresadas con medidas de frecuencia y porcentaje, las cuantitativas con estadígrafos de posición (mínimo y máximo), de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar). Posteriormente se realizó evaluación de normalidad a través de la prueba de Kolgomorov Smirnov arrojando distribución paramétrica. Finalmente para la estadística inferencial se utilizó la prueba de hipótesis de t-student para diferencia de medias. Los datos fueron trabajados en el programa Excel y Spss v.15.

RESULTADOS

El estudio comprendió un total de 70 pacientes de la Universidad del Desarrollo, Sede Concepción. De la muestra analizada, el 75,7% fueron mujeres y el 24,3% restante fueron hombres. La edad promedio fue de 43,5 años, con una DE de $\pm 18,1$ años, siendo la edad mínima 15 años y la máxima de 78 años. En relación al nivel de escolaridades, el 25,4% posee estudio universitario completo, seguido por un 14,3 % que tiene técnico completo, mientras que un 34,3% posee enseñanza media completa y un 26% enseñanza básica completa (Figura 1).

Figura 1. Distribución muestra por nivel de escolaridad

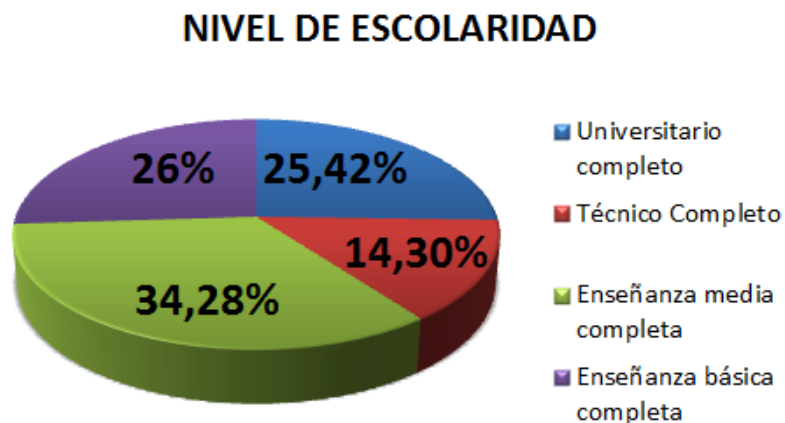
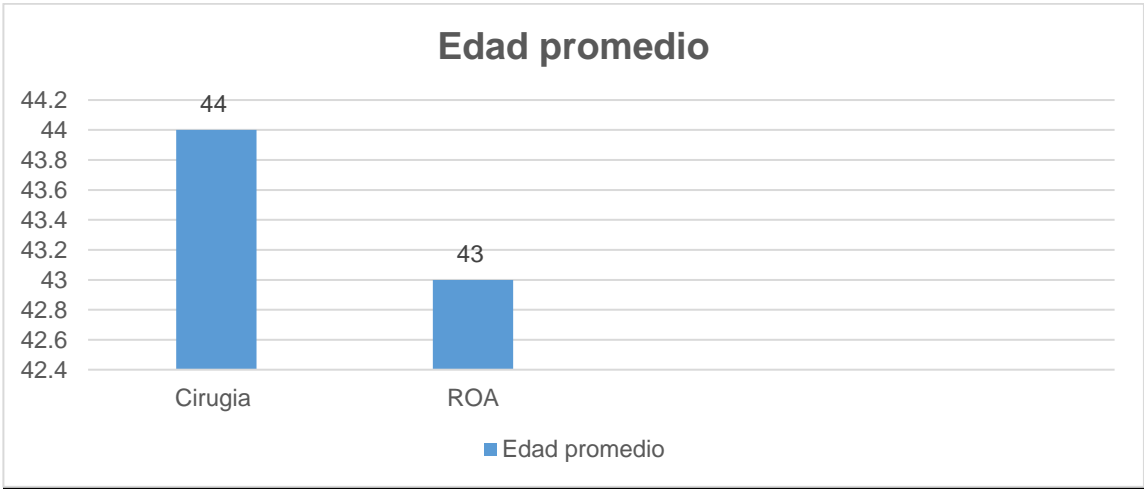


Tabla 1. Características generales de la población de estudio (n=70).

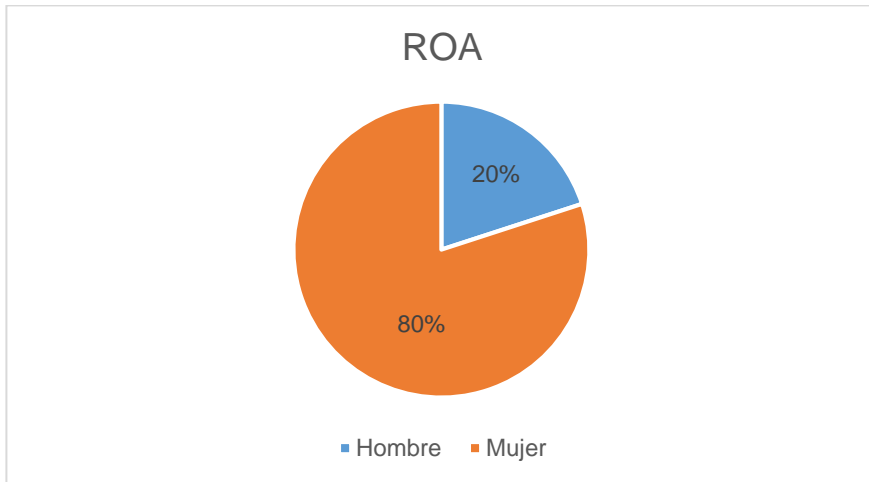
	Total	Cirugía (n=35)	ROA (n=35)
Sexo			
Hombre	24,3%	13,3%	9,3%
Mujer	75,7%	40%	37,3%
Edad (años)	43,5 ± 18,1	44 ± 19,1	43 ± 17,2
Escolaridad			
Universitario completo	25,4%	13,3%	10,7%
Técnico completo	14,3%	5,3%	8%
Enseñanza media completa	34,3%	18,7%	22,7%
Enseñanza básica completa	26%	16%	5,3%

Figura 2. Edad promedio por tipo de tratamiento



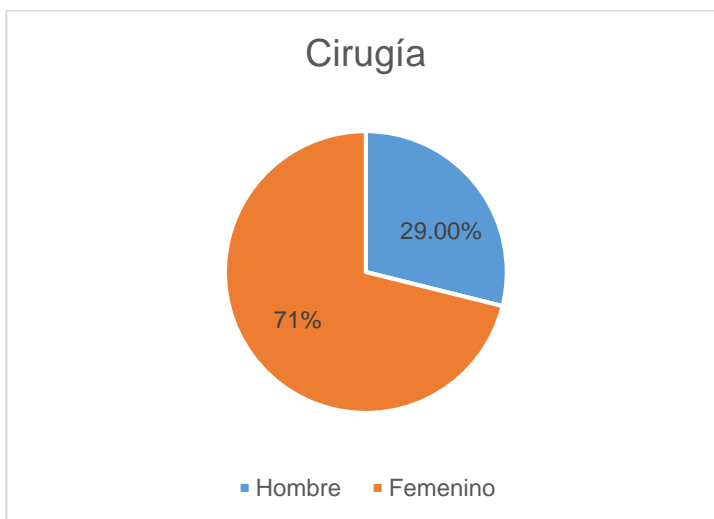
Se observa que en el tratamiento de ROA, el 80% corresponden al género femenino y el 20% al género masculino. (Figura 3)

Figura 3. Comparación género en tratamiento de ROA



Se observa que en el tratamiento de Cirugía, el 29% corresponde a al género masculino y 71% corresponde al género femenino. (Figura 4)

Figura 4. Comparación género por tipo de tratamiento.



El promedio de los puntajes de nivel de estado ansioso basal fue de $43,5 \pm 9,74$ para Cirugía y de $31,5 \pm 10,48$ en Rehabilitación Oral. La diferencia de medias entre el puntaje

de Rehabilitación Oral y Cirugía fue estadísticamente significativa con un p-value de 0,0001 (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación puntaje de nivel de estado ansioso basal entre cirugía y ROA.

	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	DE	í p-value
Cirugía	21	72	46	43,5	9,7	0,0001
ROA	15	64	29	31,5	10,5	

DE: Desviación Estándar.

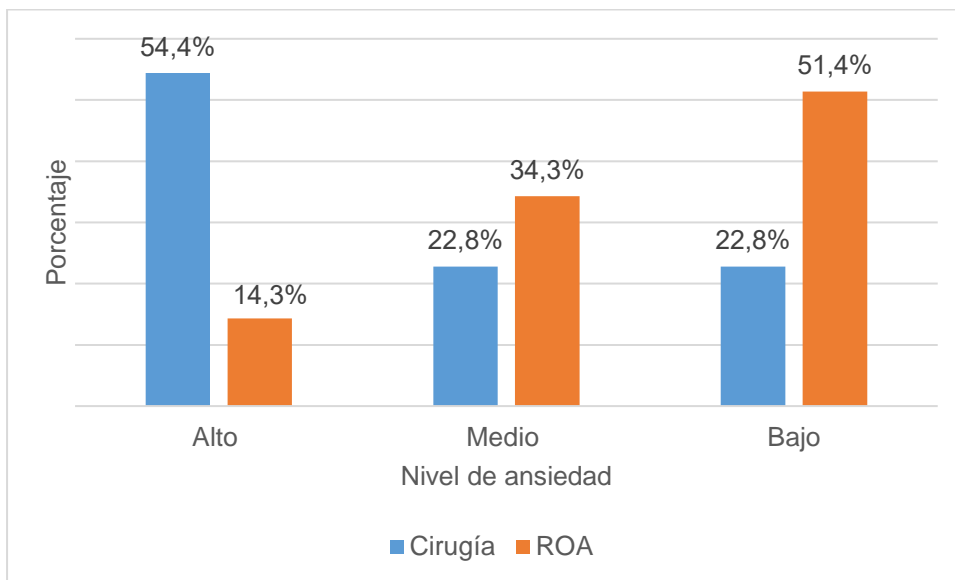
Para la estimación de parámetros de resultados de los puntajes del cuestionario STAI-E sobre los niveles de ansiedad, la cantidad de frases fueron 20; de las cuales 11 preguntas estaban asociadas a reactivos positivos directos, entregando un puntaje aditivo a la fórmula. Por otra parte, 9 preguntas estuvieron asociadas a reactivos negativos e invertidos, entregando un puntaje de sustracción.

La encuesta STAI-E se divide en tres niveles de ansiedad; bajo, medio y alto. El rango del nivel bajo va de 0-30 puntos, el rango medio va 30-44 puntos y el rango alto de 44-60 puntos.

De los 70 pacientes sometidos a la encuesta, 35 de ellos se le intervino un tratamiento de Cirugía y el resto se le practicó un tratamiento de Rehabilitación oral. Los resultados arrojaron que de los 35 sujetos encuestados que fueron sometidos al tratamiento de

Cirugía, la mayoría obtuvo un nivel de ansiedad alto con 54,4% Seguido de un nivel medio y bajo, ambos con un 22,8 % Del otro grupo estudiado, atendidos en ROA, el 14,3% obtuvo puntaje alto de nivel de ansiedad, distribuyéndose el resto en nivel medio y bajo con un 34,3% y 51,4% respectivamente (Figura 5).

Figura 5. Distribución del nivel de ansiedad según tratamiento



Las medianas de la tabla de categorización de los reactivos positivos y directos arrojó que en el tratamiento de Cirugía Oral, las sensaciones que se pudieron observar con una mediana mayor fueron las sensaciones de contracción, alteración, posibles desgracias

futuras, angustia, nerviosismo, intranquilidad y preocupación; destacándose la sensación de angustia con una mediana de 0 que corresponde a la respuesta nada en ROA y 2 que corresponde a la respuesta bastante en Cirugía (Tabla 3).

Tabla 3. Reactivos positivos y directos

	Mediana Categorización	
	Cirugía	ROA
Sensación de tensión	1	1
Sensación de contracción	1	0
Sensación de alteración	1	0
Preocupación por posibles desgracias futuras	1	0
Sensación de angustia	2	0
Sensación de confianza	2	2
Sensación de nerviosismo	2	1
Sensación intranquilidad	1	0
Sensación de opresión	0	0
Sensación de preocupación	1	0
Sensación de aturdimiento y sobre exaltación	0	0

Por otra parte, la mediana de categorización de los reactivos negativos e invertidos arrojó que las sensaciones menos observadas en Cirugía y que predominaron en ROA fueron las sensaciones de calma, seguridad, comodidad, satisfacción, alegría y bienestar; destacándose el reactivo de alegría con una mediana de 3 que corresponde a la respuesta mucho en ROA y 1 que corresponde a la respuesta un poco en cirugía (Tabla 4.)

Tabla 4. Reactivos negativos e invertidos

	Mediana categorización	
	Cirugía	ROA

Sensación de calma	1	2
Sensación de seguridad	2	3
Sensación de comodidad	2	3
Sensación de descanso	2	2
Sensación de confort	2	2
Sensación de relajación	2	2
Sensación satisfacción	2	3
Sensación de alegría	1	3
Sensación de bienestar	2	3

DISCUSIÓN

El tratamiento odontológico como cualquiera de sus intervenciones, puede ocasionar a los pacientes la aparición de un sin fin de emociones, como son el miedo, el estrés y la ansiedad.

Situaciones que pueden originar una alteración tanto psicológica como fisiológica en los pacientes y una alteración a nivel del orden y correcto desarrollo de una consulta puntual o de un tratamiento determinado previamente planeado que dificulta enormemente el que hacer del Odontólogo. Es responsabilidad del Odontólogo, identificar cada una de las manifestaciones que presentan los pacientes para así, tener la facultad de modificarlas y atenderlas en beneficio del bienestar del paciente y su mejor cooperación.

Sin duda, la ansiedad dental afecta también al paciente, de una manera multidimensional, sobre todo en lo que respecta a su salud oral, dejando de lado su cuidado y postergando

los tratamientos dentales, lo que conlleva muchas veces a tener una pobre salud bucal. ‘‘El miedo y la ansiedad, en muchas ocasiones, restringen a las personas en la búsqueda de la atención dental, es un verdadero obstáculo para la evaluación de una buena atención’’ (Robles, 2016).

La presente investigación se basó en determinar el nivel de estado ansioso basal en los pacientes de la Universidad del Desarrollo, atendidos en el área de Cirugía y ROA. Con los datos que se recolectaron, se pudo determinar que gran parte de los pacientes que se sometieron a una intervención quirúrgica manifiestan un alto nivel de ansiedad.

Para determinar el nivel de ansiedad dental de los pacientes, es importante la sinceridad con la que los pacientes respondan la encuesta. De acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio, aplicando la encuesta STAI-E, los niveles de ansiedad dental en los pacientes que se sometieron a Cirugía fue alto.

Cabe destacar que el 54,4% de los encuestados de Cirugía Oral presentaron un nivel de ansiedad alto, un 22,8% presentaron un nivel de ansiedad media y un 22,8% restante un nivel de ansiedad baja, por lo que es importante señalar que éstos resultados no coinciden con un estudio realizado por Caycedo, Cortés, Gama, Rodríguez, Colorado, Caycedo, Barahona & Palencia (2008) en el que se usó la escala *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) en 913 pacientes en Bogotá, Colombia, y obtuvo que sólo el 27,4% de la muestra presentaban un nivel de ansiedad severa en comparación a un 38% que refirieron tener un

nivel de ansiedad moderada y un 34,6% que refirieron tener un nivel de ansiedad baja.

Dentro de la literatura, no hay estudios que indiquen una diferencia importante en los niveles de ansiedad entre géneros, mientras que otros, como es el estudio de AL-Omari (2009), donde emplearon la escala modificada de ansiedad dental de Corah (DAS), indicó que el género femenino obtuvo puntajes más elevados que el género masculino. Aunque el presente estudio no tiene como objetivo determinar que género predomina más; es importante mencionarlo para estudios posteriores.

El estudio de Corsini, Bustos, Fuentes & Cantín (2012), arrojó que todos los alumnos de todos los años de Odontología presentaban niveles altos de ansiedad con tendencia al aumento en cuanto al avance curricular; es decir, mientras se cursaban cursos de cuarto, quinto y sexto año más aumentaban los niveles de ansiedad. En este estudio se midieron los niveles de ansiedad de la comunidad estudiantil en la Universidad de la Frontera, utilizando el *Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)*; el cual es una versión española de la encuesta STAI. No se puede desconocer esto, ya que se puede llegar a pensar que los estudiantes de cuarto y quinto año presentan tal nivel de ansiedad que puede llegar a traspasar sus emociones a los pacientes y llegar a aumentarles los niveles de ansiedad.

Los resultados encontrados coinciden a Díaz, Véliz & Hernández (2010), a pesar de que emplearon una escala diferente *Anxiety situations and response* o I.S.R.A que es una

escala que mide los niveles de ansiedad a nivel general, utilizada principalmente para profesionales de la salud. En este caso, profesionales del área de cuidados intensivos del hospital Mártires del 9 de Abril en la ciudad de Villa Clara, el cuál arrojó que el 100% presentaban niveles de ansiedad y un 50% niveles de ansiedad patológica. Se puede llegar a inferir que no solo los estudiantes del área de la salud y específicamente los de Odontología presentan el fenómeno de ansiedad. Si no que también los profesionales de cualquier área de la salud que al igual que los Odontólogos se enfrentan a situaciones de estrés o de mayor complejidad emocional.

Es importante observar como las sensaciones de los pacientes aumenta considerablemente en cada tratamiento, como son las sensaciones de calma, seguridad, comodidad, satisfacción, alegría y bienestar; las cuales predominan en los tratamientos de ROA.

No obstante, la tabla de los reactivos positivos, indicó que las sensaciones de nerviosismo, intranquilidad y angustia predominan en los pacientes que se presentaron para un tratamiento de Cirugía, sensaciones casi mínimas en los pacientes de ROA. Esto se puede explicar debido a que los pacientes de ROA, son pacientes que se someten a tratamientos extensos; en los que se han podido acostumbrar al ritmo de cada sesión. Sin embargo, los pacientes sometidos a Cirugía, son para tratamientos puntuales, intervenciones más invasivas que necesitan más preparación; por lo que no están acostumbrados a ese entorno, dinámica, ni al protocolo de lo que significa una Cirugía misma.

No se puede desconocer, que a pesar de que los niveles de ansiedad en el tratamiento de ROA, fueron bajos, la ansiedad está presente en todos los pacientes de manera unánime, por lo tanto se hace importante, la necesidad de que se maneje este tema por parte de los estudiantes de Odontología de la Universidad del Desarrollo para controlar los niveles elevados y mantener los niveles bajos de ansiedad. Siendo esto una manera para que los pacientes no sólo se sientan más tranquilos en el momento de la intervención, si no también para detener el retraso que los mismos pacientes provocan en el cuidado de su salud oral y mejorar la adherencia a tratamientos integrales.

CONCLUSIONES

La población estudiada en su mayoría fue de sexo femenino, en la categoría de adulto y posee el nivel de enseñanza media completa.

Los puntajes obtenidos en el tratamiento de Cirugía son mayores a los obtenidos en el tratamiento de Rehabilitación Oral.

Debido a la gran falta de estudios en nuestro país, es importante abordar la ansiedad en nuestros pacientes ya que los valores alcanzan a más de la mitad de los pacientes por lo que el manejo de ésta es imprescindible para la posterior adherencia y éxito del tratamiento.

Es importante que tanto odontólogos como estudiantes de Odontología conozcan y manejen los signos y síntomas que presentan los pacientes ansiosos para así tener un correcto manejo del tratamiento dental.

RECOMENDACIONES

Debido a que los pacientes sometidos a tratamiento de Cirugía Oral presentan un mayor nivel de ansiedad es importante que el Odontólogo y estudiantes del área de la salud se percaten de esto, para que previo a la atención ayuden al paciente a disminuir su ansiedad, ya sea explicándoles bien el tratamiento a realizar, que no hayan áreas sucias y que el procedimiento se realice con calma.

ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta,

Responda

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Intervenciones previas: SI - NO

Tipo de tratamiento: _____ Rehabilitación Oral Adulto
_____ Cirugía Oral

Instrucciones:

Responda cada frase marcando con un círculo el número que mejor representa lo que usted siente en este momento.

CUESTIONARIO STAI-E

FRASES	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
---------------	-----------------------	----------------	-----------------	--------------

Me siento calmado	0	1	2	3
Me siento seguro	0	1	2	3
Estoy tenso	0	1	2	3
Estoy contraído	0	1	2	3
Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
Me siento alterado	0	1	2	3
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
Me siento descansado	0	1	2	3
Me siento angustiado	0	1	2	3
Me siento confortado	0	1	2	3
Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
Me siento nervioso	0	1	2	3
Estoy desasosegado (intranquilo)	0	1	2	3

Me siento muy atado (oprimido)	0	1	2	3
Estoy relajado	0	1	2	3
Me siento satisfecho	0	1	2	3
Estoy preocupado	0	1	2	3
Me siento aturdido y sobre excitado	0	1	2	3
Me siento alegre	0	1	2	3
En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANEXO 2. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Análisis del estado basal”

Tesis para optar al grado académico de licenciatura en Odontología, Universidad del Desarrollo, Sede Concepción.

Investigador responsable: Paz Correa Salazar – Macarena Cortez Diaz- Florencia Saldaña Barraza

En Concepción, a ____ de _____, 2018.

Se me ha solicitado participar en el proyecto de investigación que pretende evaluar el estado ansioso de un paciente previo a la atención Odontológica tanto en Rehabilitación Oral Adultos como en Cirugía Oral. Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo a responder la encuesta solicitada.

Yo entiendo que:

Debo responder personalmente la encuesta respecto a mi estado actual emocional.

Puedo retirarme de este estudio sin dar razones, sin que esto me perjudique o se me cuestione.

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo _____
_____, con documento de identidad _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que las estudiantes Paz Correa Salazar, Macarena Cortez Díaz y Florencia Saldaña Barraza me han invitado a participar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador contribuyendo a este procedimiento. Soy conoedor(a) de la autonomía necesaria para retirarme u oponerme al ejercicio cuando estime necesario y que el rechazo a participar no significa ninguna forma de modificación de la atención habitual de su salud.

Firma encuesta

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, R., Mazzotti, G. & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría. El Manual Moderno*. Washington.

Al-Namankany, A., de Souza, M. & Ashley, P. (2012). Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br. Dent. J.*, 212(5):219-22.

AL-Omari, W. & AL-Omiri, M. (2009). Dental anxiety among university students and its correlation with their field of study. *Journal of Applied Oral Science*, 17(3), 199-203.

Armfield, J. M., Spencer, A. J. & Stewart, J. F. (2006). Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust. Dent. J.*, 51(1):78-85.

Armfield, J. M. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev. Dent.*, 8(2):107-15.

Burgos, P. & Gutiérrez, A. (2013). Adaptación y Validación del inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en población Universitaria de la Provincia de Ñuble.

Caycedo, C., Cortés, O., Gama, R., Rodríguez, H., Colorado, P., Caycedo, M., Barahona, G. & Palencia, R. (2008). ANSIEDAD AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO: CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS DE GÉNERO. *Suma Psicológica*, 15 (1), 259-278.

Corsini, G., Bustos, L., Fuentes, J. & Cantín, M. (2012). Niveles de Ansiedad en la Comunidad Estudiantil Odontológica: Universidad de La Frontera, Temuco - Chile. *International journal of odontostomatology*, 6(1), 51-57.

De Carvalho, R., Falcão, P., Campos, G., Bastos, A., Pereira, J., Pereira, M., Cardoso, M. & Vasconcelos, B. (2012). Anxiety regarding dental treatment: prevalence and predictors among Brazilians. *Cien. Saude Colet.*, 17(7):1915-22.

- Díaz, Véliz & Sánchez. (2010). Evaluación de la ansiedad en profesionales del servicio a pacientes graves de un hospital universitario. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 9, 1758-1763.
- Eitner, S., Wichmann, M., Paulsen, A. & Holst, S. (2006). Dental anxiety--an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J. Oral Rehabilitation*, 33(8):588-93.
- Gordon, D., Heimberg, R., Tellez, M. & Ismail, A. (2013). A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *J. Anxiety Disord.*, 27(4):365-78.
- Gustafsson A., Broberg A., Bodin L., Berggren U. & Arnrup K. (2010). Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent*; 20(4):242-53.
- Instituto Maxilofacial. (s.f). <https://www.institutomaxilofacial.com/es>
- Lima, M., Casanova, Y., Toledo, A., & Espeso, N. (2007). Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la clínica estomatológica docente provincial. *Humanidades Médicas*, 7(1).
- Locker, D., Shapiro, D. & Liddell, A. (1996). Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*; 13 (2):86-92
- Machado, E., Pedraza, R., Villavicencio, R. & Díaz,E.(2017). Protocolo de resolutivez red asistencial servicio de salud araucania norte rehabilitación oral. Enero 09,2019, de Minsal
- Marya, C. M.; Grover, S.; Jnaneshwar, A. & Pruthi, N. Dental anxiety among patients visiting a dental institute in Faridabad, India. *West Indian Med. J.*, 61(2):187-90, 2012.
- Mautz, C., Fernández, C., Saldivia, C., Rodríguez, C., Riquelme, S., & Linco, J. (2017). Prevalencia de Ansiedad Dental en Niños Atendidos en los Servicios de Salud Públicos de Valdivia, Chile. *Odontoestomatología*, 19(30), 59-64.
- Ríos, M., Herrera, A. & Rojas, G. (2014). Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. *Avances en Odontoestomatología*, 30(1), 39-46.
- Ríos, M., Herrera, A., Barahona, P., Molina, Y., Cadenasso, P., Zambrano, V. & Rojas, G. (2016). Dental Anxiety in Chilean Adults Who Attend a Primary Care Health Service. *International journal of odontostomatology*, 10(2), 261-266.
- Saenz, C. (2016). Evaluación de la ansiedad y miedo dental en pacientes adultos que acuden a las diferentes especialidades odontológicas del Instituto de Salud Oral de la FAP durante Octubre – Diciembre 2015 . Octubre 11, 2015, de repositorio.
- Robles, C. (2016) Nivel de ansiedad y miedo al tratamiento odontológico de los pacientes que acuden al Cap I san pedro de LLoc, Pacasmayo, Trujillo, 2016. Univerisdad privada Antenor Orrego, Perú.
- Torres, V. (2013). Efecto de una técnica de distracción musical en la ansiedad dental y en la adherencia a tratamiento en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana, 2013. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Spielberger, C., Gorsuch, L., & Lushene, E. (1982). *Manual SATI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

