

TOE
0022



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

EFFECTOS DE LA PRESENTACION DE UN VIDEO-TAPE SOBRE LA
ANSIEDAD DENTAL EN PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS
ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN LAS CLINICAS DE POST-GRADO
EN ENDODONCIA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

Dr. JOHNNY CASTRO GALVIS., Od

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENDODONCIA

DIRECTOR
DR. RICARDO CAICEDO R., Od
Especialista en Endodoncia

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACION AVANZADA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN ENDODONCIA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.,
1995

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo irrestricto y sus eternas manifestaciones de comprensión y cariño.

A mi esposa Janeth, a mis hijas Sandra y Natalia por su perseverancia y apoyo incondicional para el logro de este objetivo

JOHNNY

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Ricardo Caicedo Reina, Director del Programa de Especialización en Endodóncia de el Colegio Odontológico Colombiano.

A los doctores; Nidia Garcia Garzón y Pedro Espitia Mancipe Psicólogos de la Universidad Católica de Colombia.

A Marcela Claudia Oliveros tecnóloga en Sistemas de la Dirección de Informática de la Armada Nacional.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCION	
ANTECEDENTES	3
2. DEFINICION DEL PROBLEMA	7
3. OBJETIVOS	8
4. PROPOSITOS	10
5. JUSTIFICACION	11
6. MARCO TEORICO	13
6.1 GENERALIDADES	13
6.2 SINTOMATOLOGIA	15
6.2.1 MANIFESTACIONES FISIOLOGICAS	16
6.2.2 MANIFESTACIONES PSICOLOGICAS	18
6.3 CLASIFICACION	18
6.4 ETIOLOGIA	20
6.5 EVALUACION	23
6.6 TRATAMIENTO	25
6.6.1 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	26
6.6.2 TRATAMIENTO PSICOLOGICO	28
6.6.2.1 TERAPIA DE LA CONDUCTA	28

6.6.2.2	TERAPIA PSICODINAMICA	29
6.6.2.3	TERAPIA COGNITIVA	30
6.6.2.4	MODALIDADES ALTERNAS	30
7.	HIPOTESIS	34
7.1	HIPOTESIS ALTERNA	34
7.2	HIPOTESIS NULA	34
8.	MATERIALES Y METODOS	35
8.1	Tipo de Estudio	35
8.2	Muestra	35
8.3	Definición de Variables	36
8.4	Instrumentos	36
8.4.1	Test de ansiedad de Corah	36
8.4.2	Fuentes de Información	37
8.5	Procedimiento	38
9.	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	40
10.	CONCLUSIONES	52
11.	BIBLIOGRAFIA	
	ANEXOS	
	APENDICES	

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Distribución de Frecuencias Pre- Test y Post - Test

TABLA 2. Análisis descriptivo Pre - Test y Post - Test

GRAFICAS

GRAFICA No. 1. Comparación de la Ansiedad antes y después de el Video

GRAFICA No. 2 Frecuencia antes y después de el Video

GRAFICA No. 3 Ansiedad antes de el Video

GRAFICA No. 4 Ansiedad después de el video

LISTA DE ANEXOS

ANEXO No. 1 Test de N. Corah

ANEXO No. 2 Video - Tape cuyo contenido hace referencia a un
procedimiento endodóntico convencional.

APENDICE

APENDICE No. 1 Presupuesto

APENDICE No. 2 Cronograma de Actividades



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

RESUMEN

Se evaluó el efecto que tiene la proyección de un Audio-Visual cuyo contenido hace referencia a un procedimiento endodóntico convencional sobre la ansiedad dental en Veinticuatro (24) pacientes que asisten a las clínicas de post-grado de las clínicas de endodoncia del Colegio Odontológico Colombiano, con participación voluntaria, que no habían recibido tratamiento previo: Ocho (08) mujeres y Dieciséis (16) hombres.

Se utilizó un diseño cuasi-experimental con medidas pre-test y post-test, realizando la evaluación a través del cuestionario de ansiedad dental de Norman Corah. En el análisis estadístico se aplicó la prueba T de student con Cuarenta y Seis (46) grados de Libertad.

Los resultados hallados no mostraron diferencias significativas entre las mediciones pre y post; sin embargo se hace un análisis descriptivo del comportamiento de los datos y se brindan recomendaciones metodológicas.

INTRODUCCION

Las investigaciones muestran que los odontólogos pueden hacer mucho por reconocer la ansiedad en sus pacientes y prevenir las desfavorables secuelas de una experiencia que inspira temor.

El miedo consta de sentimientos y pensamientos expresados muchas veces mediante un comportamiento de evitación.

El miedo dental se aprende principalmente por medio de experiencias aversivas. A fin de superar el temor, osea, aprender nuevas conductas, sentimientos y pensamientos, se han implementado procedimientos farmacológicos y psicológicos para corregir este tipo de problemas.

El aprendizaje didáctico es una técnica instruccional utilizada como procedimiento psicológico para modificar la ansiedad dental, muchas veces relacionada con una comprensión limitada de los procedimientos endodónticos en la que se presenta en forma explícita la información sobre los mismos, donde se aclaran y ajustan expectativas relacionadas con el tipo de anestesia, el tiempo, los

instrumentos, las posibles complicaciones y las recomendaciones necesarias para desarrollar un tratamiento con probabilidades de éxito.

El presente estudio de carácter descriptivo-explicativo, pretende establecer el efecto que puede tener la información recibida a través de un Video-Tape cuyo contenido hace referencia a procedimientos endodónticos convencionales sobre la ansiedad dental manifestada por los pacientes que asisten a las clínicas de post-grado de endodoncia del Colegio Odontológico Colombiano.

Se espera que este estudio sirva de insumo teórico práctico para ser utilizado como punto de referencia en el manejo del paciente ansioso con la posibilidad de que el profesional identifique los síntomas, su posible etiología y las estrategias terapéuticas para su manejo.

La utilidad de la investigación apunta a nuevas perspectivas en el campo de la odontología, dando la posibilidad de mayores estudios en el área y contextualizándolos a la población de el Colegio Odontológico Colombiano

1. ANTECEDENTES

Todo aprendizaje es comunicación; pero no toda comunicación es forzosamente aprendizaje porque bien puede promover un cambio no duradero. El aprendizaje es un proceso de comunicación especial y diferenciado en el que los métodos Audio-Visuales pueden incidir como sistemas vicarios de la experiencia; es decir, que son sucedáneos de la experiencia y no la experiencia misma (Bullandes, J., 1970).

A lo largo de la historia se han utilizado los medios Audio-Visuales que incluyen; las demostraciones y explicaciones en la pizarra, teatralizaciones, exposiciones, modelos, cuadros, mapas, gráficos, etc, dentro de los procesos de enseñanza-aprendizaje desde épocas muy antiguas.

Después de 1450 con la aparición de la imprenta, se utilizaron los manuales, libros de clases, test impresos, etc., dentro de éste mismo proceso.

Las fotografías, diapositivas, películas fijas, epidiáscopos, son utilizados desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, al igual que las películas mudas y las grabaciones.

La radio en 1920, las películas sonoras a partir de 1930 y la televisión educativa a partir de 1950, también han sido utilizadas para este fin, lo cual favoreció la creación de laboratorios lingüísticos y la auto-instrucción programada.

La utilización de un medio Audio-Visual, fue empleado por Norman Corah (1968) a través de una simulación de Video, de un procedimiento dental para inducir stress psicológico, en el que los resultados sugirieron, que la evaluación cognitiva realizada por el paciente incide sobre las manifestaciones de ansiedad dental.

Otros estudios relacionados fueron realizados por el mismo autor un año después, buscando establecer la relación con otro tipo de variables como el juego instruccional, sexo, ansiedad dental, orden de presentación de estímulos estresantes y no estresantes, medidas verbales y fisiológicos.

De igual forma un estudio complementario por el mismo autor (1968) buscó establecer la respuesta de stress en el que se utiliza un video con un procedimiento dental simulado introduciendo como variable el sonido, encontrándose que la respuesta de stress se relaciona más significativamente con el sonido de los instrumentos que con cualquier otra variable del contexto odontológico.

Estudios más recientes realizados por Roberson, C. y Cols 1991, relacionaron la efectividad de la intervención conductual a través de un video-tape sobre la reducción de la ansiedad en pacientes que requerían cirugía oral de emergencia, encontrando resultados positivos como estrategia para el manejo de la ansiedad.

De igual forma Carpenter, D.J. y Cols, 1994, evaluaron la efectividad de un video-tape correspondiente al programa de tratamiento comportamental sobre la reducción de la ansiedad dental, utilizando como medida el test de Corah, encontrándose un efecto significativo en la disminución de la respuesta de ansiedad en hombres más que en mujeres.

En nuestro medio desde 1985, en la Clínica Odontológica Infantil de Bogotá se viene desarrollando un trabajo sistemático de evaluación y manejo de factores psicológicos que determinan la presencia de ansiedad, especialmente en los niños menores de 5 años, (Flórez, L. y Cols 1992).

2. DEFINICION DEL PROBLEMA

Qué efecto tiene la información recibida a través de un video-tape cuyo contenido hace referencia a procedimientos endodónticos convencionales sobre la ansiedad dental percibida por un grupo de pacientes, que asisten a las Clínicas de Endodoncia de el Colegio Odontológico Colombiano ?.

3. OBJETIVOS

GENERAL

Establecer el efecto informacional de un video tape cuyo contenido hace referencia a procedimientos endodónticos convencionales sobre la ansiedad dental de los pacientes, Que asisten a las Clínicas de Endodóncia de el Colegio Odontológico Colombiano.

ESPECIFICOS

- Identificar las manifestaciones a nivel físico y psicológico de la ansiedad dental en los pacientes con tratamiento de índole endodóntico.

- Describir los factores que inciden en el comportamiento ansioso del individuo sometido a tratamientos endodónticos.

- Describir las características de la población a estudio, para obtener una base de datos relacionados con los factores de tipo etiológico asociados a la ansiedad dental.
- Identificar las diferentes variables que inciden como factor etiológico en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad dental.
- Identificar alternativas de tratamientos psicológicos para el manejo de la ansiedad dental en este tipo de pacientes.
- Implementar técnicas relacionadas con el aprendizaje instruccional como estrategia para manejar la ansiedad manifestada por los pacientes sometidos a procedimientos endodónticos.

4. PROPOSITO

Crear un insumo teórico-práctico para que los docentes y estudiantes de postgrado de Endodóncia de el Colegio Odontológico Colombiano, identifiquen la etiología, sintomatología y estrategias de manejo psicológico de los problemas relacionados con la ansiedad dental; con el fin de reducir los temores del paciente y de esta forma permitirle contribuir apropiadamente a sus tratamientos, logrando modificar la percepción hacia los mismos y por ende, facilitar la óptima relación terapéutica y una predicción exitosa de los procedimientos.

5. JUSTIFICACION

La ansiedad dental lleva a un número considerable de personas a no solicitar tratamiento odontológico o a solicitarlo exclusivamente cuando el dolor es intolerable. Estudios realizados por Kent.C., 1984, Calleta, J., 1988, Liddell, M. y Cols, 1982, Agras y Cols, 1986, revelan que la prevalencia de este tipo de entidades psicológicas es representativa.

La relevancia del presente estudio radica en que este tipo de problemas es inherente al ejercicio profesional del odontólogo. Los avances tecnológicos, el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, el comportamiento profesional ético, la creación de unas condiciones ambientales adecuadas y las estrategias farmacológicas y psicológicas para disminuir el dolor, pretenden atacar los

aspectos etiológicos de la ansiedad dental, proporcionando una mejor calidad en el servicio prestado por el odontólogo.

Considerando que entre estos aspectos se encuentran la anticipación que el paciente puede hacer ante el procedimiento, se presenta la utilización de la técnica instruccional como aprendizaje didáctico para la modificación de pensamientos irracionales asociados con la ansiedad dental.

6. MARCO TEORICO

La presenta revisión pretende hacer una aproximación conceptual sobre la ansiedad dental mediante una descripción de los factores etiológicos, manifestaciones fisiológicas y psicológicas , evaluación, diagnóstico y sus modalidades de tratamiento con el fin de ofrecer un recurso teórico con aplicación práctica.

6.1 Generalidades.

El estudio de la ciencia odontológica, requiere como profesión científica una formación cultural, humanística y personal, paralela a la preparación conceptual y práctica, propia de la profesión. La formación humanística permite comprender al hombre como un todo desde una perspectiva que integra su condición biopsicosocial. El ejercicio odontológico, por tal razón no puede ignorar el estado psicológico de los pacientes, ya que este será un factor decisivo en el adecuado desarrollo de los procedimientos.

La ansiedad constituye uno de los principales problemas de orden Psicológico a los que se vé enfrentado el odontólogo. El término ansiedad proviene del latín "Anxious" que representa una sensación de "opresión en el pecho" (Coodwin, D. 1987).

La ansiedad es un "Estado Emocional" desagradable constituido por dos elementos básicos; el primero se refiere a la espera de un acontecimiento impreciso que es evaluado como peligroso, y el segundo como la manifestación de fenómenos físicos objetivos y subjetivos que difieren de otros por sus propiedades específicas de desagrado y por la percepción de amenaza inminente independiente de cualquier objeto o situación real de peligro (Chauveau, B., 1987).

Las manifestaciones de la ansiedad son complejas y no se comprenden totalmente, tiene concomitantes en los sistemas nervioso central y periférico, que operan en forma simultánea a nivel molecular, celular y bioquímico; además, tiene influencia de variables genéticas autónomas,

ambientales e incidentales y para su explicación se han planteado teorías psicológicas y biológicas (Vallejo, J.,1990) .

De igual forma, las manifestaciones de la ansiedad varían dependiendo de su entidad, contexto y características propias del "peligro" y del individuo que lo experimenta.

Estas variaciones comparten alteraciones en la funcionalidad orgánica, emotiva, cognocitiva y comportamental en mayor o menor dimensión (Goodwin, D.,1987) .

6.2 Sintomatología.

Los intensos y significativos cambios en la actividad nerviosa llevan al individuo a sentirse invadido por una sensación de peligro, sin causa aparente, lo cual genera alteraciones a nivel orgánico y psicológico, (Chauveau, B.,1987) .

6.2.1 Manifestaciones Fisiológicas.

- Cardiovasculares :

- Aumento Gasto Cardíaco.
- Palpitaciones.
- Sensaciones Torácicas Dolorosas.

- Respiratorias :

- Aceleración Ritmo Respiratorio.
- Sensación Ahogo.
- Disnea.

- Gastro Intestinales :

- Distensión Abdominal.
- Sensaciones Dolorosas Abdominales.
- Nauseas.
- Vómito.

- Urinarias :

- Micciones Frecuentes
- Disuria (Ardor, Dolor, Micción)

- **Neurológicos :**

- Migrañas
- Temblor
- Vértigo
- Alteración Tono Muscular
- Reflejos Exaltados
- Sensación Hormigueo Parestesias.

- **Neurovegetativos :**

- Alteración Vasomotor-Palidez
- Sudoración
- Transtornos Salivares

- **Alteraciones del Sueño :**

- Insomnio
- Despertar Múltiple
- Dificultad Conciliación Sueño

- **Sexualidad :**

- Alteraciones Eréctiles
- Alteraciones en la Libido

- Dolor.
- Frigidez (Mujeres).

6.2.2 Manifestaciones Psicológicas.

- Alteraciones en la Atención.
- Temor a Morir o a "Enloquecer"
- Sensación de Dolor
- Despersonalización.
- Sentimientos de desconcierto
- Pensamientos Pesimistas, Minusvalía
- Inhibición
- Irritabilidad
- Inestabilidad Emocional.

6.3 Clasificación

Los trastornos de ansiedad se clasifican según el DSM-IIIR (Diagnostic and Statiscal Manual Of Mental Disorders, Edición revisada) en :

- Alteraciones Fóbicas :
 - Agorafobia Con o Sin Ataque de Pánico.
 - Fobia Social.
 - Fobia Simple.

- Estados de Ansiedad :
 - Transtornos por Pánico.
 - Trastorno por Ansiedad Generalizada

- Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- Trastorno por Stress Post-Traumático
 - Agudo o Crónico.
 - Retardado

- Trastorno Atípico de Ansiedad.

La ansiedad dental para su diagnóstico se ubica en el grupo de alteraciones fóbicas, como una fobia simple; ésta suele ser muy frecuente entre la población en general, su deterioro es escasamente notable, presentándose con mayor frecuencia en las mujeres; las personas que la padecen rara vez buscan tratamiento. La ansiedad dental se define como

un miedo persistente a un estímulo circunscrito relacionado con el ambiente odontológico (Profesionales, procedimientos, instrumental, consultorios, etc.); cuya respuesta inmediata se manifiesta como un miedo intenso acompañado de correlatos fisiológicos, pensamientos anticipatorios y una tendencia marcada a la evitación (Mark, I., 1969).

Scotty Hirschman 1982, citados por Rubin 1987 establecieron que del 8 al 15% de la población manifiesta fobias relacionadas con la visita odontológica y sus respectivos tratamientos. Sin embargo se reconoce que aproximadamente el 85% de los pacientes sin una fobia manifiesta, exhiben temor y ansiedad antes y durante el tratamiento.

6.4 Etiología

La mayoría de fóbicos controlan la reacción de miedo evitando las situaciones que causan la ansiedad. Se pueden evitar las multitudes, los insectos, etc, sin modificar el funcionamiento social; pero la necesidad del tratamiento



odontológico es prácticamente universal y una exigencia primordial del estado de Salud (Rubin, G. Cols, 1987).

La ansiedad dental tiene su base etiología en diversos factores como : Las experiencias traumáticas previas o referencias de carácter social, factores ambientales, bajo umbral del dolor, actitudes del paciente y del clínico e inadecuados patrones de afrontamiento ante situaciones dentales. La causa más frecuente de ansiedad dental se relaciona con experiencias traumáticas previas (muchas veces en edades muy tempranas), en las que se presenta un incidente específico al que el individuo asocia las características propias del ambiente odontológico, estableciéndose un condicionamiento que lo lleva a evocar las manifestaciones propias de la ansiedad ante los elementos de dicho contexto. (Milgrom, P.1986).

De otra parte el entorno en que se desarrolla la consulta odontológica, independientemente de las experiencias traumáticas previas, presenta muchas fuentes potenciales de

tensión. En efecto el consultorio odontológico abriga tensores ambientales como; ruidos de aparatos, amenazas potenciales al contacto de gases u otras sustancias nocivas, a la radiación y al contacto con enfermedades, al igual que las tensiones identificadas por los pacientes que pertenecen a un orden social y cultural (Clifford, A.,1991).

Otro factor etiológico se relaciona con las anticipaciones asociadas a la información dolorosa de la cavidad oral; que por su condición altamente sensible se convierte en un potencial estímulo aversivo, el cual será evaluado por el paciente dependiendo de su propio umbral del dolor. (Black, R.,1980).

Otra categoría causal de ansiedad dental se vé relacionada con la calidad del trato e interacción personal que ocurre dentro del consultorio; un aspecto a destacar dentro de este tópico es la relación existente entre una inadecuada empatía y la percepción de desagrado ante el tratamiento por parte del paciente. (Milgrom, P.,1986).

6.5 Evaluación

Uno de los objetivos primordiales de los odontólogos, es proveer a los pacientes de un tratamiento específico tendiente a mejorar las condiciones de vida, suprimiendo el ente patológico e implementando estrategias dirigidas a combatir los factores etiológicos, que como en la ansiedad dental, no lo favorecen. Se espera que el odontólogo aparte de completar los procesos reparativos necesarios, trate cualquier comportamiento de resistencia en el ambiente dental. Para tal fin se deben establecer estrategias tendientes a realizar una adecuada valoración, con miras a la identificación del factor etiológico que determina dichas conductas.

Para identificar las potenciales fuentes de ansiedad se han creado pruebas de invaluable ayuda, que el odontólogo puede utilizar como son :

1. Dental Visit Satisfaction Scale (DVSS)
2. Dental Anxiety Scale (DAS)
3. Interval Scale of Anxiety Response (ISAR)

4. Escala de Ansiedad de Norman L. Corah
5. Dental Anxiety Inventory (DAI).

Tales instrumentos permiten evaluar las tendencias de un paciente para valorar las situaciones terapéuticas dentales como riesgosas y amenazantes (DAS), evaluar la interacción terapéutica odontólogo-paciente (DVSS), valorar la reacción de los pacientes a los procedimientos terapéuticos (ISAR) (Milgrom, P., 1986). Por último el DAI, instrumento utilizado para evaluar aspectos relacionados con el tiempo, realizados sobre cuatro elementos (en la casa, en el camino al odontólogo, en la sala de espera odontológica y en el sillón dental). La situación evalúa 3 elementos (aspectos introductorios, interacción paciente odontólogo, tratamiento odontológico actual), y la reacción que evalúa también 3 elementos (Emociones subjetivas, reacciones fisiológicas y reacciones cognitivas), (Stouthard, M y Cols., 1993).

De igual forma la escala de ansiedad dental de Norman Corah, se considera un método confiable y válido para evaluar la ansiedad dental general. Este instrumento de

medición es una breve escala de cuatro puntos que determinan la condición del paciente reportántola como; Relajado, incómodo, tenso y muy ansioso con manifestaciones fisiológicas evidentes asociadas.

Una vez evaluada la ansiedad dental, el odontólogo tiene la responsabilidad inicial de planear su tratamiento.

6.6 Tratamiento.

Los odontólogos enfrentan la dificultad de dar atención a pacientes que muestran comportamientos asociados con la ansiedad dental, que obstaculizan la óptima prestación del servicio. Hay dos alternativas para manejar tales conductas no cooperadoras; directamente mediante el empleo de agentes farmacológicos, o de modo indirecto eliminando la etiología de tales conductas mediante la implementación de técnicas psicológicas.

La modalidad terapéutica dependerá de factores como : la edad, el estado físico, condición socio-económica, nivel educativo, comportamientos asociados, reporte verbal del

paciente hacia el procedimiento y la urgencia del tratamiento entre otros.

6.6.1 Tratamiento Farmacológico.

El manejo farmacológico, según Milgrom, P. y Cols, 1986, está indicado en los siguientes casos :

- Urgencia Dental que requiera atención inmediata.
- Niños muy pequeños con necesidades dentales agudas.
- Procedimientos quirúrgicos bucales extensos.
- Sospecha alérgica al anestésico local.

Algunos odontólogos apoyan el uso sistemático de los medicamentos preoperatorios orales o la sedación con óxido nitroso, siempre teniendo el apoyo de un médico anesthesiólogo.

Estos incluyen también la sedación endovenosa que puede administrarse con Benzodiacepina sola; Benzodiacepina y narcótico; Benzodiacepina, Narcótico y Barbitúrico de acción Ultracorta. (Milgrom, P.,1986).

Como agentes prototípicos tenemos :

- Benzodiacepinas :
 - Diazepan (Valium).
- Narcóticos :
 - Meperidina (Demerol)
- Barbitúricos de Acción Ultracorta :
 - Tiopental (Pentothal).

Esta modalidad farmacológica es útil cuando es preciso controlar la ansiedad a fin de resolver problemas dentales agudos aislados.

De otro modo se prefiere tratar la ansiedad dental de manera psicológica, pues es un problema crónico que difícilmente desaparece con la administración aguda de un medicamento (Moore, P., 1986).

6.6.2 Tratamiento Psicológico.

Pueden utilizarse diferentes tipos de terapia para el manejo de la ansiedad dental, que dependiendo del enfoque pueden ser :

6.6.2.1 Terapia de la Conducta

Tratamientos basados en la exposición; la característica en común de ésta técnica es la confrontación de los pacientes con las señales temidas propias del ambiente odontológico. El procedimiento puede variar en función de las siguientes variables :

1. Grado de acercamiento al estímulo temido que puede ser gradual o brusco (implosión e inundación).
2. Duración de las exposiciones que pueden ser cortas o extensas.
3. El tipo de estímulo al que se expone.

4. La forma, que puede ser individual o exposición en grupo.

También pueden incorporarse en el tratamiento instrucciones para que el paciente se exponga él solo (Auto Exposición), se sugieren auto-registros para evaluar la disminución de la ansiedad a lo largo del tratamiento y modelamiento, para que el sujeto pueda observar a otras personas exponerse a los estímulos fóbicos (Vallejo, J., 1990).

Otra técnica conductual es la desensibilización sistemática imaginada en la que se expone a la imaginación del sujeto los estímulos y situaciones fóbicas propias del ambiente odontológico mientras éste permanece en estado de relajación.

6.6.2.2 Terapia Psico-Dinámica

En la que se utilizan técnicas asociadas a la hipnosis. Los principios de éste tratamiento son; la necesidad de tranquilizar al paciente, facilitar la comprensión de la

ansiedad y la interpretación que el paciente puede hacer sobre su condición emocional.

6.6.2.3 Terapia Cognitiva

La psicoterapia cognitiva está fundada en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y conductas, las técnicas cognitivas intentan modificar los pensamientos automáticos, sistemas de creencias e ideas irracionales asociados al contexto odontológico, por medio de la comunicación verbal en la terapia (Vallejo, J., 1990). Dentro de estas técnicas se encuentran :

- Terapia Cognitiva de Beck.
- Terapia Racional-Emotiva de Ellis.
- Terapia Cognitiva-Conductual de Meichenbaum.

6.6.2.4 Modalidades Alternas

Otras terapias tienen que ver con la utilización de técnicas como :

- Terapia de Relajación
 - Relajación Progresiva de Jackobson
 - Entrenamiento Autógeno de Schultz
- Técnicas Inspiradas en la Filosofía Oriental.
 - Yoga
 - Meditación Trascendental.
- Relajación Dinámica.
- Bio-Feed - Back (Retro-Activación - Biológica)

La ansiedad dental como lo hemos observado a través de esta revisión teórica, implica unas respuestas psico-fisiológicas, conductuales y cognitivas anómalas susceptibles de ser modificadas mediante diferentes métodos en los que se destaca por su alto nivel de eficiencia las técnicas basadas en la teoría del aprendizaje.

A veces no es suficiente eliminar la ansiedad ligada a la situación dental si no que el odontólogo deberá también intervenir en el aprendizaje de conductas adaptativas mediante la utilización de técnicas informacionales.

Estas técnicas de aprendizaje basan también su sustento en modelos comunicativos que permiten estimular en el paciente todas las formas de expresión del ser humano de una manera técnica y funcional.

Los medios utilizan principalmente tres sentidos, oído, vista y tacto o combinación de los mismos. En ocasiones los pacientes adoptan ciertas actitudes con base en información inadecuada relacionada con un procedimiento en cuestión. (Bullande, J., 1970).

Una manera de desarrollar actitudes positivas o de modificar las negativas es proporcionar información verdadera que apoye el nuevo punto de vista. El valor del aprendizaje adquirido por los medios audiovisuales es consecuencia a lo que consiguiera el método intuitivo, el que acierta a situar al paciente ante fenómenos concretos, que son capaces de captar su atención, produciendo un efecto mejor que el que pudiera causar las simples palabras del odontólogo. (Bullande, J., 1970).

Debe existir una filosofía que oriente la utilización de las técnicas instruccionales establecida a través del aprendizaje didáctico con relación a los objetivos que se desean lograr.

Es así como los objetivos deben formularse en términos de las necesidades reales del paciente y definirse de acuerdo a factores como : la edad, el contenido del programa, las actitudes a modificar, el tipo de lenguaje a manejar, el formato, los costos, las técnicas utilizadas en la elaboración y el tiempo de realización y exposición del mismo (Monroy, M. y Cols,1988).

Las anteriores consideraciones conceptuales, técnicas y metodológicas constituyen los planteamientos sobre los cuales se fundamenta el efecto terapéutico que tendrá la presentación de un video , cuyo contenido hace referencia a un procedimiento endodóntico convencional sobre la ansiedad dental manifestada por los sujetos en el presente estudio.

7 . HIPOTESIS

7.1 Hipotesis Alterna.

Ha: La aplicación de un video-tape cuyo contenido hace referencia a un procedimiento endodóntico convencional, como técnica informacional, reducirá significativamente el estado ansioso del paciente que se somete a este tipo de procedimientos en las clinicas de endodóncia del Colegio Odontológico Colombiano.

7.2 Hipotesis Nula

Ho: La aplicación de un video-tape cuyo contenido hace referencia a un procedimiento endodontico convencional, como técnica informacional , **no** reducirá significativamente el estado ansioso del paciente que se somete a este tipo de procedimientos en las clinicas de endodóncia del Colegio Odontológico Colombiano.

8. MATERIALES Y METODOS

8.1 Tipo de estudio

Investigación de carácter descriptivo-explicativo con diseño cuasiexperimental.

8.2 Muestra

Se tomaron Veinticuatro (24) pacientes que asistieron a tratamientos endodónticos convencionales en las clínicas de endodóncia del Colegio Odontológico Colombiano.

La selección de la muestra fue dirigida (No probabilística) con edades comprendidas entre 18 y 40 años, Ocho (08) pacientes de sexo Masculino y Dieciséis (16) pacientes de sexo Femenino.

8.3 Definición de Variables

- Variable Independiente :

Video-Tape : Proyección audiovisual cuyo contenido didáctico describe un procedimiento endodóntico convencional realizado en las clínicas de endodóncia del Colegio Odontológico Colombiano.

Duración Seis (6) minutos. (Anexo 2).

- Variable Dependiente :

Ansiedad Dental : Temor inespecífico a estímulos propios del contexto odontológico, manifestado por conductas evitativas y alteraciones de carácter físico y psicológico. Su medición se logrará mediante el test de rangos de ansiedad de Norman L. Corah. (Anexo 1).

8.4 Instrumentos

8.4.1 Test de Ansiedad Dental de Norman L. Corah

El cuestionario de ansiedad dental de Corah fue el

instrumento base para la cuantificación del grado de ansiedad de los pacientes en el estudio. Esta prueba incluye en su parte inicial datos personales del paciente, instrucciones para su ejecución y finalmente cuatro preguntas con sus respectivos ítems de respuesta, que pretenden medir actitudes relacionadas con el ambiente odontológico. Tal escala surge de un estudio realizado por Corah y Pantera en 1968, donde se determinó su validez y confiabilidad, en consecuencia se sugiere como un instrumento objetivo para la medición de la ansiedad dental. (Anexo 1)

8.4.2 Fuentes de información

- Primarias :

24 pacientes que asisten al servicio a las clínicas de endodóncia del Colegio Odontológico Colombiano.

- Secundarias :

Compilaciones; libros de odontología, psicología, estadística, metodología y psiquiatría; revistas; tesis de investigación; facultad de odontología Universidad

Nacional; psicólogos; estadístico.

- RECURSO FISICO

- Unidad odontológica del Colegio
- Lápices, sillas.
- Televisor y VHS
- Cinta de Video.
- Video-cámara.

8.5 Procedimiento

La muestra fue de Veinticuatro (24) pacientes que por primera vez asisten a tratamiento endodónticos convencionales, a las clínicas de post-grado en endodóncia del Colegio Odontológico Colombiano, con participación voluntaria.

Inicialmente se ubicaron los pacientes en la sala de espera de la Clínica de endodóncia del Colegio Odontológico Colombiano, se les hizo entrega de lápices y del test de Corah, se les explicó el objetivo del estudio y se les pidió responder la prueba, posteriormente se recogieron los

test y se procedió a la proyección del video informativo en el que se hizo una sencilla y concreta descripción del procedimiento endodóntico con un sujeto, con las características de la muestra; al finalizar la proyección se aplicó la post prueba de ansiedad y se reconoció la colaboración y apoyo por parte de los pacientes.

Una vez recolectada la información se procedió a realizar el proceso descriptivo de los datos obtenidos; luego, teniendo en cuenta la hipótesis de la investigación los niveles de medición de las variables se aplicó el estadístico pertinente, la prueba T Student con 46 grados de libertad y una significancia de 0.05, lo que permitió establecer que las dos mediciones no difieren entre sí, de manera significativa respecto a su medio.

9. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La ansiedad frente a un tratamiento endodóntico, antes y después de observar un video informativo, se analizó mediante encuesta por el método de Norman L. Corah. Para el efecto se tomó una muestra de 24 personas, seleccionadas de un grupo de voluntarios, por lo que la muestra no fue al azar. El tamaño de la muestra y la aleatoriedad de la misma se constituyen en un problema difícil de resolver en las investigaciones en salud, por cuanto generalmente solo se cuenta con personal voluntario, de un grupo que es atendido en un centro específico.

Para efectos de la investigación, se tomó como universo el conjunto de pacientes que asisten al Colegio Odontológico Colombiano, de los cuales 24, además de ser voluntarios, cumplieron con el perfil requerido, según el cual no ha sido sometidas previamente a tratamientos de esta clase.

Cada paciente responde a una encuesta de 4 preguntas con 5 opciones cada una, antes y después de ver el video informativo. Posteriormente a cada opción se asigna un valor relativo que cuantifica su estado de ansiedad, y que va de 1 equivalente a un estado relajado, hasta 5, equivalente a un estado muy ansioso.

Como resultado de lo anterior, se constituyen 5 categorías :

- | | | | |
|----|-------------|---|-----------|
| 1. | RELAJADO | : | 4 |
| 2. | INTRANQUILO | : | 5 A 8 |
| 3. | TENSO | : | 9 A 12 |
| 4. | ANSIOSO | : | 13 A 16 |
| 5. | MUY ANSIOSO | : | MAS DE 16 |

En la siguiente tabla se presenta la información cuantificada de cada uno de los pacientes encuestados.

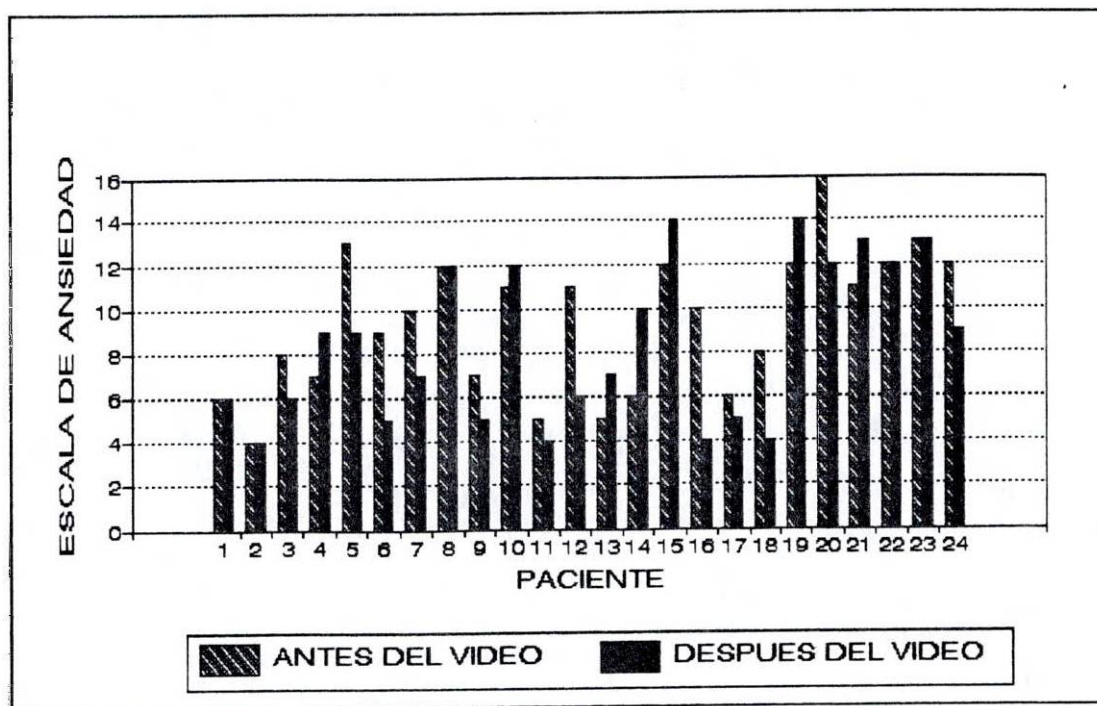
PACIENTE	EVALUACION		SEXO
	ANTES DEL VIDEO	DESPUES DEL VIDEO	
1	6	6	M
2	4	4	M
3	8	6	F
4	7	9	F
5	13	9	F
6	9	5	F
7	10	7	M
8	12	12	F
9	7	5	F
10	11	12	M
11	5	4	F
12	11	6	M
13	5	7	F
14	6	10	F
15	12	14	F
16	10	4	M
17	6	5	F
18	8	4	M
19	12	14	F
20	16	12	F
21	11	13	F
22	12	12	F
23	13	13	M
24	12	9	F

- Ninguna de las personas encuestadas se encontró en la categoría de MUY ANSIOSO.
- Antes del video, 1 persona se encontraba relajada. Después del video, aumento el numero de personas relajadas a 4. Es decir se paso de un 4,2% al 16,7 % de la muestra.
- Antes del video, 9 personas se encontraban intranquilas. Después del video, disminuyó el numero de personas intranquilas a 8. Es decir disminuyó la "intranquilidad", pasando de un 37,5% al 33,3 % de la muestra.
- Antes del video, 11 personas se encontraban dentro de la categoría de TENSAS. Después del video, disminuyó el numero de personas tensas a 8. Es decir disminuyó la "tensión", pasando de un 45,8% al 33,3 % de la muestra.
- Antes del video 3 personas se encontraban ansiosas, aumentando el número de personas ansiosas a 4, es

decir, se paso de un 12,5% a un 16,7 % de la muestra. Sin embargo, debe notarse que 2 de las personas que se encontraban ansiosas manifestaron un descenso en la "tensión" luego del video, mientras que 3 personas experimentaron el efecto contrario, pasando de la categoría tensos a ansiosos.

- El 29,2 % de la muestra, 7 personas, manifestaron un aumento de la "ansiedad" luego del video; 6 de las cuales son mujeres.
- Para 5 personas, 20,8 % de la muestra, el video no tuvo ningún efecto, pues su estado de ansiedad no se modificó.

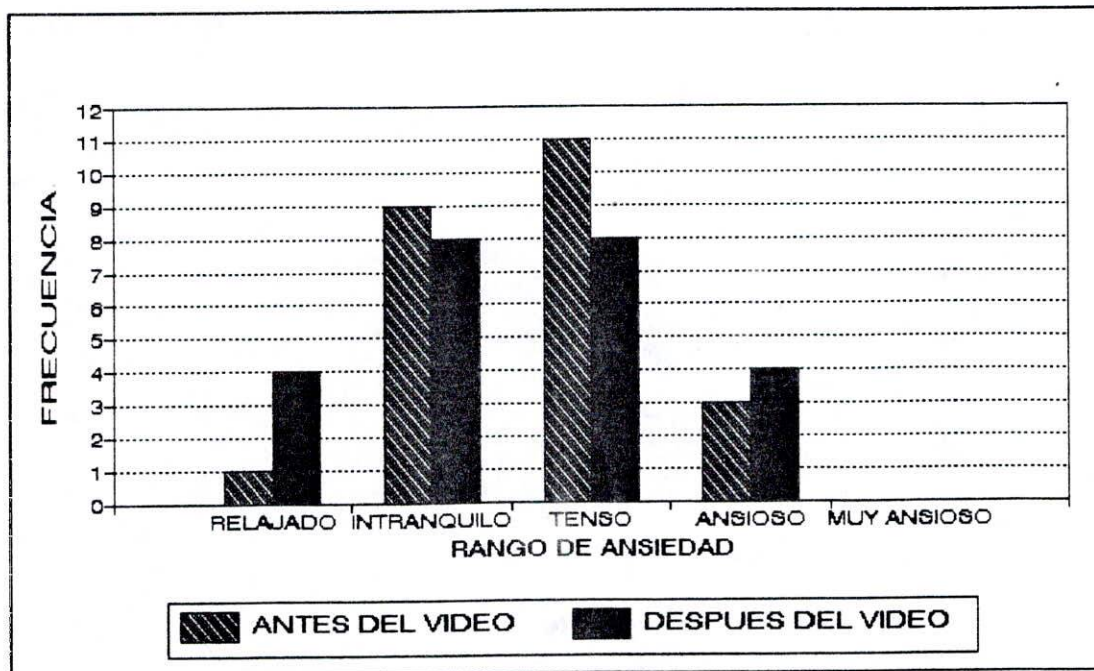
En la siguiente Gráfica se muestra el comportamiento comparativo de la ansiedad, antes y después del video.



GRAFICA No. 1

COMPARACION DE LA ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DE UN VIDEO TAPE

Complementa la anterior información la gráfica comparativa de ansiedad antes y después del video, donde se presenta la frecuencia o numero de personas encuestadas, por cada categoría de ansiedad.



GRAFICA No. 2

COMPARACION DE LAS FRECUENCIAS ANTES Y DESPUES
DE LA PRESENTACION DE UN VIDEO

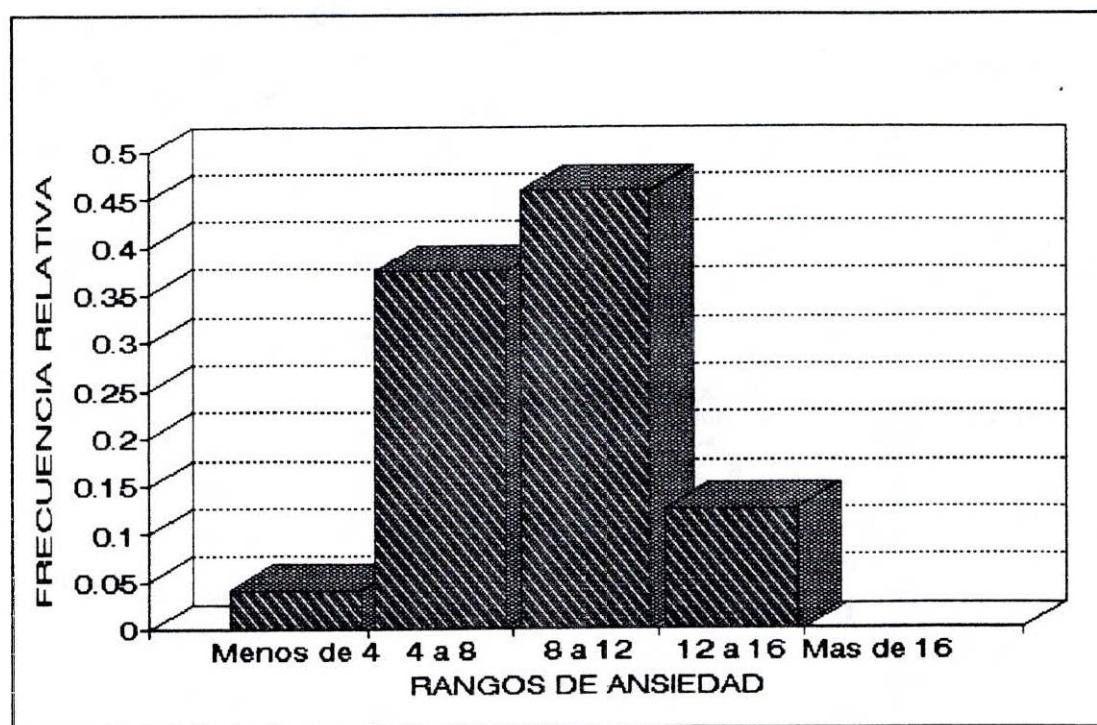
La descripción de los datos, mediante medidas de tendencia central y dispersión, se resume en la siguiente tabla:



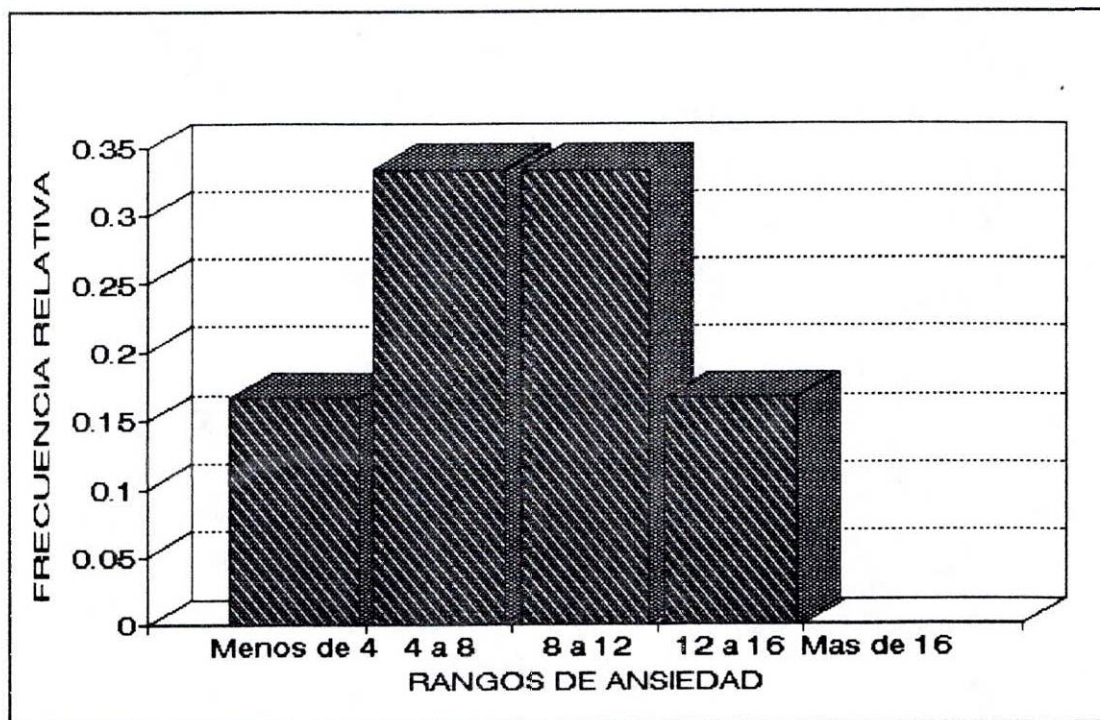
MEDIDA	ANTES DEL VIDEO	DESPUES DEL VIDEO
RANGO	12	10
PROMEDIO	9,42	8,42
MEDIANA	10	8
DESV ESTD	3,16	3,57
COEF. VAR	33,5	42,4
ASIMETRIA	-0,014	0,225
CURTOSIS	-0.755	-1,439
E.E.	0,65	0,73

De las anteriores medidas se puede concluir:

- Para el total de la muestra, se observa un descenso en la medida de ansiedad, de un promedio de 9,42 a 8,42.
- Los coeficientes de asimetría y de curtosis muestran que los dos conjuntos de datos tienen un comportamiento aproximadamente normal. Lo que se aprecia mejor en las siguientes gráficas.



GRAFICA No. 3
ANSIEDAD ANTES DE EL VIDEO



GRAFICA No. 4
ANSIEDAD DESPUES DE EL VIDEO

PRUEBA DE HIPOTESIS

La prueba de hipótesis para la diferencia entre los dos promedios observados es la siguiente: Proporcionan los datos suficiente información para indicar una diferencia en los promedios de ansiedad en los individuos, antes y después de observar el video informativo, acerca de los

procedimientos endodónticos ? . Esta pregunta se responderá afirmativamente, si se puede rechazar la hipótesis de que las medias de población son iguales. En este caso, las varianzas de población son desconocidas.

Las hipótesis planteadas son las siguientes:

Hipótesis nula: las medias de población son iguales.

Hipótesis Alternativa: Las medias de población son diferentes.

Para este caso, las muestras tienen un comportamiento aproximadamente normal. Si la hipótesis nula es verdadera, la estadística de prueba sigue la distribución t con 46 grados de libertad.

Con una significancia de 0,05, los valores críticos de t son 2,0141. Así que la hipótesis nula se rechaza a menos que el valor de t calculado esté entre -2,0141 y 2,0141, por ser una prueba de dos colas. La estadística de prueba es la siguiente:

$$\log t = \frac{(x_1 - x_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{s_p^2}{n_1} + \frac{s_p^2}{n_2}}}$$

El valor calculado de t es 0,305. Por lo tanto, no puede rechazarse la hipótesis nula, y la diferencia estará dentro de la región de aceptación. Lo que indica que la diferencia no es significativa.

10. CONCLUSIONES

La revisión de la Literatura ha permitido reafirmar la importancia de las técnicas instruccionales en el aprendizaje a través de los medios didácticos; por lo tanto se necesita darle una utilidad a estas técnicas en función de las necesidades reales y características propias de la población que se beneficiará de los mismos.

Aún cuando el presente estudio no confirmó la bondad del aprendizaje instruccional realizado a través del Video-Tape, cuyo contenido hace referencia a un tratamiento endodóntico convencional no puede desconocerse su efecto sobre la ansiedad dental expresado por los pacientes en el post-test.

Las investigaciones en Salud se ven impedidas de llevar a un total éxito en el cumplimiento de sus objetivos y metas propuestas, ya que se enfrentan a una serie de

circunstancias propias de pacientes, profesionales de la salud y de los contextos ambientales; los cuales modifican tales planteamientos pese a que en teoría estén bien propuestos.

Por tal razón, se sugiere para la realización de futuras investigaciones en esta línea de estudio, lo siguiente : Conformar una línea de base de las características y comportamiento de la población usuaria de las clínicas de endodóncia del Colegio Odontológico Colombiano; extraer una muestra representativa del Universo Poblacional; establecer un control de variables extrañas que permita predecir el efecto real del método instruccional sobre la ansiedad.

Siendo las experiencias tempranas una variable determinante en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad dental es conveniente generar programas didácticos ajustados a la población infantil (Ej. Dibujos Animados).

De otra parte se plantea la necesidad de favorecer el trabajo interdisciplinario, para detectar y disminuir los efectos emocionales ocasionados por la ansiedad dental y su

incidencia sobre la salud oral; mejorar los servicios ofrecidos haciendo énfasis en la adecuada relación odontólogo-paciente; diseñar programas que permitan la combinación de estrategias instruccionales, mediante la realización de cartillas informacionales, teatralizaciones en video, etc, y considerar la necesidad de incluir instrumentos de evaluación de ansiedad dental (Test de Corah) en la Historia Clínica Odontológica.

Todo procedimiento, técnicas e interacción con el paciente debe regirse por las normas establecidas en el código de ética profesional del odontólogo, buscando beneficios terapéuticos dirigidos a prevenir y promover la Salud Oral.

BIBLIOGRAFIA

AGRAS, STANLY. Fobic Facing, Fears, And Anxiety

PhysicalTherapy - January 1985 (8) 75-82.

AMERICAN Psychiatric Asociation : Diagnostic and

Statistical, Manual Of Mental Disorders 3A. Ed.

Revisada Washington, 1987.

BULLANDE, JOSE. Enseñanza Audiovisual y Comunicación.

Ed. Librerié del Colegio. México 1970.

BLACK RICHARD, The Clinical Sindrome Of Chronic Pain.

Pain Discomfort Humanitarian Pain; 1980-Vol.4 207- 218;

North Holland.

COHEN, Lon. Correlates of Dental Anxiety. Health

Dent, 1984 Chicago.

CLIFFOR, Arthur. Stress and satisfaction among
Dentist. J. Dent-Res, 1981.

CORAH, Norman, Development of a dental Anxiety Scale.
J. Dent Res, 1984 New York.

CHAVEAU, Bernard, La ansiedad en la Vida Cotidiana.
Ed. Ancora. Barcelona, 1987.

DE-LONG. A; Muris, P. Ter-Horst, G.; Duyl, M.
Aduisition and malintenance of dental anxiety : the
role of conditioning experiences and congntive
factors. Beha viour-Research and therapy; 1995 Feb. rol
33(2)205-210, Amsterdam.

GOODWIN, Donal. Ansiedad : Etiológica y
manifestaciones. Ed. Ancora, Barcelona 1987.

VENT, Glen. Satisfaction corth Dental Care. Medical
Care. 1984 (5) 108-115.

MARKS, Isaac, Miedo, Fobias y rituales. Ed. Martizon-
Roca, Barcelona, 1991

MILGROM, Peter, Prevention and Treatment Dental :

Phobia and Anxiety March, 1986, Pag.70-75.

OSER, Daniel. The Antianxiety agents-Pergamon Press,

New York, 1987.

RUBIN, Gordon; SLOVIN, M. Lucha M. Dental Phobia.

Clinic, New York.

SLOVIN, Michael, Psychological aspect of Dental

Anxiety in adults. Jada, March 1988 (8) 156.

STOUTHARD, Marlies, E., Mellema, J.;

Hoogstraaten, J. Assessment of dental anxiety : A
Facet approach anxiety - Stress and coping an
international- Journal; 1993 Vol.6 (2) 89-105,
Amsterdam.

VALLEJO, Julio. Trastornos Afectivos. Salvat

Editores, Barcelona, 1990.

Nombre :

Edad:

Fecha :

Sexo: M___ F___

Ocupación:

Usted se habia sometido antes a este tratamiento? Si___ No___

No. Historia Clinica :

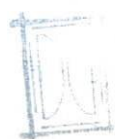
ESCALA DE ANSIEDAD DE NORMAN L. CORAH

1. Si usted tuviera cita odontológica mañana cual sería su actitud?
 - a. La miraría como una experiencia agradable?
 - b. Lo tendría sin cuidado?
 - c. Estaría un poco intranquilo?
 - d. Estaría temeroso por ser algo desagradable y doloroso?
 - e. Estaría muy asustado de lo que el odontólogo pudiera hacerle?
2. Cuando usted encuentra en el consultorio dental esperando su turno como se siente?
 - a. Relajado.
 - b. Un poco intranquilo.
 - c. Tenso.
 - d. Ansioso.
 - e. Ansioso, pero físicamente libre de sudor y náuseas.
3. Cuando usted esta en el sillón odontológico esperando a que comiencen a trabajar en uno de sus dientes como se siente?
 - a. Relajado.
 - b. Un poco intranquilo.
 - c. Tenso.
 - d. Ansioso.
 - e. Ansioso, pero físicamente libre de sudor y náuseas.
4. Cuando el odontólogo toma los instrumentos con los cuales le va a trabajar usted como se siente?
 - a. Relajado.
 - b. Un poco intranquilo.
 - c. Tenso.
 - d. Ansioso.
 - e. Ansioso, pero físicamente libre de sudor y náuseas.

APENDICE No. 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha Actividad	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento Problema Investigación		■	■																									
Elaboración Marco Teórico Revisión Literatura y construcción				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Diseño Investigación															■	■												
Planteamiento Hipótesis y definición de variables																	■	■										
Selección de la muestra																		■	■									
Aplicación del Instrumento																			■	■								
Recolección de Datos																					■							
Análisis de los Datos																					■	■	■					
Elaboración del Reporte de Investigación																							■					



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO