

**“CORRELACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE ANSIEDAD ANTE EL
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO ENTRE EL ESTUDIANTE Y EL
AUTOREPORTE DEL PACIENTE”**

Investigadores

**CARDENAL PIRAZAN RAFAEL
CASTAÑEDA DELGADO ANDREA JHOANA
LUQUE PAOLA ANDREA
MEDINA VALERO GLORIA LOURDES
MELO MARTINEZ YURY ROCÍO**

**Trabajo de grado para optar el título de
Odontólogo (a)**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
BOGOTÁ D.C,
II-2009.**

**“CORRELACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE ANSIEDAD ANTE EL
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO ENTRE EL ESTUDIANTE Y EL
AUTOREPORTE DEL PACIENTE”**

Investigadores

**CARDENAL PIRAZAN RAFAEL
CASTAÑEDA DELAGADO ANDREA JHOANA
LUQUE PAOLA ANDREA
MEDINA VALERO GLORIA LOURDES
MELO MARTINEZ YURY ROCÍO**

Asesor Científico

DR. GERMÁN JESÚS BARAHONA CAYCEDO

Asesor Metodológico

DRA. MARTHA LUCIA CAYCEDO

Asesor Estadístico

DRA. CLARA LÓPEZ DE MESA

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
BOGOTÁ D.C,
II-2009**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, quienes nos brindaron su apoyo incondicional, su respaldo en todo momento y entrega durante todo el proceso, por que sin su respaldo y ayuda no habría sido posible culminar con éxito esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Institución Universitaria Colegios de Colombia y a todo su equipo de profesionales; científicos íntegros, especialistas de gran trayectoria, especialmente a nuestro asesor Científico el DR. GERMÁN JESÚS BARAHONA CAYCEDO, nuestra asesora metodológica la DRA. MARTHA LUCIA CAYCEDO y nuestra asesora estadística, la DRA. CLARA LÓPEZ DE MESA, quienes nos brindaron su invaluable apoyo y conocimiento, gracias.

CONTENIDO

	Página
1. ASPECTO TEÓRICO CIENTÍFICO.....	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	12
1.3 IMPACTO	13
1.4 MARCO TEÓRICO.....	13
1.4.1 Escalas de medidas de la ansiedad.....	15
1.4.2 Etiopatogenia.....	16
1.4.3 Ansiedad ante la atención odontológica.....	17
1.4.4 Manifestaciones.....	19
1.4.5 Prevalencia.....	20
1.4.6 Tratamiento.....	21
1.5 OBJETIVOS	21
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	21
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	22
2.1 TIPO DE ESTUDIO	22
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	22
2.3 POBLACIÓN OBJETO	22
2.4 MUESTRA.....	22
2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	22
2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22

2.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	22
2.6	VARIABLES.....	24
2.7	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
2.8	PROCEDIMIENTO.....	28
3.	RESULTADOS.....	31
4.	DISCUSIÓN.....	37
5.	CONCLUSIONES.....	40
6.	RECOMENDACIONES.....	42
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	43

INTRODUCCIÓN

La ansiedad ante el tratamiento odontológico es una condición de alta incidencia que ha llamado la atención de psicólogos y odontólogos por sus consecuencias en la salud oral (abandono del tratamiento, inasistencia a citas, bruxismo, entre otros); se entiende por ansiedad a un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión (desconfianza) respecto al futuro (American Psychiatric Association ,1998).

En la práctica odontológica es marcada por reportes de dificultad en la relación profesional/paciente, la cual se puede atribuir, en muchos casos, a la falta de habilidad del estudiante generando ansiedad en el paciente (Pereira, 1995).

La ansiedad también es entendida como una respuesta a situaciones en las cuales la fuente de amenaza para el individuo no está bien definida; es ambigua o no está objetivamente presente. (Singh KA, 2000)

Clínicamente la ansiedad se puede manifestar mediante conductas como: sudores, taquicardia, temblores, hipersensibilidad al dolor, cerrar la boca, mover la cabeza, dar manotazos, gritar, quejarse, llorar o por retraso en la petición de consulta y anulación de citas (Rojas, 2004).

Hay Marcadores de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de ansiedad como son contexto social o familiar del paciente, pero también sus propias

características donde se integran tanto sus rasgos temperamentales como la presencia de manifestaciones psicopatológicas (Rojas, 2007).

MOORE R, BRODSGAARD en 1991 clasificó la ansiedad ante el tratamiento odontológico en cuatro tipos: Tipo I, caracterizada por el miedo a un estímulo específico. Tipo II, caracterizada por temor a las reacciones somáticas-pánico. Tipo III, caracterizada por ansiedad generalizada. Tipo IV, caracterizada por desconfianza al personal odontológico (Moore, 1991).

Se han desarrollado diferentes medidas válidas que permiten conocer los niveles de ansiedad (Corah, 1969; Corah, Gales, & Illig, 1978; Dailey, Humphris, y Lennon, 2002; Weisenberg, et al., 1974; Chaves and Brown, 1978, Newton y Buck, 2000) algunos de los cuales miden la ansiedad momentos previos a la consulta y durante el tratamiento específicamente, como la Escala de Ansiedad Dental (DAS) introducida por Corah NL en 1969, la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) introducida por Humpris en 1995 que consta de cinco preguntas focalizadas en ítems patognomónicos para fobia dental, adiciona preguntas de ansiedad respecto a la inyección. Otras escalas también han sido citadas DAQ (Dental Anxiety Question); Photo Anxiety Questionnaire ;STAI (State Trait Anxiety Inventory), La Escala de Ansiedad Dental (DAS) ha sido la más usada para medir la ansiedad seguida de la S-DAI (Short- Dental Anxiety Inventory) que mide el dolor durante el procedimiento (Firath, 2006).

Según Lima Álvarez y colaboradores 2005, se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al odontólogo, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental (Lima, 2004)

La manipulación de la zona bucal por parte del odontólogo, genera en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al odontólogo es una de las atenciones en salud que más miedo y ansiedad les provoca (Rojas, 2004)

El objetivo de la investigación fue Identificar la capacidad del estudiante de percibir el grado de ansiedad que se presentan en los pacientes que asisten a las clínicas del Colegio Odontológico en Bogotá y Cali, pues es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir el estado ansioso del paciente, para conseguirlo es fundamental el estilo interpersonal en el cual se desarrolle la relación paciente-odontólogo. Según Sanclemente y Ballet, el conocimiento del nivel de ansiedad del paciente por parte del odontólogo, antes de iniciar el tratamiento es clave para que el odontólogo pueda tratarlo. Por lo cual es necesario que el estudiante tenga clara las manifestaciones de un paciente ansioso y sepa cuál es la manera de manejar la situación y dar atención oportuna al paciente (Sanclemente, 2006)

1. ASPECTO TEÓRICO CIENTÍFICO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Lima Álvarez y colaboradores 2005, se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al odontólogo, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental (Lima, 2006).

La manipulación de la zona bucal por parte del odontólogo, genera en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al odontólogo es una de las atenciones en salud que más miedo y ansiedad les provoca (Rojas, 2004)

Por lo anterior surge el interrogante, ¿Cuál es el grado de percepción de la ansiedad en los pacientes por los estudiantes de la Institución Universitaria Colegios de Colombia clínica Bogotá - Cali?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La ansiedad ante el tratamiento odontológico es una condición de alta incidencia que ha llamado la atención de psicólogos y odontólogos por sus consecuencias en la salud oral y en el bienestar de los pacientes y que por su naturaleza requiere una aproximación interdisciplinaria.

Es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir el estado ansioso del paciente, para conseguirlo es fundamental el estilo interpersonal en el cual se desarrolle la relación paciente-odontólogo (Rojas, 2004). Según Sanclemente y Ballet, el conocimiento del nivel de ansiedad del paciente por parte del odontólogo, antes de iniciar el tratamiento es clave para que el odontólogo pueda tratarlo. Por lo cual es necesario que el estudiante tenga clara las manifestaciones de un paciente ansioso y sepa cuál es la manera de manejar la situación y dar atención oportuna al paciente (sanclemente, 2006).

1.3 IMPACTO

Aportar conocimientos de la ansiedad en los pacientes durante la consulta odontológica para lograr una mejor comunicación y relación paciente- estudiante a partir de la comparación de los resultados de los instrumentos que serán aplicados.

1.4 MARCO TEÓRICO

La ansiedad se define como un sentimiento de alertización o un temor difuso acompañado de una o varias sensaciones corporales recurrentes, que advierte sobre un peligro amenazante y permite a la persona tomar medidas para enfrentarlo, siendo dicha amenaza desconocida, interna, vaga y de origen conflictivo (Aritzizabal, 2004).

La ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto Negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión (desconfianza) Respecto al futuro. La

ansiedad es entendida como una respuesta a situaciones en las cuales La fuente de amenaza para el individuo no está bien definida; es ambigua o no está objetivamente presente. Algunos autores señalan que la ansiedad del paciente es una variable que Interfiere significativamente en la calidad de la atención dental y plantean la necesidad de aplicar estrategias para su control. Ellos separan las intervenciones posibles en tres categorías: relajación, distracción y percepción de control de estímulos.(Singh KA,y col, 2000)

La ansiedad es un factor importante que es entendida como un estado desagradable, efectivo y emotivo, de penoso sufrimiento, en el cual se ve un peligro o una amenaza, que puede no existir en realidad o, que no es proporcional a la reacción que desencadena en el individuo. La ansiedad es el factor que aporta el más alto grado de presión en una persona con dolor y actúa, a su vez, como un retro-alimentador positivo de mismo, es decir, que tiende no sólo a mantenerlo sino a incrementarlo, llegándose a establecer en ocasiones un círculo vicioso que puede permanecer y avanzar hasta tal punto que, cuando se suprime la causa puede persistir el dolor (Tobón, 2000)

La Ansiedad-Estado se considera como un estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión, y por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La Ansiedad-Rasgo señala una relativamente estable propensión ansiosa en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras afectando a las acciones habituales del sujeto. Se trata de una

característica de la personalidad permanente en la dinámica mental de cada individuo, y no expuesta a los factores o estímulos que percibe el sujeto; supone una permanencia en la ansiedad del sujeto y explica las diferencias individuales en la intensidad de respuesta ante circunstancias idéntica (Sánchez, 2004)

1.4.1 Escalas de medidas de la ansiedad

Medidas de autoinforme: hace referencia a que el sujeto da información sobre lo que le está pasando.

Instrumentos de medida: entrevista, autoregistros, cuestionarios, inventarios y escalas: pruebas de lápiz y papel.

Enfoque de rasgos: Rasgo: tendencia a responder de una manera determinada). Intenta evaluar la tendencia del sujeto a reaccionar de forma ansiosa. Emplea preferentemente cuestionarios que evalúan la ansiedad presentando respuestas que el sujeto debe cuantificar según su frecuencia de aparición en el repertorio habitual de comportamiento.

Escalas más conocidas para medir el rasgo: M.A.S (Taylor) 1953 de preguntas de verdadero y falso, la cual utiliza dobles negaciones y S.T.A.I (Spielberger y Cols, 1970), la cual evalúa rasgos y estados de ansiedad (momento y generalmente, dos puntuaciones). (Gravidanza, 1999).

Críticas: no tienen en cuenta la situación, los aspectos de la situación y se ha criticado la estabilidad del rasgo (Gravidanza, 1999).

El cuestionario de Ansiedad Cognitivo – Somática (CACS; Valderrama y Domínguez, Salvaterra, Borrás y Fernández, 1994), consta de 14 reactivos con opción de respuesta de nunca a siempre, 7 reactivos miden Ansiedad cognitiva y los otros 7 Ansiedad somática.

La escala de Predisposición a la Activación (APA); traducida y adaptada por Valderrama, Domínguez, López, Liceaga, y Fernández, 1994. Es una escala diseñada con 12 reactivos que miden el nivel de excitabilidad psicofisiológica. Esta escala fue diseñada para evaluar la ansiedad – rasgo. (Morales, 2001)

M-DAS(Escala de Ansiedad Dental Modificada)

DAQ (Dental Anxiety Question)

Photo Anxiety Questionnaire

S-DAI (Short- Dental Anxiety Inventory)

STAI (State Trait Anxiety Inventory).

1.4.2 Etiopatogenia

La ansiedad es multifactorial, y entre las causas más relevantes se encuentran: los miedos generales del paciente, experiencias previas dolorosas, la edad del paciente. La ansiedad es adquirida durante la infancia y puede prevalecer en la etapa adulta.(Sanclemente, 2006)

Asumiendo que el miedo y la ansiedad en relación al ambiente odontológico son adquiridos y no innatos, varias hipótesis han surgido intentando explicar su etiología. Parece haber tres factores que estarían desencadenando el proceso de

ansiedad: novedad, inseguridad y expectativa. Las experiencias nuevas ocasionan inseguridad, ya que hay necesidad de adaptarse a una nueva situación ante algo desconocido y eso no es agradable para el ser humano. Con relación a la expectativa, ésta ocasiona un aumento del nivel de ansiedad, encerrando el círculo de los tres factores (Wallena Albuquerque, 2007)

Reacción autonómica (aumento del tono simpático) y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal con liberación e incremento de catecolaminas incrementada, así como alteración de niveles de neurotransmisores, con elevación de serotonina y dopamina y disminución del GABA, a nivel de la corteza temporal, lóbulo occipital, locus coeruleus y corteza prefrontal e hiposensibilidad de receptores alfa 2 presinápticos plaquetarios (y posiblemente postsinápticos)

1.4.3 Ansiedad ante la atención odontológica

La ansiedad ante el tratamiento odontológico, llamada también fobia dental, ansiedad dental u odontofobia, está considerada en la categoría de fobias específicas y por extensión, se consideran los mismos criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para esta categoría. La fobia ante el tratamiento odontológico es definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental, o ante el propio tratamiento dental (Caycedo,C, 2006)

Según Lima y Casanova, la ansiedad dental describe aprehensión más profunda que interfiere con el tratamiento rutinario y que requiere una atención especial.

Fobia: (del gr. phobeomai, temer). Aversión apasionada, temor morboso. Mórbida

asociación de miedo con ansiedad, un miedo persistente e irracional que resulta en un imperioso deseo de evitar el objeto de terror, actividad o situación. La fobia dental se considera un miedo extremo e intensificado al dentista y al tratamiento odontológico. Esta fobia puede dar lugar a estados de pánico reales con ataques de sudoración y temblores que lleva a los pacientes a evitar su cuidado dental incluyendo prácticas orales de dejadez (Lima, 2006)

- **Causas del temor al odontólogo y atención odontológica**

Los trabajos de Molin y Seeman, citados en Rojas Alcayaga G, señalan que los sujetos encuestados reportan que sus experiencias con el odontólogo contribuyen significativamente en la generación de ansiedad dental. Estas personas declaraban que; la creencia de haber recibido un tratamiento inapropiado y el manejo brusco por parte del profesional, eran los factores que más contribuían al desarrollo de ansiedad frente al tratamiento odontológico. En el mismo artículo se discute la posibilidad de que la alta ansiedad tenga que ver con una mayor sensibilidad a los procedimientos dolorosos. Algunos investigadores han propuesto que la ansiedad dental es sólo una faceta de una alta ansiedad generalizada la que se manifiesta de diversas maneras. Otras hipótesis apuntan a que esta ansiedad se origina por transmisión padres-hijos de actitudes desfavorables hacia el odontólogo como también por aprendizaje social, a través de las interacciones con otras personas que relatan historias de horror respecto al tratamiento dental.(Rojas, 2004)

Otro aspecto que parece tener un fuerte impacto en los niveles de ansiedad frente a la atención odontológica y en la frecuencia de cogniciones dentales negativas, tiene que ver con la capacidad o incapacidad percibida de las personas para controlar sus pensamientos negativos. Como es de suponer, la capacidad para controlar las cogniciones negativas es una habilidad que puede aprenderse o fortalecerse. Y esto es algo que debe tomarse muy en cuenta.(Livia, 2000)

1.4.4 Manifestaciones

La ansiedad clínicamente se puede manifestar mediante conductas como: sudores, taquicardia, temblores, hipersensibilidad al dolor, cerrar la boca, mover la cabeza, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar. (Retraso en la petición de consulta, anulación de citas).(Barbeira, 1997)

En algunas culturas, la ansiedad puede manifestarse predominantemente a través de síntomas somáticos, pero en otras a través de síntomas cognitivos. En niños y adolescentes la ansiedad puede comprometer el desempeño escolar y deportivo y manifestarse como preocupación excesiva por eventos catastróficos o marcado perfeccionismo (American Psychiatric Association, 1994)

El fenómeno de la ansiedad está vinculado a todos los sistemas fisiológicos del organismo, el sistema muscular – óseo, el sistema neurovegetativo, el sistema endocrino y el sistema inmunitario. Alteración neuroendocrina, aumento de la adrenalina, noradrenalina, cortisol, prolactina, y hormonas esteroideas. Dentro de las alteraciones psicológicas se encuentran el aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la irregularidad del ritmo cardiaco, aumento de la frecuencia

respiratoria, vasoconstricción periférica con palidez de piel y mucosa, aumento de la sudoración y aumento de la tensión muscular y aumento de la motilidad gastrointestinal. Los síntomas pueden ser físicos como: resequedad de la boca, intranquilidad, sudoración, falta de aire, nudo en la garganta, náuseas, mareos, palpitaciones, temor, intranquilidad motora, cefalea y molestias gastrointestinales, o psíquicos como: aprehensión, estado de tensión, sensación de miedo, inapetencia, cansancio, facilidad de distraerse e insomnio.(Lahoud, V, 2004)

1.4.5 Prevalencia

En el estudio adelantado por Lima y Casanova estiman que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al dentista, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental. Estudios reflejan que el 31,5% de los japoneses reconocen que en ocasiones eligen retrasar las citas con el dentista debido al miedo que le provoca el tratamiento dental. En Indonesia, Taiwán, Singapur y Japón el 48% de la población presenta un significativo nivel de ansiedad. Montserrat Catalá Pizarro, odontopediatra y profesora de Odontología de la Universidad de Valencia, ha analizado las causas más frecuentes por las que entre un 5 y un 20 por ciento de la población tiene miedo a la hora de ir al dentista. En Alemania aprox. 5 millones de personas sufren de la llamada "fobia al tratamiento odontológico". En Colombia el 10,5 % del total de la población la padece.(Lima, 2006)

1.4.6 Tratamiento

El manejo de la conducta ansiosa en el niño es un aspecto crítico durante los procedimientos dentales. Por eso, en la actualidad, se utilizan diversas técnicas para manejar la conducta del paciente en el consultorio, estas técnicas pueden ser farmacológicas y no farmacológicas. La utilización de la música en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerada como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. Lamentablemente, esta técnica no es muy utilizada probablemente por falta de información del clínico (Cruz, 2005)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la capacidad del estudiante de percibir el grado de ansiedad que se presentan en los pacientes que asisten a las clínicas del Colegio Odontológico en Bogotá y Cali.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Medir frecuencia de la ansiedad en los pacientes del C. O mediante las escala MDAS.

Establecer las aproximaciones de intervención sobre la ansiedad al tratamiento odontológico más comúnmente usadas por los estudiantes

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Ansiedad ante el tratamiento odontológico.

2.3 POBLACIÓN OBJETO

Estudiantes del C.O clínica Bogotá - Cali y pacientes de los mismos

2.4 MUESTRA

154 Estudiantes, 308 registros de pacientes

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes del C.O clínica Bogotá-Cali.
- Pacientes propios del estudiante.
- Pacientes de 18 a 60 años de edad

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que asisten por urgencia.

- Pacientes con tratamiento farmacológico (ansiolíticos / antidepresivos / sedantes).
- Pacientes con discapacidad psicomotriz.

2.6 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO	ESCALA	INSTRUMENTO
ANSIEDAD ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	Estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión (desconfianza) respecto al futuro	Sin ansiedad Levemente ansioso Moderadamente ansioso Extremadamente ansioso	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
SEMESTRE DEL ESTUDIANTE	Nivel académico y tiempo de experiencia	Séptimo semestre Octavo semestre Noveno semestre Decimo semestre	Cualitativo	Ordinal	Encuesta
ANSIEDAD ANTE EL TRATAMIENTO QUE SE LE VA A REALIZAR	Sensación extraña que varía de acuerdo a la complejidad del tipo de tratamiento	Endodoncia Cirugía Prostodocia Operatoria Periodoncia	Cualitativo	Ordinal	Encuesta
EDAD	Cantidad de años vividos en números enteros	15 A 80	Cuantitativa	Discreta	Encuesta
VARIABLES INDEPENDIENTES					
GÉNERO	Características físicas que defines a un hombre o a una mujer	1 Masculino 2 Femenino	Cualitativa	Nominal	Encuesta

MANIFESTACIONES CONDUCTUALES	Es el modo de ser del individuo y conjunto de acciones	Nerviosismo Inquietud Impaciencia Preocupación Evitación/ escape	Cualitativa	Nominal	Encuesta
MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS	funciones que cumple el cuerpo humano	Sudoración Taquicardia Sialorrea Lipotimias	Cualitativa	Nominal	Encuesta
CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE	Estados de ansiedad que presenta el paciente	Sin ansiedad Levemente ansioso Moderadamente ansioso Extremadamente ansioso	Cualitativa	Nominal	Encuesta

2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA AL ESTUDIANTE
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE ANSIEDAD DENTAL

FECHA	DD:	MM:	AA:
ENTREVISTADORES			

I. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE	GENERO	M	F
EDAD	E-MAIL		
SEMESTRE			
#PAC/ SEMANA			
CONS. DIRECCIÓN			
CONS. TELÉFONO			

II. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD DENTAL

¿Qué porcentaje de los pacientes atendidos actualmente considera usted que presentan ansiedad ante el tratamiento odontológico?		
¿CÓMO IDENTIFICA USTED QUE UN PACIENTE ESTA ANSIOSO?		
1. El paciente le reporta que tiene miedo o ansiedad	SI	NO
4. No habla	SI	NO
5. Afirma que la anestesia no le hace efecto	SI	NO
6. Reporta dolor en zonas que no deberían doler	SI	NO
8. Reporta su intención de cancelar las citas	SI	NO
10. Cancela e incumple citas	SI	NO
12. Se ha retirado del tratamiento temporalmente	SI	NO
14. Se muestra aprehensivo	SI	NO
16. Tiembla	SI	NO
17. Llora	SI	NO
18. Incrementa su frecuencia respiratoria	SI	NO
19. Hiperventila	SI	NO

20. Incrementa su nivel de sudoración	SI	NO
21. Presenta taquicardia o palpitaciones	SI	NO
24. Tiene sobresaltos	SI	NO
25. Cierra los ojos cuando el odontólogo le acerca alguno de los instrumentos dentales a su boca	SI	NO
26. Se incomoda ante el sonido de la fresa	SI	NO
28. Habla de varios temas sin articularlos ni completarlos.	SI	NO
31. Dificultad respiratoria	SI	NO
32. Otros		

¿LE EXPLICA USTED A SUS PACIENTES LOS DETALLES DL PLAN DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO AL INICIO DE CADA SESIÓN?	SI	NO
--	----	----

Describa brevemente como le explica a sus pacientes los tratamientos específicos que va a llevar a cabo durante la sesión:

POR FAVOR DIGA EL NOMBRE DE ALGUNOS DE SUS PACIENTES DE ACUERDO AL NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN DURANTE LA CONSULTA

1. Pacientes que no son ansiosos	1.
	2.
2. Pacientes que son algo ansiosos	1.
	2.
3. Pacientes ansiosos y tensos que son capaces de controlarse	1.
	2.
4. Pacientes extremadamente ansiosos e incapaces de controlarse	1.
	2.

III. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE Y APOYO CON LOS PACIENTES ANSIOSOS

¿USTED HA UTILIZADO ALGUNA(S) ESTRATEGIA(S) ESPECIALES PARA ABORDAR O APOYAR A LOS PACIENTES QUE PRESENTAN ANSIEDAD DENTAL?

SI

NO

ESTRATEGIA 1

%
Efectividad

¿Esta estrategia ha sido reportada en artículos, manuales e informes científicos?

SI

NO

Fuente de
Consulta

Descripción General:

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL MODIFICADA PARA EL PACIENTE

POR FAVOR, DÍGANOS QUE TAN ANSIOSO SE ENCUENTRA USTED EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA. INDIQUE MARCANDO CON UNA "X" EN EL CUADRADO QUE DESCRIBA MEJOR LO QUE SIENTE

1. ¿Si usted tuviera cita con su odontólogo MAÑANA PARA TRATAMIENTO, como se sentiría?

Sin Levemente Moderadamente Muy Extremadamente
Ansiedad Ansioso Ansioso Ansioso Ansioso

2. ¿Si usted estuviera SENTADO EN LA SALA DE ESPERA (esperando para su tratamiento), como se sentiría?

Sin Levemente Moderadamente Muy Extremadamente
Ansiedad Ansioso Ansioso Ansioso Ansioso

3. ¿Si a usted le estuvieran TRABAJANDO SUS DIENTES CON LA FRESA, como se sentiría?

Sin Levemente Moderadamente Muy Extremadamente
Ansiedad Ansioso Ansioso Ansioso Ansioso

4. Si a usted le estuvieran haciendo LIMPIEZA DENTAL Y LE PULEN Y BLANQUEAN sus dientes, como se sentiría?

Sin Levemente Moderadamente Muy Extremadamente
Ansiedad Ansioso Ansioso Ansioso Ansioso

5. Si estuvieran INYECTÁNDOLE ANESTESIA LOCAL sobre uno de sus dientes, como se sentiría?

Sin Levemente Moderadamente Muy Extremadamente
Ansiedad Ansioso Ansioso Ansioso Ansioso

Gracias por su colaboración

2.8 PROCEDIMIENTO

PRIMERA ETAPA :

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 155 estudiantes de diferentes semestres entre ellos 7º, 8º, 9º y 10º, frente al reporte de 310 pacientes. Fueron incluidos Estudiantes del C.O clínica Bogotá-Cali. Pacientes propios del estudiante y Pacientes de 18 a 60 años de edad, fueron excluidos Pacientes que asisten por urgencia, pacientes con tratamiento farmacológico (ansiolíticos / antidepresivos / sedantes) y pacientes con discapacidad psicomotriz.

Las variables consideradas en el estudio fueron: ansiedad ante el tratamiento odontológico, semestre del estudiante, ansiedad ante el tratamiento que se le va a realizar, edad, género, manifestaciones conductuales, manifestaciones fisiológicas y clasificación del nivel de ansiedad del paciente.

Para tal efecto se desarrolló una entrevista Semiestructurada dirigida a la identificación de los correlatos conductuales verbales y no verbales que la muestra considera indicadores de ansiedad y posteriormente clasificarlos de acuerdo con el nivel de ansiedad en (sin ansiedad, levemente ansioso, moderadamente ansioso y extremadamente ansioso), esta información fue contrastada y validada de forma convergente con los puntajes arrojados por la escala MDAS la cual se aplicó directamente a los pacientes.

SEGUNDA ETAPA

Con base en los resultados obtenidos, se evaluó la ansiedad en los pacientes que asisten a las Clínicas del C.O.C. sedes Bogotá y Cali.

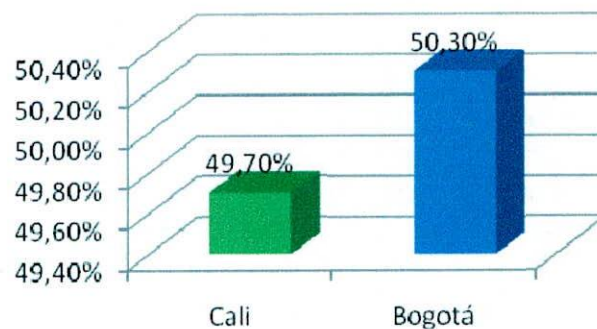
Para el análisis estadístico se utilizó un software SPSS versión 15.0.

Estadística descriptiva, análisis correlacional (prueba Kendall tau b) y análisis multivariado (ANOVA).

3. RESULTADOS

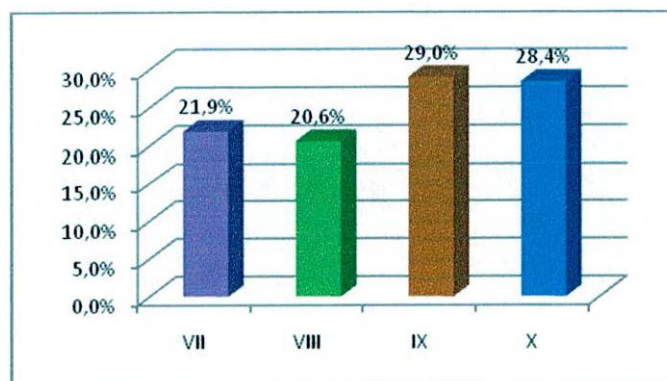
Fueron encuestados un total de 155 estudiantes y 310 pacientes, de los cuales el 50,3% (n=78) proceden de Bogotá y el 49,7% (n=77) proceden de Cali, como lo muestra la figura 1.

Figura 1. Procedencia



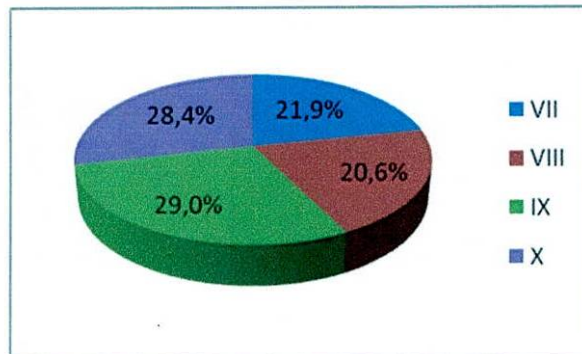
De los 155 estudiantes el 21,9% pertenecen a séptimo semestre, el 20,6% a octavo semestre, el 29% a noveno semestre y el 28,4% a décimo semestre, como lo muestra la figura 2.

Figura 2. Estudiantes por semestre



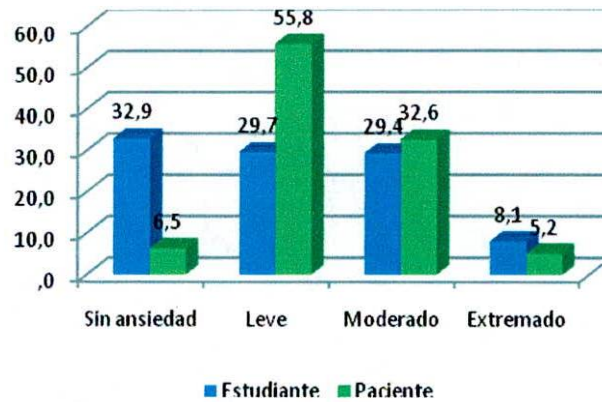
De los 310 pacientes el 21,9% pertenecen a séptimo semestre, el 20,6% a octavo semestre, el 29% a noveno semestre y el 28,4% a décimo semestre, como lo muestra la figura 3.

Figura 3. Pacientes por semestre



El 32,9 % de los estudiantes percibieron a los pacientes como no ansiosos el diagnostico clínico indica que el 6,5% no son ansiosos, el 29,7% de los estudiantes percibieron con ansiedad leve a los pacientes, el percepción clínica es de 55,8% pacientes con ansiedad leve, el 29,4% de los estudiantes percibieron con ansiedad moderada a los pacientes, el percepción clínica indica que el 32,6% de los pacientes presentaban ansiedad moderada, el 8,1% de los estudiantes percibieron como extremadamente ansiosos a los pacientes, el percepción clínica indica que el 5,2% de los pacientes son extremadamente ansiosos, como lo muestra la figura 4.

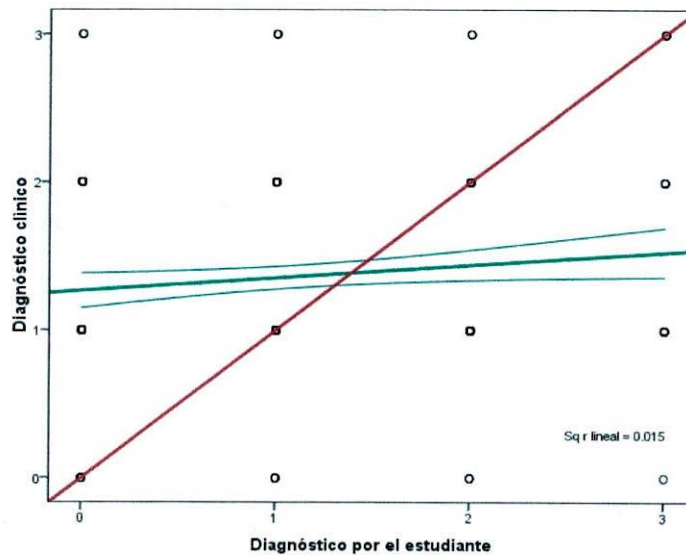
Figura 4. Frecuencia



Kappa= 0,041 r=0,12

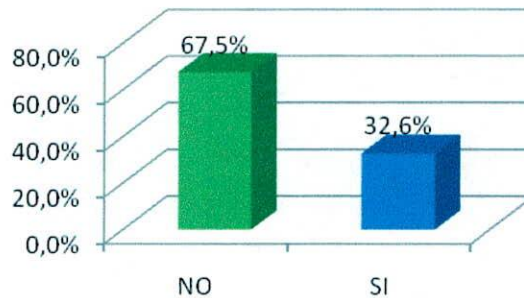
Se encontró que la correlación de la percepción del estudiante con la percepción clínica varía considerablemente, presentando un nivel de correlación muy bajo, con una desviación lineal del 0,015%, como lo muestra la figura 5.

Figura 5: Correlación entre el la percepción del estudiante y la percepción clínica



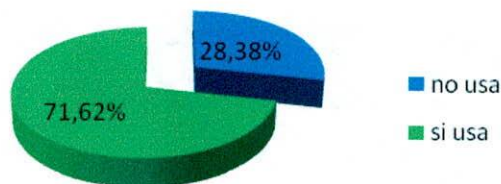
El 32,6% las percepciones emitidas por los estudiantes coinciden con el percepción clínica del paciente, el 67,5% no coinciden, como lo muestra la figura 6.

Figura 6: Nivel de coincidencia entre el autoreporte del paciente y la percepción del estudiante



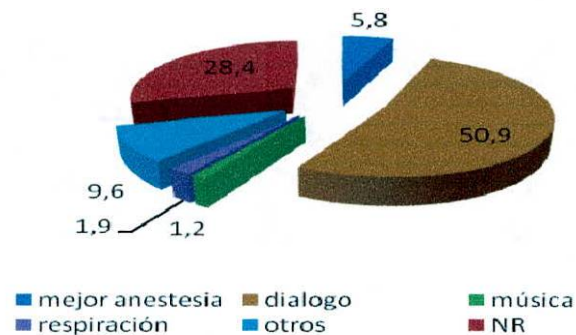
El 71,62 % de los estudiantes utiliza alguna estrategia para manejar el nivel de ansiedad del paciente, el 28,38% no utiliza ninguna estrategia, como lo muestra la figura 7.

Figura 7. Uso de estrategia



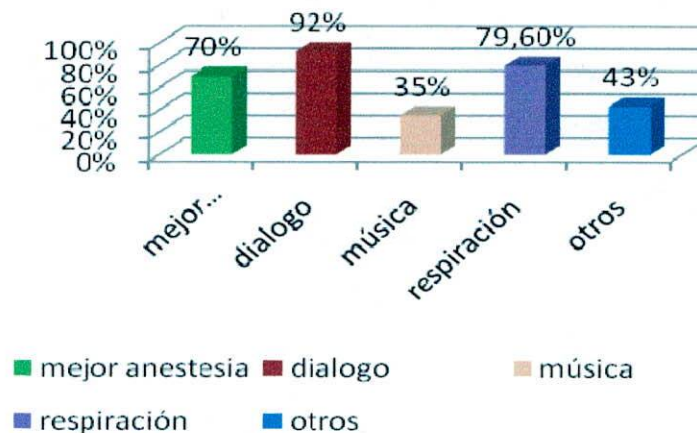
El 50,9% de los estudiantes utiliza el diálogo como estrategia de manejo de ansiedad en el paciente, el 5,8% le indica al paciente que utiliza la mejor anestesia del mercado, el 1,9% el manejo de la respiración, el 1,2% la musicoterapia, el 9,6% utiliza otras estrategias y el 28,4% no utiliza ninguna estrategia. Figura 8

Figura 8. Estrategia usada



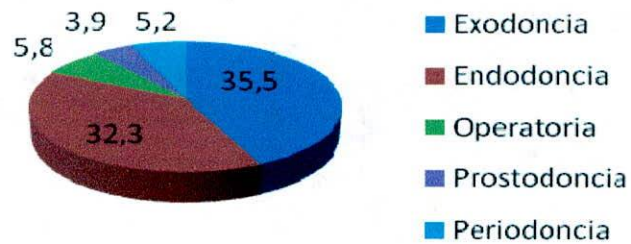
De los estudiantes que indican el uso de una mejor anestesia como estrategia, reportan una efectividad del 70%, del diálogo indican una efectividad del 92%, de la música una efectividad del 35%, de la respiración una efectividad del 79,6%, de las estrategias restantes, una efectividad del 43%, como lo muestra la figura 9.

Figura 9. Efectividad de estrategia



De los tratamientos que generan mayor ansiedad en los pacientes el 35,5% corresponde a la exodoncia, el 32,2% a la endodoncia, el 5,8% a la operatoria, el 5,2% a Periodoncia y el 3,9% a prostodoncia. Figura 10

Figura 10. Tratamiento que genera mayor ansiedad



4. DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación reflejan como existe en la mayoría de los pacientes algún grado de ansiedad, sólo un 6,5% fueron percibidos como no ansiosos, en contraste con un 32,6% que fue percibido con ansiedad moderada y un 55,8% con ansiedad leve, en el estudio realizado por Albuquerque Da Cunha y colaboradores, 2007, se concluyó que 52% de las pacientes presentaban baja ansiedad, 23% ansiedad moderada, 21% se presentaban sin ansiedad y 4% con ansiedad considerada alta.

Según el estudio de Lima Álvarez y colaboradores, 2004, se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al odontólogo, en la presente investigación el presente estudio demuestra que tan sólo un 6,5% de los pacientes no autoreportan ansiedad, un 93,5% presentan algún grado de ansiedad .

La escala utilizada en la investigación resultó apropiada para establecer la frecuencia de ansiedad en los pacientes, corroborando lo encontrado en el estudio adelantado por Caycedo Claudia y colaboradores, 2008, tanto la escala MDAS (Escala de Ansiedad Dental Modificada) como la SDAI (Inventario de Ansiedad Dental-versión corta), que permitieron identificar una distribución similar en los diferentes niveles de severidad en la muestra con respecto a este estudio, así como el trabajo de grado titulado "validez convergente entre el reporte del odontólogo sobre la ansiedad ante el tratamiento odontológico y el autoreporte del

paciente”, en la cual se indica que la MDAS es actualmente una de las escalas más usadas para medir ansiedad hacia el tratamiento odontológico, al igual que la SDAI.

Los resultados de la presente investigación reflejan que el estudiante no diagnostica acertadamente el nivel de ansiedad del paciente durante la consulta odontológica, especialmente cuando la ansiedad es baja, sin embargo cuando el nivel de ansiedad aumenta en el paciente el estudiante lo reconoce con mayor nivel de coincidencia como es el caso del moderado y extremado nivel de ansiedad.

Existe una serie de técnicas de modificación de conductas que pueden ayudar a orientar o canalizar las conductas no deseadas que pueda presentar el paciente durante el tratamiento odontológico.

El estudio adelantado por Cruz y Díaz, 2005 relacionado en el manejo de la ansiedad ante el tratamiento odontológico en pacientes pediátrico, los resultados no mostraron diferencias significativas en la conducta de los niños hacia el tratamiento dental, entre aquellos que escucharon música y aquellos que no lo hicieron. Los niños que recibieron música presentaron un mayor porcentaje de satisfacción del tratamiento, otro estudio relacionado con la musicoterapia en el tratamiento odontológico demostró que la audioterapia conforma un método útil para el tratamiento odontológico, tanto para el paciente como para el cirujano dentista.

Entre las estrategias que reportan los estudiantes se encuentra el uso de música, revistas, manejo de respiración, entre otras, sin embargo la más usada es el diálogo con el paciente

Según Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert C , 2004, Gale diseñó una escala que le permitió evaluar situaciones relacionadas a la atención dental que causaban más miedo a los pacientes.

Al hacer un ranking de las aseveraciones que recibieron más puntaje, resultaron como las más de temer; la extracción dentaria, el fresado dental y una mala opinión de los dentistas respecto a las condiciones de salud oral del paciente, superando esta última al hecho de sostener la jeringa con la aguja expuesta delante del paciente.

En otro estudio adelantado por Rivera y Fernandez, 2005 en niños hondureños se encontró que los procedimientos más invasivos fueron la principal fuente de ansiedad: torno, inyecciones, sofoco, instrumentos en la boca los resultados de la presente investigación señalan que la exodoncia y la endodoncia son los procedimientos que mayor ansiedad generan en los pacientes, posiblemente relacionados al uso de anestesia (agujas), y fresa, que según algunos estudios aumentan la ansiedad ante el tratamiento dental.

5. CONCLUSIONES

La percepción del estudiante respecto a las manifestaciones de ansiedad en el paciente tiene una baja correlación, especialmente en los pacientes sin ansiedad y con ansiedad leve.

El 55,5% de los pacientes presentan ansiedad leve por lo cual es importante ampliar el desarrollo de acciones a nivel de formación de los estudiantes en habilidades para identificar tempranamente la presencia de comportamientos ansiosos.

En cuanto a la frecuencia de ansiedad en el paciente se encontró que la mayoría presentan algún grado de ansiedad, sin embargo sólo un 5,2% presentan ansiedad extrema, que quizás necesite de atención interdisciplinaria o asesoría para que el estudiante pueda concluir el tratamiento con éxito.

La mayoría de los estudiantes (71,6%) recurre a alguna herramienta para el manejo del paciente ansioso, lo que quiere decir que la gran mayoría de los estudiantes reconocen manifestaciones de ansiedad en los pacientes.

Dentro de las aproximaciones del estudiante para el manejo del comportamiento ansioso, se encontró que la mayoría recurren al diálogo con el paciente, reportando con ésta técnica una elevada eficiencia (92%).

De los tratamientos que generan mayor ansiedad en los pacientes se encuentran la exodoncia y la endodoncia, tratamiento relacionados con el uso de agujas y fresa.

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar talleres de capacitación, facilitados por personal calificado en orientación de la conducta, dirigidos a los estudiantes para ampliar su conocimiento, capacidad de identificación de diferentes grados de ansiedad y aplicación de técnicas y herramientas para el manejo de la ansiedad durante la atención odontológica.

Resulta relevante desarrollar investigaciones que permitan conocer el papel de la conducta del profesional de la salud en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad al tratamiento odontológico.

Realizar estudios que evalúen la efectividad de las técnicas y herramientas utilizadas para el manejo del paciente ansioso por parte de los estudiantes y odontólogos en práctica.

Realizar estudios que evalúen los tratamientos odontológicos que generan mayor ansiedad en los pacientes y las razones por las cuales generan tanta ansiedad, para aportar posibles soluciones.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque Da Cunha; Pires Corrêa; Abanto Álvarez.. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odonto-pediátrico utilizando la escala de Corah. En: Rev. Estomatol. Herediana Lima ene./jun 2007. v.17 n.1. 150-62
- Aristizabal A, y col. Ansiedad, depresión y autoconciencia en pacientes prognatas y no prognatas. Revista CES odontología, 1996. 9 (1); 35-37.
- Carlos Miguel Cruz Chu, María E. Díaz-Pizán. La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev. Estomatol. Herediana. Lima. Jun. 2005.15 (1): 345-352
- Caycedo,C, Palencia Rafael y colaboradores. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. Suma Psicol.2008.15(1): 521-529
- CORAH N; GALE, E, LIIGS. E Psychological Stress Reduction During Dental procedures. En:*J. Dent.Res.* 1979. Vo1.58: 1347-51.
- Cruz Chu,C.M y Díaz-Pizán, M.E. La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev. Estomatol. Herediana. Lima. 2005 .15(1): 312-17
- FIRAT, D. TUNC ,EP. SAR V. Dental Anxiety among adults in Turkey.En: *J Contemp. Dent Pract.* 2006. July(7) 3: 075-082.

- HOCHMAN M; CHIARELLO D; HOCHMAN, C; Lopatkin R; Pergolas
Computarized Local Anesthesia vs. Tradicional Syringe Technique: Subjetive
Pain Response. NY State En: Dent J; 1997. 63 (7): 24-29.
- J. María & Ferro T. Técnicas de modificación conductual aplicables en la
Clínica Odontológica. En: Caracas mayo 2005. Acta odontol.
venez v.43 n.2. 205-12
- Lahoud, V. Ansiedad en Odontología. Odontología Sanmarquina.2004. 8 (2):
41:42.
- Moore R, Brodsgaard I, Birn H. Manifestations, acquisition and diagnostic
categories of dental fear in a self-referred population. En: Behav Res Ther
1991. 29:51-60.
- Morales Aguayo. Activación, ansiedad y síntomas de estrés en una muestra de
trabajadores de un centro penitenciario. Revista científica electrónica de
psicología.2005. 5 (1): 94-96.
- Pereira LHMC, Ramos DLP, Crosato E. Ansiedade e dor em odontologia:
enfoque psico-fisiopatológico. En: Rev Assoc Paul Cir Dent. 1995; 49(4):285-
90.
- Rivera Zelaya, I Fernández Parra, A. Ansiedad y miedos dentales en escolares
hondureños. En: Rev. Latinoamericana Psicología. Bogotá. 2005. v.37 n.3.34-
40

- Rojas Alcayaga G*, Misrachi Launert C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Madrid. Odontoestomatol. 2004..20(4): 601-612
- Sánchez Aguilera F, Toledano M, Osario R. Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento. Av Odontoestomatol.Madrid. 2004. 20 (4): 309-316.
- Sanclemente y Ballet. Influencia del dique de goma en la tranquilidad y en el comportamiento del paciente infantil durante el tratamiento dental. En: DENTUM, 2006. 6(4) : 148-155
- Wallena Albuquerque Da Cunha y col. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odonto-pediátrico utilizando la escala de Corah. Rev. Estomatol. Herediana. 2007;17 (1):127-134.
- WISENBERG MATISYOHU. Pain: Anxiety and attitudes in black, white and Puerto Rican Patients. Psychosomatic medicine.1996. 7(2).278-83