

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES USUARIOS DE LAS CLÍNICAS DE
DIAGNÓSTICO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA, DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA”**

TESIS:

**COMO REQUISITO PARA OBTENER GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE
LA SALUD**

PRESENTA:

C.D. SELESTE RAMÍREZ OLIVAS

PRESIDENTE: DR. MARIO IGNACIO MANRÍQUEZ QUINTANA

SINODAL: DR. RUFINO MENCHACA DÍAZ

SINODAL: DR. CARLOS ALBERTO FREGOSO GUEVARA

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA, MÉXICO

SEPTIEMBRE 2016

VOTOS APROBATORIOS

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios, mi Señor y Salvador Jesús Cristo, gracias por brindarme salud, habilidades y fortaleza para realizarme como profesionista y cursar la Maestría.

A mi Alma Mater por brindarme la oportunidad de formarme como profesionista y otorgarme su apoyo, y facilitarme los medios para realizar éste trabajo.

A mi Tutor y Director de Tesis, Dr. Mario Ignacio Manríquez Quintana por su disposición, su apoyo, confianza y dirección para la realización de éste trabajo, gracias por compartir sus conocimientos y guiarme en la docencia. Gracias por regalarme su amistad y por ser un impacto positivo en mi vida.

A mis maestros que me brindaron sus conocimientos, apoyo y paciencia durante este tiempo de formación.

A mis compañeros de maestría que me brindaron su apoyo y amistad sincera.

A mis alumnas María del Carmen Espitia Vera y Nicole Jiménez Kundikoff por su valioso apoyo durante la realización de éste trabajo.

A la memoria de mi maestro Dr. Miguel Alberto Zamudio Flores (†) quién me impartió su conocimiento, su amistad, y me guio durante la realización de éste trabajo.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo primeramente a Dios porque sin su guía no lo hubiera logrado y a mi familia que en cada etapa de mi vida siempre me han apoyado.

A ti Ervey, esposo mío, por tu paciencia, interés y apoyo todo este tiempo, por darme la fuerza y amor para seguir en este caminar juntos. Te Amo.

A mi Ramiro mi papito (†) que desde el cielo me cuida en cada paso de mi vida y por heredarme el amor al estudio, trabajo y profesión.

A Patricia, mi hermosa mamita por el soporte y amor que me das cada día, por animarme a seguir preparándome y por ser mi inspiración para ser un mejor ser humano.

A Sergio por siempre estar presente y atento a cualquier necesidad que tenga, apoyarme y amarme incondicionalmente.

A Lucero hermana mía, gracias por brindarme tan gran apoyo, por desvelarte y sufrir conmigo todo este tiempo, en gran parte te debo la culminación de éste trabajo y gracias por la alegría que me das todos los días.

A Cinthya mi hermana, gracias por animarme y estar siempre dispuesta a hacer cualquier cosa para ayudarme con mis tareas, aunque llegue de sorpresa.

A Francisco y Ramiro mis amados hermanos, gracias por ser mis amigos, por el apoyo y paz que me brindan en todo momento, por estar siempre dispuestos para ayudarme, soportarme y consolarme, gracias por impulsarme a seguir estudiando, gracias por su amor que me alegra cada día, ¡los amo!

A Dulce Carolina, gracias por escucharme, guiarme y brindarme tus conocimientos para realizar este trabajo, y gracias por tu cariño y amistad. Te quiero.

ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
PORTADA	I
VOTOS APROBATORIOS	II
AGRADECIMIENTOS	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
ANSIEDAD	4
ANSIEDAD Y MIEDO EN ODONTOLOGÍA	5
CAUSAS Y COMPLICACIONES DE LA ANSIEDAD	9
AUXILIARES PARA LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD	11
ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS	22
MATERIALES Y MÉTODOS	23
DISEÑO DEL ESTUDIO	23
CRITERIOS	24
OPERACIÓN DE LAS VARIABLES	25
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	26
PROCEDIMIENTO	27
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
RESULTADOS	34
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	51

RESUMEN

Introducción: Los pacientes odontológicos pueden presentar diversos niveles de ansiedad previos a la consulta odontológica, los cuales pueden tener efecto en el pronóstico y tratamiento odontológico. La ansiedad interfiere en la búsqueda de atención dental, cancelación de citas, provoca comportamiento poco cooperador y/o vergüenza.

Objetivo: identificar el nivel de ansiedad de los pacientes usuarios de las Clínicas de Diagnóstico de la Facultad de Odontología Tijuana, de la Universidad Autónoma de Baja California.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal.

Materiales y métodos: 197 pacientes, 139 mujeres, 58 hombres, divididos en rangos de edad (18 a 33), (34 a 49) y (50 y más) implementando Escala de ansiedad dental versión corta (SDAI)(Likert) y Escala visual análoga (EVA-A). Análisis de datos SPSS 22.0. Chi-cuadrada de Pearson.

Resultados: Con SDAI se identificaron 76 pacientes (38.6%) con ansiedad leve, 42 pacientes (21.3%) con ansiedad alta; con EVA-A se identificaron 85 pacientes (43.1%) con ansiedad leve, 24 pacientes (12.2%) con ansiedad alta. Referente al género con SDAI se identificaron con ansiedad alta 11 hombres (19%) y 31 mujeres (22.3%); con EVA-A se identificaron 7 hombres (12.1%) y 17 mujeres (12.2%) con ansiedad alta.

Discusión: Caycedo y cols. (2008) Cázares de León y cols. (2013), coinciden en que ansiedad leve, fue de mayor prevalencia según SDAI.

Conclusión: Desde una visión global y considerando que en su mayoría los participantes fueron mujeres, la comparación realizada entre géneros, reportó que las mujeres presentaban mayor ansiedad.

Palabras Claves: Ansiedad, miedo, atención odontológica.

ABSTRACT

Introduction: Prior to an odontology appointment, patients could experience varied levels of anxiety, which can affect diagnosis and treatment. Anxiety interferes in the procurement of dental care, appointment cancelation, uncooperative and / or cause shame.

Objective: identify the level of anxiety of patients of Diagnosis Clinic of the Odontology Faculty of Universidad Autónoma de Baja California, campus Tijuana.

Methods and Materials: 197 patients, of which 139 were female and 58 male, were divided in age groups 18-33, 34-49, and 50 and above. The Short Dental Anxiety Inventory scale (SDAI) and the Visual Analog Scale (VAS) were implemented. SPSS 22.0 was used for data analysis with Pearson's Chi-square proof.

Results: Using SDAI, 76 patients (38.6%) with mild anxiety and 42 patients (21.3%) with high anxiety were identified. Using VAS, 85 patients (43.1%) with mild anxiety and 24 patients (12.2%) with high anxiety were identified. Comparing genders with SDAI, high anxiety was found in 11 males (19%) and 31 females (22.3%); using VAS, 7 males (12.1%) and 17 females (12.2%) were found with high anxiety.

Discussion: Caycedo et al., (2008) Cázares de León et al., (2013) coincide that mild anxiety was more prevalent according to SDAI.

Conclusion: From a global perspective and considering that the majority of the participants were female, the gender comparison reported that the women presented more anxiety.

Key Words: Anxiety, fear, odontological treatment.

Introducción

La visita al dentista genera en el paciente diversas emociones o sentimientos como: nerviosismo, aprensión, temor, angustia, miedo y ansiedad, que pueden aparecer desde la búsqueda de atención odontológica, al asistir a una cita de revisión periódica o al momento de un procedimiento dental, dichos sentimientos o emociones se presenta en pacientes de todas las edades, niños, jóvenes y adultos en diversos grados, al momento de presentarse en grados altos pueden ser un obstáculo en el individuo para iniciar la búsqueda de atención, dejar pasar y perder la cita con el odontólogo y dejarla para cuando se convierte una emergencia el padecimiento bucal del individuo. Ésta situación se refleja en una salud oral deteriorada con diversas enfermedades en cavidad oral, dicho problema puede generar inseguridad en el ser humano al relacionarse con otras personas, desarrollar sentimientos de vergüenza, inferioridad o culpa, lo cual puede ser difícil de manejar por el paciente al sentarse en el sillón dental y esta situación puede influir en la salud mental del odontólogo ya que es éste el que debe lidiar con dicha situación.¹

En la primera visita con el dentista se genera un vínculo entre “el profesional de la salud y el paciente,” ya que se entabla un intercambio de palabras entre ambos, por un lado el odontólogo indaga un poco en la vida y hábitos del paciente y por otro lado el paciente expresa su sentir. El odontólogo debe estar consciente que la boca tiene un valor psíquico en el individuo, que representa parte importante del “yo” que marca un límite entre el adentro y el afuera, que forma parte integral del cuerpo y es parte de la imagen corporal, por lo que puede resultar difícil para el paciente exponer esta zona del cuerpo tan propia a otra persona, como lo es el odontólogo, que en ocasiones es un desconocido, durante esta primera consulta el dentista genera un encuentro más próximo con el paciente, ya que, con el fin de establecer un diagnóstico es necesario que éste último abra su boca, por lo que es importante cuidar la conducta y comunicación por parte del odontólogo, ya que de emitir erróneamente una crítica al paciente éste puede interpretarlo como una crítica a sí mismo. Es fundamental que el dentista ofrezca un ambiente psicológico

de seguridad que le ayude a establecer una “alianza terapéutica” que permita al paciente colaborar sin resistencia durante los tratamientos futuros, disminuir el nivel de ansiedad, así como, generar una actitud de cuidado de la salud bucal en el paciente, logrando así una unión dentista-paciente de recíproco respeto, confiable, autónoma y duradera.^{1, 2}

La ansiedad sigue siendo uno de los problemas de mayor prevalencia que aqueja a la población en general, a pesar de que existen diversas estrategias para el manejo de la ansiedad y al dolor relacionado con la consulta odontológica.³

Ansiedad

Aun cuando se percibe al profesional de la salud como alguien que puede aliviar el padecimiento oral del paciente, también se percibe como una figura amenazadora que realizará procedimientos invasivos o dolorosos eventualmente, que también son consideradas como situaciones de amenaza por parte del paciente, que le generan ansiedad.¹

La ansiedad se define como el conjunto de reacciones psicológicas y fisiológicas del individuo ante cualquier situación que le suscite vivencias de amenaza.⁴ Es experimentada por el ser humano durante toda la vida, el grado de ansiedad depende de la personalidad de cada individuo, en niveles moderados se manifiesta con reacciones adaptativas, facilita el rendimiento, impulsa a enfrentar situaciones de amenaza y mantiene en estado de alerta en el ser humano, se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, que son experimentados por un individuo en un momento particular, surgiendo a partir de la representación mental que supone un recuerdo o una expectativa, provocadores de incertidumbre ante situaciones que son anticipadas como amenazantes. Cuando la ansiedad no cumple su objetivo biológico se manifiesta con: conductas poco adaptativas, disfuncionales, patológicas, no saludables que producen sufrimiento e inadaptación en las personas.^{4,5}

La ansiedad puede observarse en tres niveles según la reacción emocional del individuo:⁶

a) Nivel Cognitivo:

Se manifiesta con pensamientos negativos, malestar, preocupación, miedo, inseguridad entre otros.

b) Nivel Fisiológico:

Se manifiesta con aumento de frecuencia cardíaca, tensión muscular, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, dificultad para deglutir, náuseas, mareos, entre otras.

c) Nivel motor:

Se manifiesta con hiperactividad, movimientos repetitivos, evitación de situaciones de temor, llanto, tensión de la expresión facial, entre otros.⁶

Ansiedad, miedo y fobia en odontología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define ansiedad dental como: **la respuesta a un estímulo estresante que es específica para cada situación dental.** ⁷ Por otro lado se menciona que la ansiedad a nivel conceptual consiste en **un estado psicológico que se manifiesta de forma desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos**, llegando a la conclusión de que sería un sentimiento de miedo, aunque en diferentes ocasiones no se pueden identificar las razones para éste sentimiento. La ansiedad dental es considerada como uno de los factores con mayor influencia hacia la visita odontológica y al estado de salud oral.^{8,9}

De acuerdo a lo mencionado por Carballo-junco según el grado de ansiedad que presenta el paciente odontológico, la ansiedad se clasifica en:¹⁰

a) Ausencia de ansiedad:

Ausencia de estrés, prevalece la serenidad.

b) Ansiedad leve:

Se presenta ligera dificultad para la realización del examen, diagnóstico, o tratamiento odontológico

c) Ansiedad Moderada:

Existen signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional intensos manifestándose con incertidumbre, aprensión, y nerviosismo, dificultando aún más el tratamiento odontológico obligando a un cambio en la rutina al odontólogo.

d) Ansiedad Alta:

Existen diversos signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional manifestándose en miedo y temor intenso, acompañados de un comportamiento de pánico que impiden la realización del examen, diagnóstico y tratamiento odontológico en la cita programada.

La intensidad y duración de la ansiedad dependen del individuo, en cómo percibe la situación y cómo la interpreta.¹⁰ Cázares de León y cols., mencionan que se ha investigado acerca de la ansiedad en los pacientes odontológicos, encontrando que la ansiedad puede afectar en la búsqueda de la atención dental, también menciona que el odontólogo puede mejorar la salud y calidad de vida si tienen el conocimiento de las técnicas existentes para evaluar y tratar la ansiedad.¹¹

La ansiedad se clasifica en tres subcategorías en el área odontológica:¹²

1. Ansiedad asociada: se manifiesta por estímulos como el ruido de la fresa dental, la visión de la aguja o algún instrumento dental.
2. Ansiedad atribuida: se encuentra ligada a un procedimiento o situación que ocurre en el sillón dental.
3. Ansiedad de evaluación: se manifiesta al momento de recordar experiencias negativas asociadas a la consulta odontológica.¹²

De manera análoga se estudia el miedo como una asociación a la ansiedad dental ya que ambos conllevan a evitar la consulta odontológica. La ansiedad está muy relacionada con el miedo y la fobia, siendo la intensidad la distinción entre éstos; mientras que el **miedo** es una reacción emocional inmediata ante un peligro, la **ansiedad** es un estado emocional controversial ya que no siempre es una reacción directa ante el peligro, ambas se pueden manifestar por diversas causas, como: miedo a las agujas, al sonido de la pieza de mano, al procedimiento odontológico en general o la percepción acerca del odontólogo entre otros.^{12,13} En el área odontológica el miedo se subdivide en:¹²

1. Miedo acondicionado:

Asociado a estímulos como ruido de la pieza dental, dolor, aguja, entre otros.

2. Miedo de reacciones somáticas:

Se manifiestan durante la consulta odontológica como desmayos, ataques de pánico, reacciones alérgica.

3. Miedo inespecífico:

Se caracteriza por ansiedad excesiva o fobia de anticipación a lo que ocurrirá; con ésta última se entiende que la ansiedad y el miedo están relacionadas.¹²

No se sabe a qué se debe el miedo al procedimiento dental pero se cree que surge de una experiencia negativa propia o expresada por alguien más. La **fobia** es un temor o terror irracional relacionada con la consulta odontológica se cree que surge de experiencias familiares, experiencias faciales traumáticas, baja tolerancia al dolor, sufrir de ansiedad alta entre otras.¹⁴

Gordon y cols. en 2013, mencionan que el miedo es una emoción primitiva, básica vinculada a la amenaza específica de cada situación, mientras que la ansiedad es una respuesta condicionada que se caracteriza por anticipación de y/o preocupación por un posible riesgo futuro, y la fobia es otra de las situaciones que se manifiesta en diferentes grados de precisión que obstaculiza el tratamiento dental.¹⁵

Díaz-Almenara y cols. en 2013, realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados del miedo al dentista. Se evaluaron 98 sujetos que acudieron a consulta privada en Sevilla capital, fueron recabados datos demográficos, sobre ansiedad y depresión a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Se reportó que la actitud y negligencia del odontólogo, así como la ansiedad dental muestran asociación con el miedo asociado a la consulta odontológica.¹⁶

Armfield en 2011, realizó un estudio para examinar las asociaciones entre las puntuaciones del miedo al dentista y ansiedad con las características a nivel individual, la evitación dental y miedo al dolor, mediante la utilización del Índice de Ansiedad Dental y Miedo (IDAF-4C) en 1511 pacientes. Los resultados reportaron que existe asociación significativa entre el miedo y la evitación de la consulta dental y la ansiedad sobre el dolor al acudir al dentista, se concluyó que es recomendable la utilización de la escala del miedo dental para examinar la ansiedad y miedo a todos los pacientes dentales para permitir una experiencia de tratamiento dental más personalizado y eficaz.¹⁷

Por otro lado Benítez- Salazar y cols. en 2015, buscaron identificar la ansiedad y miedo, la frecuencia de asistencia a la consulta odontológica y los factores asociados a la misma. Los resultados reportaron que un 70% acuden 1 ó 2 veces con el odontólogo, mientras que entre un 20 y 25% no acude al dentista, entre los factores predisponentes fueron el miedo a ver y sentir la aguja y la fresa dental y como asociados se encontraron el factor económico y la distancia al consultorio dental, por otro lado un 40% mostraron niveles altos de ansiedad al momento de asistir a consulta dental, con esto se llegó a la conclusión que dicho miedo lo representaron en manifestaciones de ansiedad, sudoración y tensión muscular entre otras.¹⁸

Causas y complicaciones de la ansiedad

Entre las diversas causas que provocan ansiedad y miedo en el paciente odontológico se encuentran las siguientes: Características de personalidad, experiencias dentales negativas, influencia de familiares y temor al dolor.¹⁹

A continuación se describen los diversos trastornos que se relacionan con el grado de ansiedad, los cuales son:^{10,20}

- Trastornos de ansiedad social:
Existe tensión o nerviosismo en situaciones sociales.
- Trastorno de pánico:
Existe sensación súbita de miedo y pavor intenso sin causa aparente.
- Trastorno de ansiedad generalizada:
Existe sensación diaria de preocupación y ansiedad durante seis meses como mínimo, se manifiesta con impaciencia, tensión muscular, irritabilidad, fatigabilidad fácil
- Trastorno obsesivo compulsivo:
Pensamientos frecuentes que pueden ser perturbadores, que llegan a provocar conductas llamadas compulsiones que aparentemente no se pueden detener ni controlar.
- Trastorno por estrés postraumático:
Recuerdos vividos y aterradores, así como pesadillas de un evento traumático, manifestándose con irritabilidad, dificultad para concentrarse, sobresalto, respuestas exageradas.
- Fobias:
Temor extremo o pánico a situaciones y/o cosas que presentan poco o ningún peligro real, se manifiesta con terror irrazonable, obsesivo y angustiante por una situación odontológica específica.^{20,10}

Cuando el grado de ansiedad y miedo es alto es un factor que influye y pone en riesgo la salud buco-dental, ya que se evita la cita odontológica, lo que impide un tratamiento oportuno para las diversas patologías bucales, así como la calidad del

tratamiento recibido.²¹ La fobia dental es considerada como terror al dentista y procedimiento odontológico, que se puede manifestar con episodios de pánico, sudoración excesiva y temblores incontrolables.²² Se han estudiado otros factores que se creen pueden estar asociados a la ansiedad como: edad, género, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación. Saatchi M. y cols. en 2015 encontraron que el nivel de escolaridad y edad no influyeron en el nivel de ansiedad de los pacientes, también reportaron que las mujeres fueron más ansiosas posiblemente a que son más capaces de expresar sus emociones.²³

Lima-Álvarez y cols. en 2007, realizaron un estudio con el objetivo de determinar factores de riesgo y fenómenos psicológicos relacionados con el estado de salud bucal en 67 pacientes, se observó que el factor biológico fue el que mayor influencia tuvo en relación con la salud con un 77.6%, y el 61,2% de los pacientes presentaban miedo, también se encontró asociación significativa del miedo con la salud bucal.²⁴

López y cols. en 2010, estudiaron la relación entre las variables sociodemográficas, los niveles de ansiedad y las creencias en salud oral con la satisfacción del paciente, se seleccionaron 342 pacientes. Los resultados mostraron una relación entre la insatisfacción con los factores sociodemográficos, la ansiedad severa, el estado de salud general y dental, la susceptibilidad y los beneficios percibidos, la autoeficacia, el miedo al odontólogo, la facilidad para acceder a él, y la necesidad de asistir a la consulta por síntomas.²⁵

Arslan y cols. en 2011, analizaron la relación que existe entre la edad, el sexo y el nivel educativo respecto a la ansiedad que presentan los pacientes durante la atención dental, en Erciyes Universitys. Se utilizó la Escala de Ansiedad Dental Modificada y un cuestionario de información sociodemográfica en una muestra de 324 individuos. Éste estudio reportó que las mujeres son más ansiosas que los hombres y no se encontró correlación de la edad con ansiedad dental.²⁵

Auxiliares para la evaluación de ansiedad

Existen diversos instrumentos para evaluar la ansiedad y miedo ante un tratamiento odontológico, éstos consisten en cuestionarios que son dirigidos a identificar el nivel de ansiedad del paciente. A continuación se enlistarán algunas de las escalas más utilizadas en ciencias de la salud y por ende en odontología para la medición de ansiedad y miedo del paciente:

➤ Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS),

La DAS en su versión original es un cuestionario compuesto por 4 preguntas desarrollada por Corah, con éste se mide el nivel de ansiedad del paciente cuando acudirá a su cita dental, cuando se encuentra en la sala de espera anticipando el procedimiento dental, en el momento en que el odontólogo toma los instrumentos dentales y cuando el dentista activa la pieza de mano para trabajar. Dicho cuestionario consta de cinco alternativas de respuesta para cada pregunta, cada una tiene un valor (de 0 a 5 puntos) dando puntajes totales que van de 4 a 20 puntos, los cuáles colocan al paciente en diversas categorías, desde: relajado, hasta fobia dental.^{27,28}

Mohammed y cols. en 2014, evaluaron la prevalencia de ansiedad dental y su relación con la edad y sexo en 340 pacientes del Gitam Dental College mediante la aplicación de dos cuestionarios: escala de ansiedad dental de Corah y escala de preocupaciones dentales de Clarke y Rustvold. En éste estudio se observó una relación significativa entre el sexo, edad y ansiedad, también se demostró que las mujeres son más ansiosas en comparación con los hombres, como conclusión se reportó que los pacientes con mayor nivel de ansiedad son más difíciles de tratar.²⁹

Kirova y cols. en 2010, realizaron una investigación referente a la ansiedad dental mediante la utilización de la DAS. Los resultados demostraron que ansiedad moderada fue de mayor prevalencia con un 35.5%, un segundo grupo con un 34.6% no presentaron ansiedad, mientras que un tercer grupo con un 18.2% resultó con un nivel alto de ansiedad correspondiente a fobia. Se encontró una correlación estadísticamente significativa de ansiedad con edad, educación y tipo de trabajo, mientras que no se encontraron diferencias significativas entre edad y el sexo.³⁰

Woodmansey en 2005, estudió la prevalencia de ansiedad dental en pacientes de la clínica dental de la Universidad del Estado de Montana, en una muestra de 100 pacientes, cada paciente completó la escala de Ansiedad dental de Corah (CDAS) y el cuestionario de Ansiedad Dental (DAQ). Los resultados encontrados fueron: pacientes presentaron un promedio de ansiedad leve, mientras que el 5% fueron identificados con ansiedad dental severa o fobia. En éste estudio se concluyó que la CDAS y DAQ son instrumentos eficaces para la identificación de ansiedad dental, aunque la simplicidad del DAQ lo hace ideal para la evaluación rápida y precisa de los pacientes.³¹

➤ Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS),

Fué desarrollada para mejorar la psicometría y validez de contenido de la DAS original, la cual fué modificada por Humpris en 1995 agregándole una pregunta acerca de recibir inyecciones dentales quedando con 5 preguntas, con 5 posibles respuestas para cada elemento que van de menor a mayor nivel de ansiedad. Es un instrumento de autorreporte con cinco alternativas de respuesta, los niveles de ansiedad en los que se clasifica al paciente incluyen desde no ansiedad hasta extremadamente ansioso, el puntaje mayor de 13 es considerado para niveles de ansiedad significativos.^{32,33}

➤ Escala de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Desarrollada por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970 y adaptado al español en 1982. Ésta se refiere a un estado o condición emocional transitoria en el momento y la ansiedad rasgo evalúa cómo se siente el individuo en general, consta de dos partes con 20 preguntas de forma negativa y positiva para cada una de las partes. Puede variar con el tiempo y fluctuar de intensidad, la cual ha demostrado confiabilidad para la predicción de ansiedad dental.³⁴

Del Pozo Bassi y cols. en 2015, realizaron un estudio para comparar los niveles de ansiedad rasgo (estado emocional de base) y la ansiedad estado (situación emocional transitoria) previo a un tratamiento endodóntico y periodontal. Los resultados reportaron una diferencia significativa en la ansiedad rasgo y ansiedad estado al enfrentarse a dichos tratamientos, pero los pacientes mostraron mayor ansiedad hacia el tratamiento periodontal, los pacientes femeninos mostraron mayor ansiedad para ambos procedimientos en comparación con los hombres, la edad no resultó ser un factor predisponente para la ansiedad rasgo/estado.³⁴

Akarslan y cols. en 2010, realizaron un estudio con el objetivo de identificar la posible relación entre la ansiedad dental con la ansiedad rasgo e índice de CPOD (dientes cariados, perdidos y obturados), los instrumentos de medición utilizados fueron la Escala de Ansiedad Dental (DAS) y la Escala de la Ansiedad Rasgo (STAI) de Spielberger (versión turca). Los resultados observados fueron que no existe correlación entre la ansiedad dental, ansiedad de Rasgo con el CPOD y mencionan que la ansiedad rasgo tiene un impacto sobre la ansiedad dental.³⁵

➤ Encuesta de Miedo dental (DFS)

Ésta escala es utilizada para identificar estímulos y reacciones específicas del miedo dental, es utilizada en pacientes mayores de edad. Ésta consiste en veinte preguntas tipo Likert con cinco alternativas de respuesta, que puede ser calificada

desde 5 puntos para el máximo nivel y 1 punto para el mínimo nivel, variando del 20 al 100. Los análisis factoriales del DFS han revelado que éste mide tres dimensiones distintas a la ansiedad, que son: la anticipación del miedo, la reacción autonómica y el miedo a estímulos.³⁶

Cabe mencionar que si bien estas escalas mencionadas con anterioridad han sido altamente utilizadas para evaluar ansiedad, no se han encontrado antecedentes de haber sido validadas para ser utilizadas en población mexicana.

➤ Escala de ansiedad dental versión Corta (SDAI)

Realizada por Stouthard, Groen y Mellenbergh en 1995, consta de 9 ítems tipo Likert con 5 alternativas de respuesta con un valor numérico cada una, que van desde 1 a 5 puntos, resultando un total de 45 puntos, la clasificación de ansiedad es la siguiente: menos de 10 puntos corresponde a Ansiedad Nula, de 11 a 19 puntos corresponde a Ansiedad Leve, de 20 a 27 puntos corresponde a Ansiedad Moderada y de 28 a 45 corresponde a Ansiedad Alta o Extrema. Fue desarrollado con base en el análisis del Inventario de Ansiedad Dental, y ha demostrado confiabilidad, validez y altas correlaciones con inventarios de ansiedad dental como el DAS.^{37,33}

Cázares de León y cols. en 2013, realizaron un estudio con el objetivo de contrastar la estructura unidimensional de la escala de ansiedad dental versión corta (SDAI), estimar su consistencia interna, describir su distribución y estudiar su relación con variables sociodemográficas, cuyo fin fue la validación de la SDAI para su futura utilización en una población de adultos mexicanos, dicho estudio se realizó en 384 pacientes tratados en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Este estudio reportó que la SDAI es confiable, mostrando validez estructural y poseyendo validez concurrente con la edad, escolaridad y tipo de intervención, se sugiere su uso en México con las normas interpretativas de Stouthard et al. (1994).¹¹

Feliz Pérez en 2015 realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores determinantes del trastorno de ansiedad generalizada en la consulta dental en 100 pacientes que acudieron a consulta en la Universidad Odontológica Dominicana, sus hallazgos fueron que las jeringas es uno de los factores que mayor ansiedad generó en los pacientes con un 40% y que las mujeres presentaron mayor ansiedad en comparación con los hombres con un 60%.³⁸

Caycedo y cols. en 2008, realizaron un estudio en Colombia que contempló una muestra de 913 pacientes atendidos por 132 odontólogos, con el objetivo de comparar los reportes de los odontólogos referentes a la ansiedad y las respuestas de los pacientes a las escalas SDAI Y MDAS que se les aplicaron. Al realizar el comparativo de los reportes con los resultados de las escalas, se encontró que un 57% por MDAS y un 51% por SDAI clasifican a los pacientes entre moderada y extremadamente ansiosos, lo cual está muy por encima de los datos reportados por los odontólogos. En la discusión se hizo énfasis en la importancia de identificar la ansiedad para un mejor manejo de ésta, y brindar alternativas de relajación que llevan a una autorregulación emocional al paciente.³³

➤ Escala Visual Análoga de Ansiedad (EVA-A)

Realizada en 1976, se utilizó por primera vez en pacientes dentales en 1988. La escala consta de una hilera de 6 expresiones faciales, siendo la primera cara muy sonriente y la última triste y llorosa, mientras que los rostros intermedios muestran diferentes grados de felicidad y tristeza, arriba de las expresiones se muestra una regla de 10 cm, donde en el extremo derecho se encuentra el “0” y en el extremo izquierdo el “10”. La clasificación de ansiedad es la siguiente: de 0 a 2 corresponde a Ansiedad leve, de 3 a 7 corresponde a Ansiedad Moderada, y de 8 a 10 corresponde a Ansiedad Alta o Extrema. Se le pide al paciente que seleccione cuál de las expresiones faciales representa de forma más exacta su estado emocional. Por su facilidad éste instrumento es utilizado tanto en contextos europeos como latinoamericanos.^{39,40,41}

Devapriya y cols. en 2015, realizaron un estudio en el Hospital Dental de la India, con una muestra de 1,148 pacientes que acudieron a consulta, el objetivo del estudio fue identificar el nivel de ansiedad que presentaron dichos individuos y determinar la posible asociación con el tratamiento dental, los resultados reportaron que los pacientes jóvenes y mujeres presentaron mayor ansiedad, también se reportó que el procedimiento de extracción dental influye considerablemente en el estado ansioso del paciente.⁴²

Gupta y cols. en 2015 evaluaron la ansiedad en 301 pacientes aplicando la MDAS y la EVA-A, aunque no se reportó una diferencia significativa entre los grupos de edad se encontró que los pacientes mayores de edad presentaron menor ansiedad, en cuanto al género observaron que las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad que los hombres y reportan que los pacientes empleados presentaron menos ansiedad que los desempleados.

Estrategias para el manejo de la ansiedad

Para el manejo de la ansiedad del paciente odontológico se pueden utilizar estrategias no farmacológicas y farmacológicas, para éstas últimas es necesario que el odontólogo cuente con la asesoría o supervisión de un médico especializado en el área, a continuación se describirán las alternativas no farmacológicas, destacando que para su utilización es necesario que el odontólogo cuente con el debido conocimiento para el correcto manejo de las mismas:

Técnicas de relajación: involucran la distensión psíquica y muscular, que llevan al paciente ansioso a un estado de tranquilidad, con esto puede aumentar la confianza en el paciente y darle la sensación de tranquilidad y relajación.⁴⁴

Relajación progresiva de Jacobson: se basa en la relajación muscular progresiva de todo el cuerpo en diversos turnos, llegando a la disminución de la tensión muscular, generando percepción de control de la situación y los síntomas de la

ansiedad permitiendo al paciente afrontar la ansiedad y estrés del tratamiento dental.¹⁹

Respiración: respiración diafragmática manteniendo la inhalación por 5 segundos y exhalando durante 5 segundos, para oxigenar el cerebro. El objetivo de ésta técnica es lograr el control de la respiración para que el paciente pueda aplicarlos en las situaciones que lo requiera.^{19,45}

Aroma-terapia: se basa en la utilización de aceites esenciales y plantas que emiten vapores que son inhalados por el paciente, con el objetivo de manejar y aliviar los síntomas físicos y emocionales, éstos aromas crean un ambiente cálido y despiertan sentimientos de bienestar y relajación en el paciente. Otra opción es la utilización de esencias preparadas exprofeso para ser utilizadas por vía oral mediante la ingesta de 4 a 7 gotas de la esencia en cada toma, ésta puede ser en forma directa colocada en la región sublingual o bien disuelta en agua.^{46,47}

Técnicas de distracción: éstas permiten que el paciente focalice su concentración en eventos o acciones ajenos al tratamiento y la posible sintomatología, ayuda en el manejo de ansiedad, estrés y dolor, ya que la distracción llega a bloquear algunas vías de las señales del dolor logrando la disminución del mismo.⁸

Músico-terapia: se basa en la aplicación de música antes y/o durante el tratamiento dental, con el objeto de lograr cambios de conducta generando un estado de relajación a nivel cerebral, logrando la disminución de la ansiedad y control por parte del paciente.⁴⁸ Ésta conlleva una serie de actividades musicales, corporales y sonoras creativas, interpretativas y receptivas destinada para tener un efecto terapéutico en el área afectivo-emocional, rehabilitación sensorial y motora, integración social y superación de conflictos vitales.⁴⁹

Los niveles de aplicación de la músico-terapia son los siguientes:⁴⁹

- Sonoro-musical: mediante la emisión de sonidos vocales, de improvisaciones instrumentales, y la audición de sonidos o músicas envasadas.
- Corporal: incluye ritmos y movimientos del cuerpo, gestos y posturas.

- Verbal: palabras y reflexiones que surgen a partir de la experiencia no-verbal.⁴⁹

Realidad virtual: consiste en la utilización de videojuegos, cuyo objetivo es captar la atención del usuario distrayéndolo de situaciones dolorosas y ansiedad logrando la relajación de éste. El usuario se coloca gafas en 3D con auriculares y un mando inalámbrico con un joystick, Isla clama es uno de éstos juegos en el que el usuario entra a un entorno de realidad virtual en el que realiza diversas tareas con una duración de 30 minutos, hasta 3 horas o más.⁵⁰

Técnica de percepción de control: ésta técnica está orientada a brindarle al paciente la posibilidad de períodos de receso o interrupción del procedimiento clínico cuando éste percibe un nivel de ansiedad significativo o requiere de un periodo de descanso. Para la aplicación de esta técnica se pueden utilizar como alternativa de señal algún aparato de control o simbología manual.^{44,8}

Hypnosis: el paciente entra en un estado de trance ligero en el que empieza a tener un cambio en respuesta emocional y cognitiva durante el tratamiento. Ésta establece un vínculo para el manejo de la ansiedad dental, fobia dental específica, control del dolor durante el tratamiento, para beneficio del paciente.^{44,47,51} Es importante resaltar que para la aplicación de ésta alternativa en el consultorio dental, es necesario que el Cirujano Dentista cuente con el debido entrenamiento.

Sugestión verbal: el profesional utiliza palabras o frases que guían al paciente a tranquilizarse, un ejemplo de ello es “el dolor está desapareciendo” introduciendo así, la idea de mejora al paciente.⁴⁵

Como evidencia del impacto del manejo de técnicas no farmacológicas y su uso en Odontología, podemos citar el estudio de Rojas G. y cols. 2011, donde utilizaron las técnicas de Relajación de Jacobson y Percepción de Control para el manejo de ansiedad del paciente odontológico, demostrando que éstas técnicas son efectivas para el control y disminución de la ansiedad, manteniéndose durante las citas posteriores. En los resultados se encontró que “ansiedad moderada” fue

la que mayor prevalencia tuvo tanto al inicio como al final de las intervenciones. En el grupo de Relajación la mayoría de los sujetos se mantuvieron en su categoría de ansiedad inicial, pero en el grupo de Percepción de Control se identificó una disminución significativa en pacientes con ansiedad moderada o severa, un 20% de los pacientes disminuyeron el nivel de ansiedad a un rango de “baja”, lo cual se mantuvo en las citas posteriores. Por lo tanto se concluyó que la técnica Percepción de control es efectiva para la disminución de la ansiedad del paciente odontológico.⁴⁴

Como se logró observar, existe evidencia científica que reporta que la ansiedad que sufre el paciente odontológico influye en la atención dental, en la continuidad al tratamiento y tiene repercusión en la salud bucodental por la franca cancelación de citas por parte del paciente, también se resalta la importancia de evaluar la ansiedad permitiendo al odontólogo, realizar protocolos que le permitan disminuir la ansiedad del paciente odontológico durante el tratamiento dental.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera la ansiedad como un problema de salud pública, la ansiedad es una reacción del estrés ante una situación que se cree peligrosa, cuando la reacción es provocada por la consulta o tratamiento dental se considera ansiedad dental.⁵²

La ansiedad dental afecta a la población de todo el mundo, por lo que ha sido estudiada en diferentes países, como: India, Colombia, Holanda, Estados Unidos entre otros. Ésta representa una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno “sumamente extendido” en el Reino Unido. En Sudamérica, los estudios reportan tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños también presentan una tasa alta. En Estados Unidos, de 10 a 12 millones de individuos presentan fobia dental, y 35 millones de personas sufren de ansiedad dental.⁸

Es conocido por los odontólogos que la visita odontológica provoca ansiedad en el individuo que dificulta la relación dentista-paciente, estropeando la experiencia dental; la ansiedad puede ser perjudicial para la salud, ya que en ocasiones provoca dolor, malestar y estrés.^{26,31}

La ansiedad, la depresión y otros trastornos psicológicos van acompañados de diversos síntomas fisiológicos, como: diarrea, malestar estomacal, sudor en las manos, dificultades para dormir, problemas respiratorios, falta de concentración y agitación general. Un paciente ansioso entra en un comportamiento que lo conduce a la evitación de la atención dental, comportamiento poco cooperador durante la atención dental, cancelación de citas; la falta de atención dental tiene un efecto en el deterioro de la salud bucal. El esfuerzo del dentista por controlar y manejar el comportamiento del paciente durante la atención dental es una fuente de estrés para el trabajador de la salud.³³

Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los pacientes que acuden a

las clínicas de diagnóstico de la Facultad de Odontología Tijuana, de la Universidad Autónoma de Baja California?

JUSTIFICACIÓN

La ansiedad a la consulta odontológica y tratamiento dental puede afectar de forma considerable la salud oral de los pacientes, así como a la calidad del tratamiento dental recibido.

En la formación del estudiante de odontología no se contempla el conocimiento del nivel de ansiedad en que se encuentra el paciente adulto que llega a la clínica, así como las posibles reacciones que se desencadenan por la misma, y por consiguiente no se visualiza de forma clara un protocolo a seguir, para el manejo adecuado del paciente odontológico, y buscar disminuir su ansiedad al momento de la consulta y/o tratamiento.

Por lo tanto, el presente estudio pretende establecer la prevalencia de la problemática de ansiedad, que existe en la población que acuden a consulta a las Clínicas de la Facultad de Odontología Tijuana, de la Universidad Autónoma de Baja California, ya que la ansiedad puede repercutir en el comportamiento del paciente durante el tratamiento y en la búsqueda de la atención dental.

El objetivo de este estudio es identificar el nivel de ansiedad en pacientes usuarios de las Clínicas de Diagnóstico de la Facultad de Odontología Tijuana, de la UABC, previo a la atención diagnóstica mediante la utilización de la Escala de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI por sus siglas en Inglés; Short Dental Anxiety Inventory) y la Escala Visual Análoga de Ansiedad (EVA-A)

Este estudio pretende contribuir a que los odontólogos, docentes y alumnos de Odontología, conozcan la existencia de la problemática ansiedad en los pacientes adultos y la existencia de métodos para la identificación del nivel de ansiedad del paciente de forma práctica, rápida y eficaz, con el fin de aplicar protocolos que le

permitan controlar la ansiedad del individuo y ofrecer un trato de calidad, tratamientos exitosos, logrando así la confianza y permanencia del paciente odontológico.

HIPÓTESIS

H1: Los pacientes que acuden a las clínicas de diagnóstico presentan niveles altos de ansiedad.

H0: Los pacientes que acuden a las clínicas de diagnóstico presentan niveles bajos de ansiedad.

Objetivos

Objetivo general

Identificar el nivel de ansiedad de los pacientes mayores de edad, usuarios de las Clínicas de Diagnóstico de la Facultad de Odontología Tijuana, de la Universidad Autónoma de Baja California.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de ansiedad por género
2. Identificar la posible asociación entre edad y ansiedad
3. Determinar el nivel de ansiedad por rangos de edad

Materiales y métodos

Diseño del estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo, observacional, porque fue dirigido a identificar el nivel de ansiedad que presentaron los pacientes y no se realizó intervención alguna por parte del investigador, de corte transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento.

Tamaño de la muestra

El estudio se realizó en 200 pacientes mayores de edad usuarios de las Clínicas de Diagnóstico de la Facultad de Odontología Tijuana, de la UABC y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para realizar el cálculo de tamaño de la muestra se tomó como base la cantidad de pacientes que acudieron a consulta dental en las Clínicas de la Facultad, durante los meses anteriores al estudio, se utilizó el test de estimar una proporción con un nivel de confianza de 95%, esto es un alfa de .05 con una precisión de 5% y una proporción del 35%, considerando una proporción esperada de pérdida del 15%.

ESTIMAR UNA PROPORCION	
Total de la población (N) (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	300
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) (Si no tenemos dicha información p=0.5 que maximiza el tamaño muestral)	35%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	162
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporcion esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	190

Tipo de muestreo

El muestreo fue sistemático conveniencia: ya que los pacientes fueron seleccionados de forma sistemática según el orden de llegada hasta completar la cantidad de muestra necesaria para el estudio.

Criterios

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de edad que acudieron a recibir atención diagnóstica en las Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Baja California.
- Pacientes con capacidades para la lectoescritura.
- Paciente que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que se encuentren bajo tratamiento con ansiolíticos o algún antidepresivo.
- Pacientes con discapacidad mental.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no llenen en su totalidad la encuesta.
- Pacientes que dupliquen respuestas para una sola pregunta.
- Pacientes que no firmen consentimiento informado.

Operación de las variables

En la siguiente tabla se muestran las variables dependientes y covariables con su respectiva definición conceptual y operacional.

Variables		Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición
<u>Dependiente</u> <u>Covariables</u>	Ansiedad	Fenómeno que puede ser caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación	Para la medición se aplicó la Escala de Ansiedad Dental versión corta (SDAI) y la Escala Visual Análoga EVA-A	Categórica Nominal
	Sexo	Características anatómicas y fisiológicas que distinguen a los seres humanos en masculino y femenino		Cualitativa
	Edad	Edad fisiológica en años cumplidos a la fecha de la aplicación del estudio	Se pidió que identificaran en qué rango de edad se ubicaban según la edad	Cuantitativa

Materiales

Para la realización de este estudio se requirió de los siguientes materiales: para la recolección de datos de los pacientes de interés de éste estudio, se utilizó un consentimiento informado, un cuestionario de identificación, un cuestionario basado en la SDAI y uno más basado en la EVA-A, para el llenado de éstos, se utilizaron tablas de sujeción de hojas y plumas, y para el vaciado de los datos se utilizó una computadora.

Instrumentos de medición

Cuestionario de Identificación

Este cuestionario fué utilizado para obtener datos personales y de identificación del paciente que no son incluidos dentro de las escalas SDAI y EVA-A, los cuales son: edad, la cual fué dividida por rangos de 15 años, sexo (femenino, masculino), y tratamiento previo (si, no), el paciente seleccionó con una marca la respuesta correspondiente a su persona.

Escala SDAI:

Consta de 9 ítems tipo Likert con 5 respuestas alternativas (nunca, pocas veces, algunas veces, muy frecuentemente y siempre), cada una tiene un valor numérico (de 1 a 5), la puntuación final se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas de cada respuesta, la suma se encuentra entre 1 y 45 puntos, para la clasificación del nivel de ansiedad dividen en:³³

Puntuación	Nivel de ansiedad
1 - 10	Ansiedad Nula
11 - 19	Ansiedad leve
20 - 27	Ansiedad moderada
28 - 45	Ansiedad alta extrema o fobia

Escala Visual Análoga de Ansiedad (EVA-A)

Consta de una fila de 6 diferentes expresiones faciales y una regla con números, se le pide al paciente que marque la cara que representa su estado emocional.^{30,40}

Puntuación	Nivel de ansiedad
0 - 2	Ansiedad Leve
3 - 7	Ansiedad moderada
8 - 10	Ansiedad alta, extrema o fobia

Procedimiento

En primera instancia se pidió autorización de Dirección, y Coordinación de Clínicas de la Facultad de Odontología Tijuana de la UABC, para la realización del estudio.



Con la autorización de los Directivos (anexo 1) se procedió a realizar el estudio en la sala de espera de las Clínicas de Diagnóstico del edificio 3F de la Facultad de Odontología, durante

el mes de Noviembre y las dos primeras semanas del mes de Diciembre de 2015, de Lunes a Viernes entre las 8 am y 4:30 pm, horario correspondiente a las Clínicas de Diagnóstico.

La captación de pacientes se realizó según el orden de llegada de éstos, una vez captado, se le explicó a cada uno en qué consistía el estudio y los alcances del mismo, posteriormente se le preguntó si deseaba participar en dicha investigación, con el asentimiento por parte de éste se



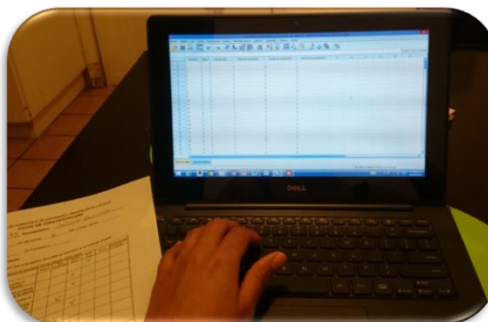
le hizo entrega del consentimiento informado (anexo 2), en el cuál se describe el objetivo del estudio, en que consiste la participación del individuo, los beneficios y/o riesgos (los cuales no existieron), y los aspectos relacionados con la confidencialidad de la información, se estuvo presente durante la lectura y el llenado del mismo para aclarar cualquier duda, una vez que el paciente continuó con la decisión de participar, se le pidió su

firma al igual que a dos testigos imparciales. Aquellos pacientes que no estuvieron de acuerdo en participar se les agradeció su atención.



Una vez aceptado y firmado el consentimiento se procedió con la recolección de datos, mediante la aplicación del cuestionario de identificación, la Escala de Ansiedad Dental versión corta (SDAI) y la Escala Visual Análoga de Ansiedad (EVA-A), todas éstas quedaron en un formato que consta de una hoja (anexo 3), a cada formato se le asignó un número de identificación.

Posteriormente la información recabada fué vaciada a una base de datos en Excel (anexo 4), previa asignación de un valor numérico (anexo 5), la cual posteriormente fué transferida a SPSS, para realizar el análisis estadístico.



Análisis estadístico de los resultados

El análisis estadístico de los resultados fué realizado con el programa SPSS Statistics 22.0. En este estudio se identificó el nivel de ansiedad (variable categórica) y se analizó la diferencia entre la edad y género con la distribución de frecuencias de ansiedad, por lo que, se decidió realizar una comparación de proporciones utilizando la prueba estadística de χ^2 de Pearson.

La χ^2 de Pearson es una prueba que mide la discrepancia en una muestra observada y señala las diferencias observadas y la independencia entre dos variables; se realiza una tabla de contingencia, cuya fórmula se esquematiza a continuación:

$$\chi^2 = \sum_i \frac{(\text{observada}_i - \text{teórica}_i)^2}{\text{teórica}_i}$$

Para lograr el objetivo general se realizaron tablas de frecuencia para cada escala de ansiedad, con el fin de identificar el nivel de ansiedad de los pacientes.

Nivel de Ansiedad Escala SDAI

N	Válidos	197
	Perdidos	0

Nivel de Ansiedad Escala SDAI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada de ansiedad	31	15.7	15.7	15.7
	Ansiedad leve	76	38.6	38.6	54.3
	Ansiedad moderada	48	24.4	24.4	78.7
	ansiedad extrema	42	21.3	21.3	100.0
	Total	197	100.0	100.0	

Objetivo 1

Para realizar éste objetivo, primero se realizó una tabla de frecuencia para identificar la proporción por género

Género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	58	29.4	29.4	29.4
	Femenino	139	70.6	70.6	100.0
	Total	197	100.0	100.0	

Posteriormente se realizaron tablas de contingencia por agrupación de género, para identificar el nivel de ansiedad de cada uno. Se utilizó la prueba de χ^2 de Pearson para identificar la posible diferencia entre el género, para cada escala de ansiedad.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Sexo * Nivel de Ansiedad Escala SDAI	197	100.0%	0	0.0%	197	100.0%

Tabla de contingencia Género* Nivel de Ansiedad Escala SDAI

			Nivel de Ansiedad Escala SDAI				Total
			Nada de ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	ansiedad extrema	
Sexo	Masculino	Recuento	16	20	11	11	58
		% dentro de Sexo	27.6%	34.5%	19.0%	19.0%	100.0%
	Femenino	Recuento	15	56	37	31	139
		% dentro de Sexo	10.8%	40.3%	26.6%	22.3%	100.0%
Total		Recuento	31	76	48	42	197
		% dentro de Sexo	15.7%	38.6%	24.4%	21.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.890 ^a	3	.031
Razón de verosimilitudes	8.264	3	.041
N de casos válidos	197		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.13.

Tabla de contingencia Género* Nivel de Ansiedad Escala EVA-A

			Nivel de Ansiedad Escala EVA-A			Total
			Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad alta	
Sexo	Masculino	Recuento	26	25	7	58
		% dentro de Sexo	44.8%	43.1%	12.1%	100.0%
	Femenino	Recuento	59	63	17	139
		% dentro de Sexo	42.4%	45.3%	12.2%	100.0%
Total		Recuento	85	88	24	197
		% dentro de Sexo	43.1%	44.7%	12.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.100 ^a	2	.951
Razón de verosimilitudes	.100	2	.951
N de casos válidos	197		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.07.

Objetivo 2

El abordaje del objetivo 2 queda inmerso en el análisis del objetivo 3, esto en virtud de que en el diseño no fue dividido con exactitud el universo de estudio, sino que se agruparon por rangos de edad y su relación con el nivel de ansiedad. A continuación se anexa el cuadro de rangos de edades.

Rangos de edad	Frecuencias
Válidos 18 a 33 años	67
34 a 49 años	72
50 y más años de edad	58
Total	197

Objetivo 3

Para realizar éste objetivo, primero se realizó una tabla de frecuencia por rangos de edad.

Rango de Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 18 a 33 años	67	34.0	34.0	34.0
34 a 49 años	72	36.5	36.5	70.6
50 y más años	58	29.4	29.4	100.0
Total	197	100.0	100.0	

Posteriormente se realizaron tablas de contingencia por rangos de edad, para identificar el nivel de ansiedad de cada uno. Se utilizó la prueba de χ^2 de Pearson para identificar la posible diferencia entre los rangos, para cada escala de ansiedad.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Rango de Edad * Nivel de Ansiedad Escala SDAI	197	100.0%	0	0.0%	197	100.0%

Tabla de contingencia Rango de Edad * Nivel de Ansiedad Escala SDAI

			Nivel de Ansiedad Escala SDAI				Total
			Nada de ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	ansiedad extrema	
Rango de Edad	18 a 33 años	Recuento	11	27	13	16	67
		% dentro de Rango de Edad	16.4%	40.3%	19.4%	23.9%	100.0%
	34 a 49 años	Recuento	10	26	20	16	72
		% dentro de Rango de Edad	13.9%	36.1%	27.8%	22.2%	100.0%
	50 y más años	Recuento	10	23	15	10	58
		% dentro de Rango de Edad	17.2%	39.7%	25.9%	17.2%	100.0%
Total	Recuento	31	76	48	42	197	
	% dentro de Rango de Edad	15.7%	38.6%	24.4%	21.3%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.203 ^a	6	.900
Razón de verosimilitudes	2.267	6	.894
N de casos válidos	197		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9.13.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Rango de Edad * Nivel de Ansiedad Escala EVA-A	197	100.0%	0	0.0%	197	100.0%

Tabla de contingencia Rango de Edad ^ Nivel de Ansiedad Escala EVA-A

			Nivel de Ansiedad Escala EVA-A			Total
			Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad alta	
Rango de Edad	18 a 33 años	Recuento	20	37	10	67
		% dentro de Rango de Edad	29.9%	55.2%	14.9%	100.0%
	34 a 49 años	Recuento	38	26	8	72
		% dentro de Rango de Edad	52.8%	36.1%	11.1%	100.0%
	50 y más años	Recuento	27	25	6	58
		% dentro de Rango de Edad	46.6%	43.1%	10.3%	100.0%
Total	Recuento	85	88	24	197	
	% dentro de Rango de Edad	43.1%	44.7%	12.2%	100.0%	

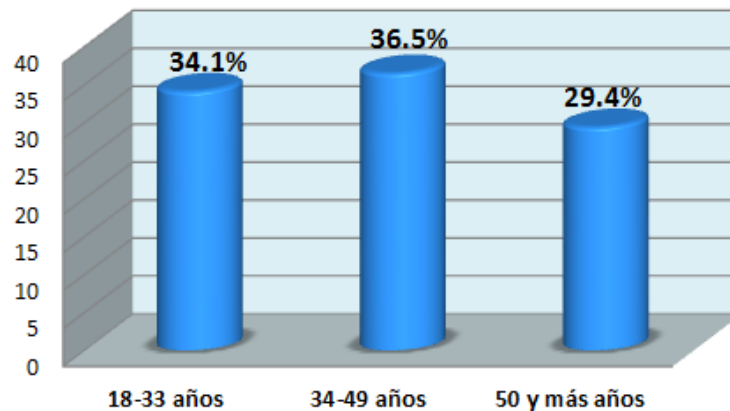
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.974 ^a	4	.093
Razón de verosimilitudes	8.151	4	.086
N de casos válidos	197		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.07.

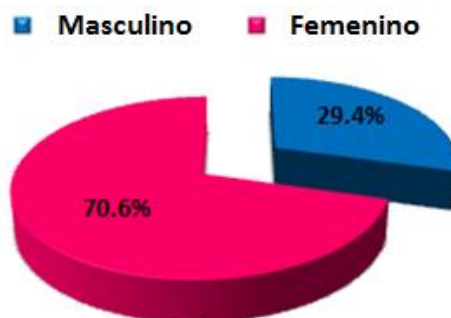
RESULTADOS

El protocolo de la investigación fué aprobado y avalado por el Comité de Posgrado de la Facultad de Odontología Campus Tijuana, de la Universidad Autónoma de Baja California. La muestra fué conformada por 200 pacientes de los cuales 3 cuestionarios fueron eliminados ante la duplicidad de respuestas, por lo que la muestra analizada incluyó solamente 197 cuestionarios, derivados de la entrevista a 197 pacientes, la muestra fué dividida acorde al protocolo de investigación por rangos de edad; donde 67 pacientes (34.1%), corresponden al rango de 18 a 33 años, 72 pacientes (36.5%), corresponden al rango de 34 a 49 años y 58 pacientes (29.4%), corresponden al rango de 50 y más años. Ver Gráfica 1



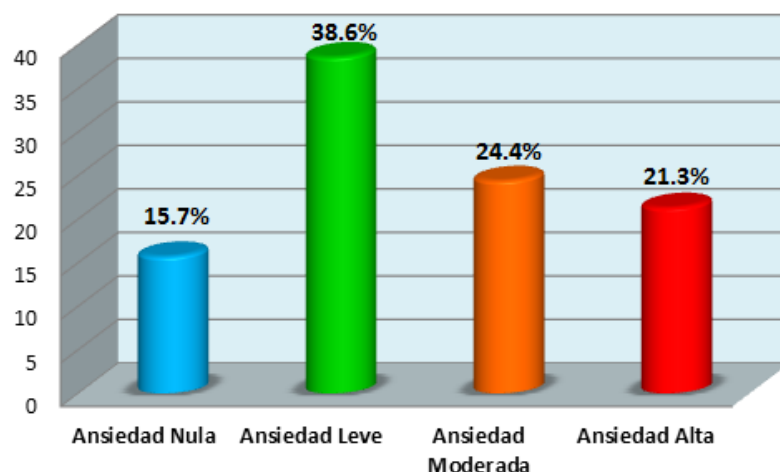
Gráfica No. 1. Distribución de pacientes por rangos de edad

La distribución por género comprendió: 139 pacientes del sexo femenino (70.6%) y 58 pacientes del sexo masculino (29.4%). Ver Gráfica 2



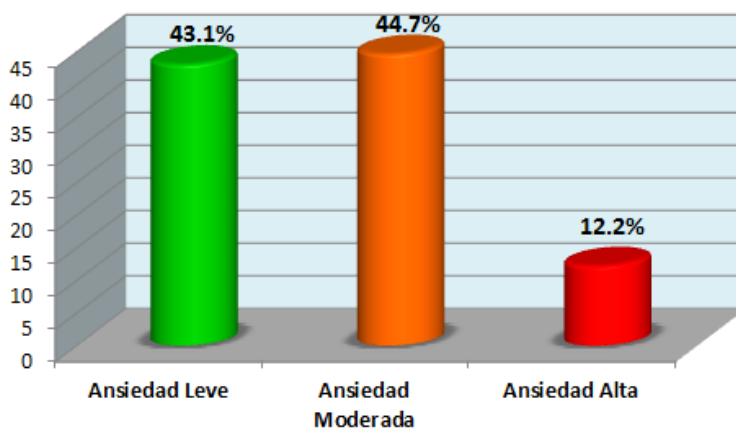
Gráfica No. 2. Distribución de pacientes por género

Al realizar la medición de ansiedad mediante la Escala de Ansiedad Dental versión corta (SDAI), se encontró lo siguiente: 31 pacientes (15.7%) en ansiedad nula, 76 pacientes (38.6%) en el nivel de ansiedad leve, 48 pacientes (24.4%) en el nivel de ansiedad moderada y 42 pacientes (21.3%) en el nivel de ansiedad alta. Ver Gráfica 3



Gráfica No. 3. Nivel de ansiedad según SDAI

Al realizar la medición de ansiedad mediante Escala Visual Análoga (EVA-A), se observó que 85 pacientes (43.1%) experimentaron ansiedad leve, 88 pacientes (44.7%) experimentaron ansiedad moderada y 24 pacientes (12.2%) experimentaron ansiedad alta. Ver Gráfica 4



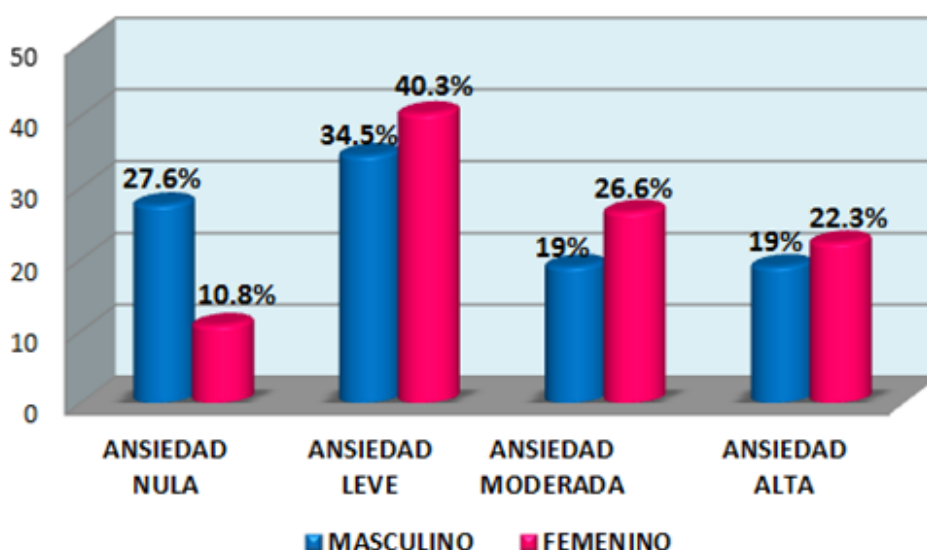
Gráfica No. 4. Nivel de ansiedad según EVA-A

Al realizar el análisis de ansiedad mediante SDAI, en relación al género se observó lo siguiente: 16 pacientes (27.6%) del sexo masculino y 15 pacientes (10.8%) del sexo femenino en ansiedad nula, 20 pacientes (34.5%) del sexo masculino y 56 pacientes (40.3%) del sexo femenino en el nivel de ansiedad leve, 11 pacientes (19.0%) del sexo masculino y 37 pacientes (26.6%) del sexo femenino en el nivel de ansiedad moderada, y 11 pacientes (19.0%) del sexo masculino y 31 pacientes (22.3%) del sexo femenino en el nivel de ansiedad alta. Ver Tabla 1, Gráfico 5. Los pacientes del sexo femenino presentaron mayor frecuencia de ansiedad con un 89.2% en comparación con los pacientes del sexo masculino, que presentaron una frecuencia del 72.5%. Ver gráfica 6.

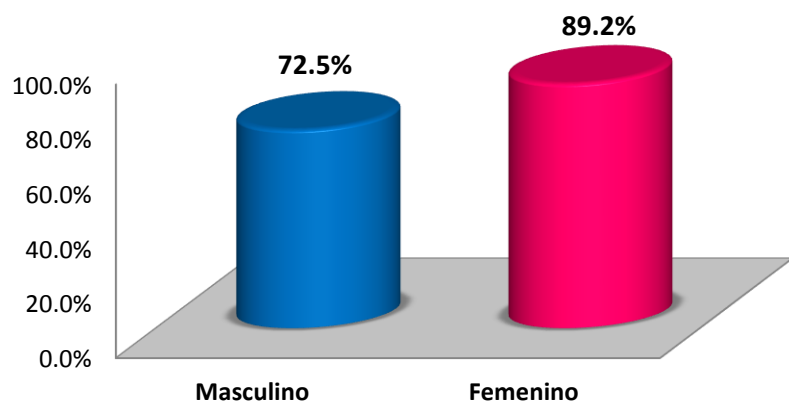
Con la prueba Chi-Cuadrada de Pearson con un valor p de .031 a 3 grados de libertad, se observó una diferencia significativa entre el género mediante SDAI. Ver Tabla 1A

Tabla 1. Distribución por género, nivel de ansiedad con SDAI

GÉNERO	ANSIEDAD NULA N (%)	ANSIEDAD LEVE N (%)	ANSIEDAD MODERADA N(%)	ANSIEDAD ALTA N (%)
Masculino	16 (27.6)	20 (34.5)	11 (19.0)	11 (19.0)
Femenino	15 (10.8)	56 (40.3)	37 (26.6)	31 (22.3)



Gráfica No. 5. Nivel de ansiedad por género según SDAI



Gráfica No. 6. Frecuencia de ansiedad por género según SDAI

Tabla 1A. Prueba de Chi-cuadrada de Pearson por género según SDAI

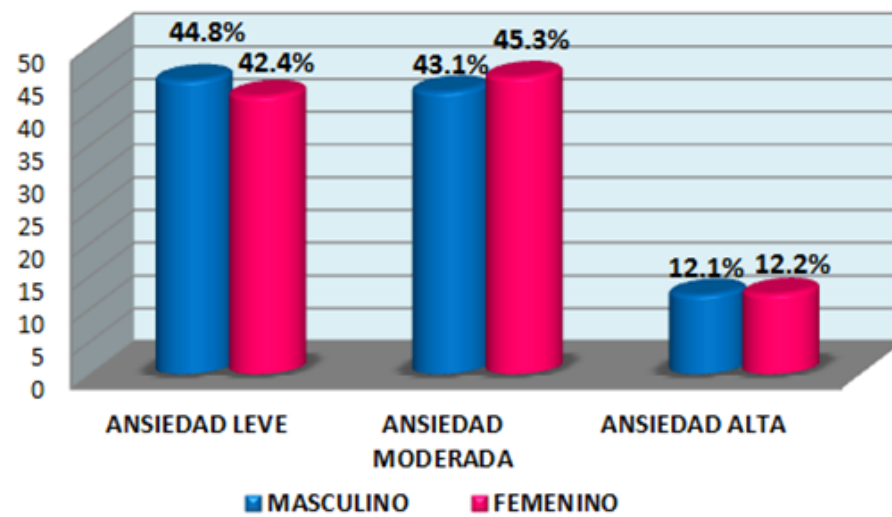
	VALOR	gl	VALOR p (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	8.890 ^a	3	0.031

En cuanto al nivel de ansiedad en relación al género medido a través de EVA-A, se observó lo siguiente: 26 pacientes (44.8%) del sexo masculino y 59 pacientes (42.4%) del sexo femenino en el nivel de ansiedad leve, 25 pacientes (43.1%) del sexo masculino y 63 pacientes (45.3%) del sexo femenino en el nivel de ansiedad moderada y 7 pacientes (12.1%) del sexo masculino y 12 pacientes (12.2%) del sexo femenino en el nivel de ansiedad alta. Ver Tabla 2, Gráfica 7. Los pacientes del sexo femenino presentaron mayor frecuencia de ansiedad con un 57.5% en comparación con los pacientes del sexo masculino que presentaron una frecuencia del 55.2%. Ver gráfica 8

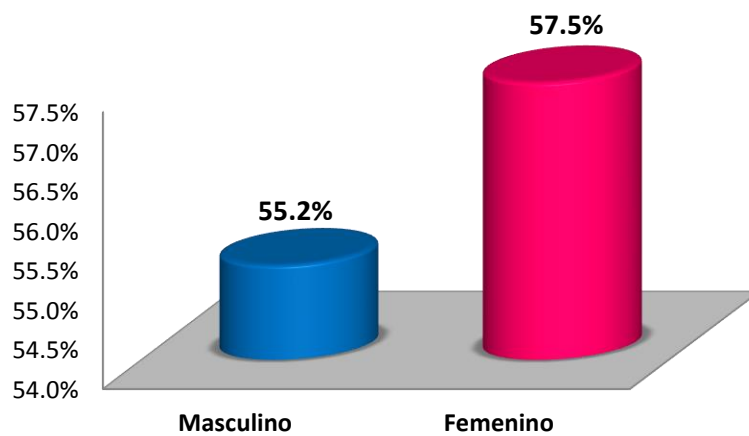
Con la prueba Chi-Cuadrada de Pearson con un valor p de .951 a 2 grados de libertad, se observó que no existe diferencia significativa entre el género mediante EVA-A. Ver Tabla 2A

Tabla 2. Nivel de ansiedad distribuido por género según EVA-A

GÉNERO	ANSIEDAD LEVE N(%)	ANSIEDAD MODERADA N(%)	ANSIEDAD ALTA N(%)
Masculino	26(44.8)	25 (43.1)	7 (12.1)
Femenino	59 (42.4)	63 (45.3)	12 (12.2)



Gráfica No. 7. Nivel de ansiedad distribuida por género según EVA-A



Gráfica No. 8. Frecuencia de ansiedad por género según EVA-A

Tabla 2A. Prueba de Chi-cuadrada de Pearson por género según EVA-A

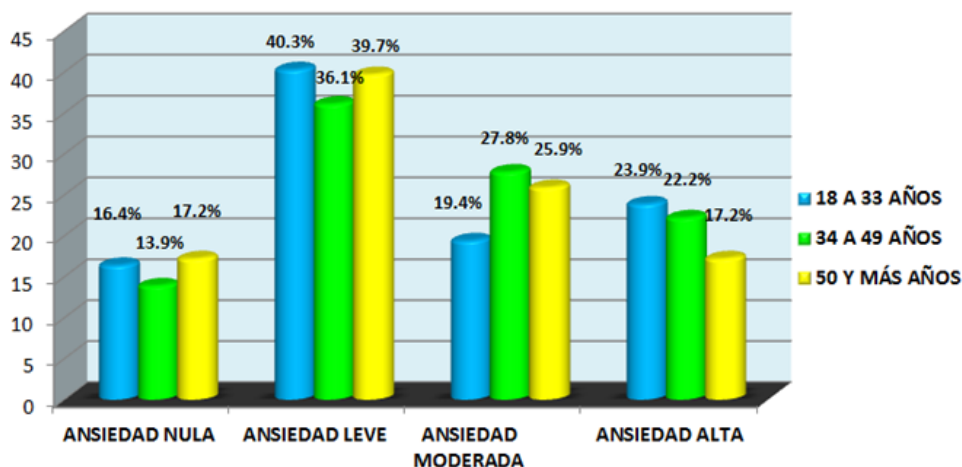
	VALOR	gl	VALOR p (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	100	2	0.951

Al realizar la medición de ansiedad por rangos de edad mediante SDAI, se identificaron dentro del rango de 18 a 33 años: 11 pacientes (16.4%) sin ansiedad, 27 pacientes (40.3%) que experimentaron ansiedad leve, 13 pacientes (19.4%) que experimentaron ansiedad moderada y 16 pacientes (23.9%) que experimentaron ansiedad alta; dentro del rango de 34 a 49 años se identificaron: 10 pacientes (13.9%) sin ansiedad, 26 pacientes (36.1%) que experimentaron ansiedad leve, 20 pacientes (27.8%) que experimentaron ansiedad moderada y 16 pacientes (22.2%) que experimentaron ansiedad alta; dentro del rango de 50 y más se identificaron: 10 pacientes (17.2%) sin ansiedad, 23 pacientes (39.7%) que experimentaron ansiedad leve, 15 pacientes (25.9%) que experimentaron ansiedad moderada y 10 pacientes (17.2%) que experimentaron ansiedad alta. Ver Tabla 3, Gráfica 9. El rango de edad que presentó mayor ansiedad fué el de 18 a 33 años con un 83.6%, seguido por el de 34 a 49 años con un 86.1% y con menor prevalencia el de 50 y más años con un 82.8%. Ver gráfica 10.

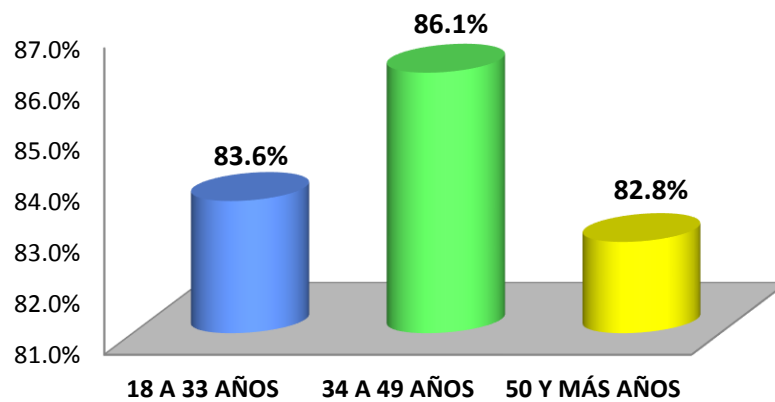
Con la prueba Chi-Cuadrada de Pearson con un valor p de .900 a 6 grados de libertad, se observó que no existe diferencia significativa entre los rangos de edad mediante SDAI. Ver Tabla 3A

Tabla 3. Nivel de ansiedad por rangos de edad según SDAI

RANGOS DE EDAD	ANSIEDAD NULA N(%)	ANSIEDAD LEVE N(%)	ANSIEDAD MODERADA N(%)	ANSIEDAD EXTREMA N(%)
18 A 33 AÑOS	11 (16.4)	27 (40.3)	13 (19.4)	16 (23.9)
34 A 49 AÑOS	10 (13.9)	26 (36.1)	20 (27.8)	16 (22.2)
50 Y MÁS AÑOS	10 (17.2)	23 (39.7)	15 (25.9)	10 (17.2)



Gráfica No. 9. Nivel de ansiedad distribuida por rangos de edad según SDAI



Gráfica No. 10. Frecuencia de ansiedad por rangos de edad según SDAI

Tabla 3A. Prueba de Chi-Cuadrada de Pearson por rangos de edad según SDAI

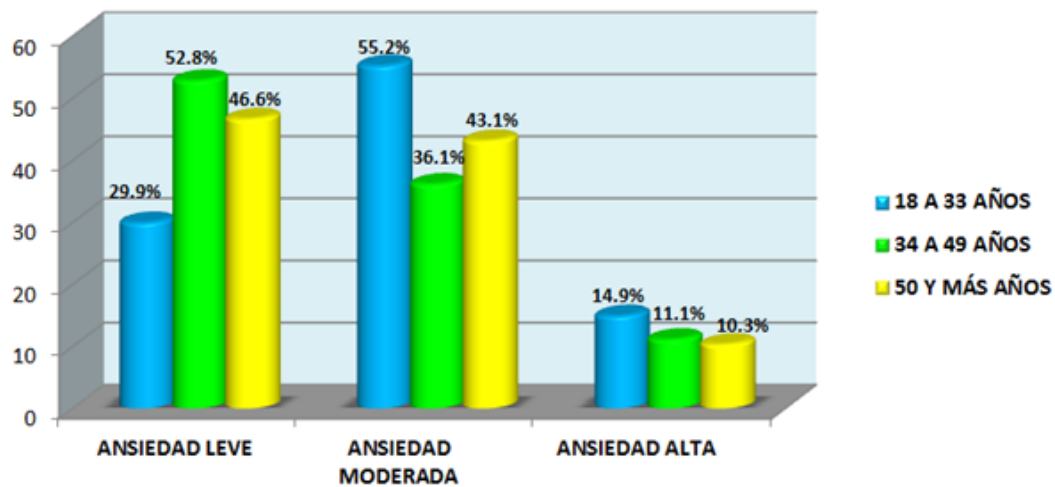
	VALOR	gl	VALOR p (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	2.203	6	0.900

En cuanto al nivel de ansiedad por rangos de edad medido mediante EVA-A, se identificaron dentro del rango de 18 a 33 años: 10 pacientes (29.9%) que experimentaron ansiedad leve, 37 pacientes (55.2%) que experimentaron ansiedad moderada y 10 pacientes (14.9%) que experimentaron ansiedad alta; dentro del rango de 34 a 49 años se identificaron: 38 pacientes (52.8%) que experimentaron ansiedad leve, 26 pacientes (36.1%) que experimentaron ansiedad moderada y 8 pacientes (11.1%) que experimentaron ansiedad alta; dentro del rango de 50 y más años se identificaron: 27 pacientes (46.6%) que experimentaron ansiedad leve, 25 pacientes (43.1%) que experimentaron ansiedad moderada y 6 pacientes (10.3%) que experimentaron ansiedad alta. Ver Tabla 4, Gráfica 11. El rango de edad que presentó mayor ansiedad fué el de 18 a 33 años con un 70.1%, seguido por el de 50 y más años con un 53.4%% y con menor prevalencia el de 34 a 49 años con un 47.1%. Ver gráfica 12

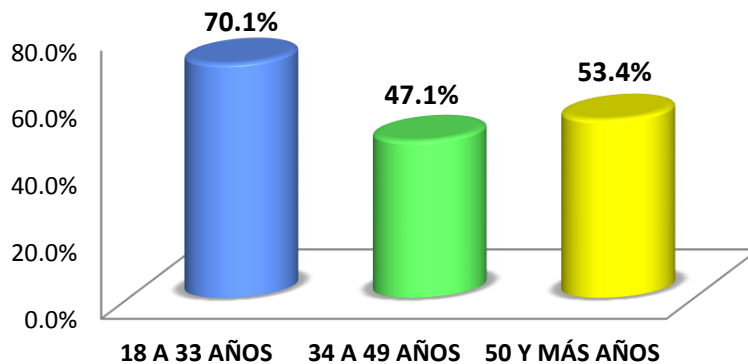
Con la prueba Chi-Cuadrada de Pearson con un valor p de .093 a 4 grados de libertad, se observó que no existe diferencia significativa entre los rangos de edad mediante EVA-A. Ver Tabla 4A

Tabla 4. Nivel de ansiedad por rangos de edad según EVA-A

RANGOS DE EDAD	ANSIEDAD LEVE N(%)	ANSIEDAD MODERADA N(%)	ANSIEDAD ALTA N(%)
18 A 33 AÑOS	20 (29.9)	37 (55.2)	10 (14.9)
34 A 49 AÑOS	38 (52.8)	26 (36.1)	8 (11.1)
50 Y MÁS AÑOS	27 (46.6)	25 (43.1)	6 (10.3)



Gráfica No. 11. Nivel de ansiedad por rangos de edad según EVA-A



Gráfica No. 12. Frecuencia de ansiedad por rangos de edad según EVA-A

Tabla 4A. Prueba de Chi-Cuadrada según EVA-A por rangos de edad

	VALOR	gl	VALOR p (bilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	7.974	4	0.093

DISCUSIÓN

En los resultados de éste estudio se observó que el nivel de ansiedad de mayor frecuencia fué ansiedad leve con (38.6%), esto es similar a lo reportado por Caycedo y cols. en 2008, Cázares de León y Montoya Flores en 2013, donde observaron en sus respectivos estudios que el nivel de ansiedad de mayor frecuencia medido a través de la Escala de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI) fué el anteriormente mencionado, contrario a lo reportado por Arrieta-Vergara en 2013 donde, en su estudio que incluyó 460 pacientes, el nivel de ansiedad de mayor frecuencia observada fue ansiedad nula, aunque también menciona que en general la prevalencia de ansiedad fue alta, lo cual difiere en lo observado en el presente estudio.

Feliz Pérez en 2015, Cázares de León y Montoya flores en 2013, Arrieta-Vergara y cols. en 2013, Caycedo y cols. en 2008, midieron el nivel de ansiedad por género mediante SDAI, Gupta y cols. en 2015, Devapriya y cols. en 2012, midieron el nivel de ansiedad por género mediante la EVA-A, donde en sus estudios respectivamente encontraron que los pacientes del sexo femenino presentaron mayor ansiedad en comparación con los pacientes del sexo masculino, siendo esto similar a los hallazgos del presente estudio, donde, con los resultados de ambas escalas (SDAI y EVA-A), se identificó que los pacientes del sexo masculino presentaron menor índice de ansiedad en comparación con los pacientes del sexo femenino, existe la posibilidad de que los hallazgo están relacionados a factores psicosociales, socioculturales donde la mujer es más abierta al expresar sus emociones de miedo, dolor y que existe una voluntad general a reconocer sensación de ansiedad, pobreza, rol sexual, nivel educativo, apoyo social, rasgos de personalidad entre otros, esto fué mencionado por Álvarez y Casanova en 2006, Gupta y cols. en 2015, y Arrieta-Vergara y cols. en 2013.

En este estudio no se encontró diferencia significativa entre ansiedad y los rangos de edad de los pacientes mediante la SDAI y EVA-A, siendo similar a lo reportado por Gupta y cols. en 2015, donde para su estudio la muestra fué dividida por rangos

de edad, y sus resultados fueron negativos en cuanto a la existencia de diferencia significativa entre los rangos de edad.

Limitaciones del estudio

Como éste estudio se llevó a cabo en pacientes que acuden a consulta en las Clínicas de Enseñanza de la Facultad de Odontología Tijuana de la UABC, los resultados se ven restringidos a dicha población por lo que puede no reflejar los niveles de ansiedad de la población general.

Conclusiones

Durante este estudio se observó que los pacientes que acuden a las Clínicas de Diagnóstico de la Facultad de Odontología Tijuana, de la UABC, presentan diversos niveles de ansiedad siendo la más frecuente ansiedad leve y moderada, por lo que se rechaza la hipótesis nula formulada en este estudio.

Referente al género se observó que los pacientes del sexo femenino presentaron mayores niveles de ansiedad en comparación con los pacientes del sexo masculino, lo que posiblemente se debe a la diferencia de proporciones de la muestra. Bajo las consideraciones que se realizó este estudio, el análisis estadístico revela que existe diferencia significativa entre ansiedad y género, por lo que se concluye que de los pacientes estudiados, los del sexo femenino son más ansiosos que los pacientes del sexo masculino.

Estadísticamente no se observaron diferencias significativas entre los grupos de edad para ninguno de los instrumentos de medición utilizados, es posible que esto se deba al tamaño de la muestra.

Recomendaciones

Los resultados de éste estudio permiten identificar la importancia de realizar investigaciones relacionadas con la ansiedad experimentada por los pacientes, en las diferentes áreas de tratamiento dental, así como abarcar los posibles factores relacionados con la ansiedad, tales como: escolaridad, nivel socioeconómico, experiencias previas, aspectos profesionales entre otros.

Desarrollar programas de formación profesional para el odontólogo dentro del área de ansiedad, así como dar a conocer las diversas herramientas existentes para la identificación rápida de ansiedad y las estrategias para el control y manejo del paciente odontológico.

Referencias

1. Rojas-Alcayaga G, Misrachi-Launert C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av. Odontoestomatol*, 2004; vol. 20, No.4: 185-191.
2. Martínez-Ross E, longg-Rojas R. Manual de psicología para odontólogos. Editorial Ciencia y Cultura de México, 1989; pp. 49-53.
3. Devapriya A, Mythireyi D., Sherley-P. D, Gladius-J. H, Anupama T, Dhayanand-J V. Reliability and validity of the Tamil version of Modified Dental Anxiety Scale. *Journal of Oral Science*, 2012, vol.54, No. 4, 313-320.
4. Pardo-Aldave K. Acción neurotrópica del extracto hidroalcohólico de *Melissa Officinalis* (Toronjil) en el comportamiento del niño ansioso, con y sin experiencia dental. *Revista Kiru*. 2009; Vol. 6, No. 2 : 67-71
5. Krahn N, García A, Gómez L, Astié F. Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Fundamentos en Humanidades*, 2011; Vol. 1, No. 23: 213-222
6. Álvarez J, Aguilar JM, Lorenzo JJ. Test Anxiety in University Students: Relationships with Personal and Academic Variables. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 2012; Vol. 10, No. 1: 333-354.
7. Mento C, Gitto L, Liotta M, Muscatello MRA, Bruno A, Settineri S. Dental anxiety in relation to aggressive characteristics of patients. *INT.J.PSYCHOL.RES*, 2014; Vol. 7 No. 2: 29-37
8. Ríos-Erazo M, Herrera-Ronda A, Rojas-Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av. Odontoestomatol* 2014; Vol. 30 No. 1: 39-46
9. Crocombe LA, Broadbent JM, Thomson WM, Brennan DS, Slade GD, Poulton R. Dental visiting trajectory patterns and their antecedents. *Journal Public Health Dentistry*, 2010; Vol. 71: 23-31.

10. Carballo-Junco JA. Clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico: una propuesta. Revista de la Asociación Dental Mexicana, 1997; Vol. LIV, No.4: 207-214.
11. Cázares-de León F, Moral -de la Rubia J, Montoya-Flores B. Validación del inventario de ansiedad dental versión corta en pacientes adultos mexicanos. Ansiedad y Estrés. 2013; Vol. 19 No. 1: 105-119.
12. Díaz-De-Andrade E. Renalli J. Emergencias Médicas en Odontología. Editora Artes Médicas Ltda. 2004;21-22
13. Arrieta-Vergara K, Díaz-Cárdenas S, Verbel-Bohórquez J, Hawasly-Pastrana N. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en odontología. REV CLINMED FAM 2013; Vol. 6, No.1:17-24
14. Campillo-Rodríguez M. Entrenamiento en Imaginación Guiada: Manejo del Miedo a las intervenciones odontológicas. Procesos Psicológicos y Sociales, 2005; Vol. 1 No. 1
15. Gordon D, Heimberg RG, Tellez M, Ismail AI. A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. J Anxiety Disord. 2013;Vol. 27 No.4: 365- 378.
16. Díaz-Almenara EM, San-Martín-Galindo L, Ruiz-Veguilla M. Miedo al dentista e intervenciones para reducirlo. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. 2013; vol 9: 53-55
17. Armfield J. Australian population norms for the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C). (2011). Australian Dental Journal, Mar;56(1),16-22
18. Benítez-Salazar M, Montoya-Cañón S. Frecuencia de asistencia a la consulta odontológica en estudiantes de secundaria de Pereira y los factores emocionales asociados. Rev Nac Odontol. 2015; Vol.11 No.21:75-81.
19. Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. J Minim Interv Dent 2009; Vol. 2 No.1: 237-248
20. De-La-Cruz-Herrera E. Tesis de ansiedad y miedos dentales en niños de edad escolar de la esc. Primaria Francisco H. Santos de Coatzacoalcos.

2011.

21. Rivera-Zelaya IC, Fernández-Parra A. Ansiedad y miedos en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005; Vol 37, No 3, 461-475
22. Lima-Álvarez M y Casanova Y, Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico, *Humanidades Médicas*. 2006; Vol 6 No.16
23. Saatchi M, Abtaahi M, Mohammadi G, Mirdamadi M, Sadaat-Binandeh. The prevalence of dental Anxiety and fear in patients Tolsfahan Dental School, Iran. *Dental Research Journal* 2015; Vol 12, No. 3: 248-253
24. Lima-Álvarez M, Rivero-Varona T, y Pérez-Cederrón R. Algunos factores de riesgo y fenómenos psicológicos relacionados con el estado de salud bucal. *Rev Hum Med [online]*. 2007, vol.7, No.3
25. López-Soto OP, Cerezo-Correa MP, Paz-Delgado AL. Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 9 (18): 124-136, enero-junio de 2010
26. Arslan S, Tarim-Ertas E, Ülker M. The Relationship Between Dental Fear and Sociodemographic Variables. *Erciyes Tip Dergisi (Erciyes Medical Journal)*. 2011; Vol. 33, No. 4: 295-300.
27. CoolidgeT, Arapostathis KN, Emmanouil D, Dabarakis N, Patrikiou A, Economides N, Kotsanos N. Psychometric properties of Greek versions of the Modified Corah Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Survey (DFS). *BMC Oral Health* 2008; Vol.8, No. 29.
28. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. The use of dental anxiety questionnaires: a survey of a group of UK dental practitioners. *British Dental Journal* 200; Vol. 190, No. 8: 450-453.
29. Mohammed RB, Lalithamma T, Varma DM, Sudhakar KN, Srinivas B, Krishnamraju PV, Shaik AB. Prevalence of dental anxiety and its relation to age and gender in coastal Andhra (Visakhapatnam) population, India. *J Nat Sci Biol Med*. 2014; Vol. 5, No. 2:409-414.
30. Kirova DG, Atanasov DT, Lalabonova CK, Jenevska S. Dental anxiety en adults in Bulgaria, *Folia Med (Plovdiv)*, 2010; Vol. 52, No. 2:49-56.

31. Woodmansey KF. The Prevalence of Dental Anxiety in Patients of a University Dental Clinic. *Journal of American College Health*, vol. 54, no. 1
32. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE. The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms. *Community Dental Health*. 1995; Vol. 12, No. 3: 143-150
33. Caycedo C, Cortés OF, Gama R, Rodríguez H, Colorado P, Caycedo M et. al. Ansiedad al tratamiento odontológico: Características y diferencias de género. *Suma Psicológica*. 2008; Vol. 15, No. 1: 259-78.
34. Del Pozo Bassi J, et al. Comparación en los niveles de ansiedad en pacientes previo a la realización de terapia endodóntica y periodontal. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2015; Vol.8, No. 3: 208-212
35. Akarslan ZZ, Erten H, Uzun O, Iseri E, Topuz O. Relationship between trait anxiety, dental anxiety and DMFT indexes of Turkish patients attending a dental school clinic. *East Mediterr Health Journal*. 2010; Vol. 16, No. 5: 558-62
36. Berggren, U.; Hakeberg, M.; Carlsson, S. Relaxation vs. Cognitively oriented therapies for dental fear. *Journal of Dental Research*. 2000; Vol. 79 No. 9: 1645-1652.
37. Aartman, I.H. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1998; Vol. 26, No. 5: 350-354.
38. Feliz-Pérez N. Factores determinantes del trastorno de ansiedad generalizada en la consulta dental, periodo Mayo-Agosto. *Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic*. 2015; Vol. 2, No. 2: 1-5
39. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 2002; Vol.12, No. 1: 47-52.
40. Facco E, Stellini, Bacci C, Manani G, Pavan C, Cavallin F, Zanette G. Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation. *Idizioni Minerva Medica* 2013; Vol. 79 No. 12: 1389- 1395
41. Khosravi Shahi P, del Castillo Rueda A, Pérez Manga G. Manejo del dolor oncológico. *An Med Interna (Madrid)* 2007; Vol. 24: 554-557
42. Devapriya A, Sangeetha S, Anupama T, Lokesh D. Dental Anxiety Among Adults: An Epidemiological Study in South India. *North American Journal of*

Medical Sciences. 2015.Vol. 7, No.1

43. Gupta G, Shanbhag N, Puranik M-P. Cross-Cultural Adaption of Kannada Version of Modified Dental Anxiety Scale Among an Adult Indian Population. J Clin Diagn Res. 2015; No. 9, Vol. 9: 34-38
44. Rojas-Alcayaga G, Harwardt-Montalva P, Sassenfeld-Jonquera A, Molina-Muñoz Y, Herrera-Ronda A, Ríos-Erazo M, Misrachi-Launert C. Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. Acta Odontológica Venezolana. 2011; Vol 49, no.4: 63-65.
45. Lima-Álvarez M, Guerrier-Granela L, Toledo-Amador A. Técnicas de relajación en pacientes con ansiedad al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med 2008, Vol.8 No.2-3
46. Hines S, Steels E, Chang A, Gibbons K. Aromaterapia para el tratamiento de las náuseas y los vómitos posoperatorios. 2012 No. 4;. DOI: 10.1002/14651858.CD007598.pub2 interview review
47. Quiroz-Torres J, Melgar RA. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Rev Estomatol Herediana. 2012; Vol. 22, No. 2:129-136
48. Loreto-Bancalari S. Patricio-Oliva M. Efecto de la Musicoterapia sobre los Niveles de Estrés de los Usuarios Internos de la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo. Int. J. Odontostomat. 2012; Vol. 6, No. 2:189-193.
49. López-Yee L. Efectos de la musicoterapia para reducir la ansiedad durante el procedimiento de Exodoncia Quirúrgica. Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias de la Salud. 2016. pp. 23-24
50. Díaz-Orueta U, Flavio Banterla, Gema Climent. Isla calma: realidad virtual para la distracción del dolor y la ansiedad en el afrontamiento del miedo al dentista. Ansiedad y Estrés. 2014; Vol. 20, No. 2-3.
51. Muñoz-Manzano E, Soto-Fernández A, López-Rodríguez A, Orellana-Alvarado M, Vinent-Dudéfay L. Hipnosis como complemento en la cirugía oral del adulto mayor. Rev Cubana Estomatol. 2013; Vol. 50, No..

52. Betancourt-Flores MJ, Arias-Papaqui SA, Larrazábal-Osorio EO, Betancourt-Sánchez MJ. Caries dental como factor de riesgo asociado con síntomas de ansiedad. Rev Odontol Latinoam, 2014; Vol. 6, No. 1: 1-7

ANEXOS

Anexo 1 AUTORIZACIÓN

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA TIJUANA

Oficio No. 166/2015-2

C. SELESTE RAMIREZ OLIVAS
DOCENTE DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE:

En respuesta a su petición para realizar actividades de recolección de datos necesarios para el desarrollo de su proyecto de tesis: "Evaluación de la ansiedad en pacientes odontológicos usuarios de las Clínicas de la Facultad de Odontología Tijuana, de la Universidad Autónoma de Baja California", **en mi calidad de Director de ésta Facultad, le doy plena autorización**, para que pueda hacer la aplicación de encuestas SDAI (Ansiedad Dental versión Corta), a los pacientes que acuden a dichas Clínicas de nuestra Facultad, y logre mediante esta aplicación, enriquecer el contenido sustancial de su proyecto.

Sin otro particular de momento, me es grato reiterarme como siempre a sus respetables órdenes..

ATENTAMENTE
"POR LA REALIZACIÓN PLENA DEL HOMBRE"

Tijuana Baja California, 02 de octubre de 2015

M.O. JOSÉ FRANCISCO RAYGOZA MACÍAS

Director

Universidad Autónoma
de Baja California



Facultad de
Odontología
Tijuana, B.C.

C.c.p. Archivo

Anexo 2 Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA** **PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Título de proyecto: Identificación del grado de ansiedad en pacientes odontológicos usuarios de las Clínicas de la Facultad de Odontología Tijuana, de la Universidad Autónoma de Baja California

Tesista: C.D. Seleste Ramírez Olivas

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Por medio de éste documento se le hace una cordial invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación, el cual tiene como objetivo identificar el nivel de ansiedad en el paciente odontológico usuario de las Clínicas de la Facultad de Odontología, de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le haremos algunas preguntas de identificación, si ha recibido tratamiento dental anteriormente, se le aplicará un cuestionario (Escala de Ansiedad dental versión corta SDAI) acerca de cuestiones generales de nerviosismo y ansiedad que siente antes y durante el tratamiento dental, como por ejemplo ¿Comienzo a ponerme nervioso cuando el odontólogo me invita a sentarme en la silla? Las preguntas de la escala SDAI se presentan en forma de afirmaciones y se le pedirá que exprese su reacción eligiendo solo una de las 5 respuestas posibles, al término se sumarán las puntuaciones de cada respuesta para obtener la puntuación final y poder identificar en qué nivel de ansiedad se encuentra, además se le solicitará responder utilizando la Escala visual análoga de ansiedad que elija una opción de número que corresponde a su estado actual.

El cuestionario tendrá una duración aproximada de 5 minutos. Le aclaramos que el cuestionario de información de identificación, cuestionario de la Escala de Ansiedad Dental (SDAI) y Escala visual análoga, serán realizados por personal capacitado.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con la investigación que se llevará a cabo en las Clínicas de la Facultad de Odontología, de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación:

No existen riesgos para ningún paciente, que se incluya en el presente estudio.

Participación Voluntaria/Retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en las Clínicas de Odontología, de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana.

Números a Contactar:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Selesté Ramírez Olivas al siguiente número de teléfono (664) 155-11-12 en un horario de 9 am a 2 pm.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx. Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante:

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo 1:

Dirección

Firma:

Relación con el participante

Fecha:

Día / Mes / Año

Nombre Completo del Testigo 2:

Dirección

Firma:

Relación con el participante

Fecha:

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Formato: Carta de Consentimiento Adultos INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Versión Octubre 7, 2013

Anexo 3 Formato de cuestionario de información, escalas SDAI y EVA-A

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. de Encuesta: _____ Encuestador: _____

Edad:

(18 -33 años) _____ (34-49 años) _____ (50 y más años) _____

Sexo:

1) Masculino _____ 2) Femenino _____

Tratamiento dental previo:

SI () NO ()

INDICACIONES: Marque con una X la opción que más se asemeje a su estado actual.

ESCALA DE EANSIEDAD DENTAL VERSIÓN CORTA (SDAI)						
	Siempre	Muy frecuente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	PUNTUACIÓN ** TOTAL
1. Comienzo a ponerme nervioso cuando el odontólogo me invita a sentarme en la silla.						
2. Cuando el odontólogo va a extraerme un diente, me siento realmente asustado en la sala de espera						
3. Cuando voy en camino al consultorio pienso en el sonido de la fresa, me dan ganas de no ir						
4. Quiero irme del consultorio cuando pienso que el dentista no me va a explicar lo que hará en mis dientes.						
5. En el momento en que el dentista prepara la jeringa con la anestesia cierro mis ojos fuertemente						
6. En la sala de espera sudo y tiemblo cuando pienso que es mi turno de pasar a la consulta.						
7. Cuando voy hacia el consultorio me pongo ansioso, solo de pensar que tendrá que usar la fresa conmigo						
8. Cuando estoy sentado en la silla y no sé lo que el dentista está haciendo en mi boca, me pongo nervioso.						
9. En mi camino hacia el consultorio la idea de estar sentado en la silla me pone nervioso y sudo						

****PARA SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR.** Puntaje de ansiedad: _____

INDICACIONES: Marque con una X la opción de número que más se asemeje a su estado actual.



Anexo 4 Tabla de concentrados de datos

PACIENTE	SEXO	RANGO DE EDAD	TRATAMIENTOS PREVIOS	NIVEL DE ANSIEDAD SDAI	NIVEL DE ANSIEDAD EVA-A
1	1	2	1	3	1
2	1	1	2	0	2
3	1	1	1	1	2
4	1	1	2	3	2
5	2	1	1	1	1
6	2	1	1	3	1
7	2	1	1	3	1
8	2	2	1	1	2
9	2	2	1	1	1
10	1	2	1	0	1
11	2	1	2	3	2
12	2	1	1	3	2
13	2	1	2	3	2
14	1	2	1	0	3
15	2	1	1	3	3
16	2	2	1	3	3
17	2	1	1	3	3
18	2	1	1	2	2
19	2	2	1	2	2
20	2	2	1	0	1
21	1	3	1	3	2
22	2	1	1	1	2
23	2	2	1	3	2
24	2	2	1	3	2
25	2	1	1	0	1
26	2	1	1	0	2
27	2	2	1	3	2
28	2	3	1	0	2
29	1	2	1	2	2
30	1	2	2	1	1
31	2	2	1	1	1
32	2	2	1	1	1
33	2	3	1	0	3
34	2	3	1	3	3
35	2	3	1	3	2

36	2	2	1	2	1
37	2	3	1	2	1
38	2	1	1	1	2
39	2	2	1	2	2
40	1	1	1	1	2
41	1	3	1	1	1
42	2	3	1	1	1
43	2	3	1	2	2
44	2	2	1	2	2
45	2	2	1	2	2
46	2	3	1	0	1
47	1	3	1	2	1
48	1	3	1	2	3
49	2	2	2	2	1
50	2	2	1	1	1
51	2	1	1	1	1
52	2	1	1	2	3
53	1	1	1	2	2
54	1	1	1	2	2
55	2	2	1	1	2
56	2	2	2	2	2
57	1	2	2	0	1
58	1	1	2	2	2
59	2	1	2	2	1
60	2	1	1	1	2
61	2	1	1	3	3
62	2	3	1	2	2
63	2	2	1	3	3
64	2	1	1	2	2
65	2	1	1	1	1
66	2	2	1	3	3
67	1	3	2	0	1
68	2	1	1	3	2
69	2	1	1	1	2
70	2	2	1	3	2
71	2	2	1	3	2
72	2	1	1	0	1
73	1	1	1	1	1
74	2	2	2	2	1
75	2	3	1	2	2
76	1	3	1	0	1

77	1	2	1	1	1
78	2	2	2	1	1
79	2	2	1	0	1
80	2	3	1	3	3
81	2	3	1	3	3
82	2	3	1	1	1
83	2	2	1	2	1
84	2	2	1	2	1
85	2	3	2	1	2
86	2	1	1	0	2
87	2	2	1	2	2
88	1	1	1	1	2
89	1	3	2	1	1
90	2	3	1	2	2
91	2	2	1	2	2
92	2	3	2	1	1
93	2	3	2	1	1
94	2	3	1	1	1
95	2	3	1	1	1
96	2	3	1	1	1
97	2	3	1	1	1
98	2	3	1	1	1
99	1	1	1	0	1
100	2	2	1	1	1
101	1	1	1	0	1
102	2	1	2	1	1
103	2	1	1	1	1
104	2	1	1	2	2
105	2	1	1	2	2
106	2	1	2	1	1
107	2	2	1	1	2
108	1	2	2	0	1
109	2	1	1	1	2
110	2	1	1	1	2
111	1	2	1	1	2
112	2	1	2	3	3
113	2	2	1	3	3
114	2	1	1	3	3
115	2	1	1	3	3
116	1	3	1	0	1
117	2	2	1	3	3

118	1	2	1	0	2
119	2	2	2	0	1
120	2	1	1	1	2
121	2	3	1	1	2
122	2	3	1	1	2
123	2	3	1	1	2
124	2	1	1	1	1
125	1	1	1	2	2
126	2	2	1	2	1
127	2	3	1	2	2
128	1	2	1	3	3
129	1	2	1	1	1
130	2	2	1	1	1
131	2	2	1	1	1
132	1	3	1	1	2
133	1	1	1	0	1
134	1	3	2	3	2
135	2	2	1	2	1
136	2	3	2	3	2
137	2	1	1	1	2
138	2	2	1	2	2
139	1	1	2	1	2
140	1	3	2	2	2
141	2	2	1	1	1
142	2	3	1	1	1
143	2	3	1	2	2
144	2	3	1	2	2
145	2	3	1	1	1
146	1	3	1	3	2
147	1	3	1	1	2
148	2	2	1	1	1
149	2	2	1	1	1
150	2	2	1	1	1
151	1	3	1	0	1
152	2	1	1	1	1
153	2	1	1	2	2
154	2	2	2	1	2
155	2	2	1	1	1
156	1	1	1	3	3
157	1	2	1	3	2
158	2	1	1	1	2

159	2	1	2	3	3
160	1	3	2	0	1
161	1	1	1	1	2
162	2	1	1	2	2
163	2	2	1	2	2
164	2	3	1	1	2
165	2	2	1	0	1
166	1	3	1	0	1
167	2	1	1	1	2
168	2	1	1	1	2
169	2	3	2	1	2
170	2	2	1	3	1
171	2	1	1	0	1
172	2	2	1	3	2
173	1	1	1	1	1
174	2	3	1	2	2
175	1	2	1	1	2
176	1	2	2	1	1
177	2	2	1	1	1
178	2	2	1	0	1
179	1	3	1	2	1
180	1	1	1	0	1
181	2	3	1	3	2
182	2	2	1	2	1
183	2	3	1	2	1
184	2	1	1	0	2
185	2	2	1	2	2
186	1	1	1	1	2
187	2	2	1	1	1
188	2	2	1	1	1
189	1	3	1	1	1
190	2	3	1	0	1
191	2	2	1	2	2
192	1	3	1	2	1
193	1	3	1	1	2
194	1	1	1	2	2
195	1	1	2	3	3
196	1	2	1	3	3
197	1	3	1	3	3

Anexo 5 valor numérico para cada dato

SEXO
1 = MASCULINO
2 = FEMENINO

TX PREVIOS
1 = SI
2 = NO

RANGOS DE EDAD
1 = (18-33)
2 = (34-49)
3 = (50 Y MÁS)

ANSIEDAD SDAI
0 = NADA
1 = LEVE
2 = MODERADO
3 = EXTREMO

ANSIEDAD EVA-A
1 = LEVE
2 = MODERADO
3 = EXTREMO