



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Ansiedad al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años de edad, en la parroquia Machángara-Cuenca, 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR/A: Orellana Merchán, Silvia Alexandra
DIRECTORA: Cuenca León, Katherine. MgS

Cuenca

2018

DECLARACIÓN

Yo, **ORELLANA MERCHÁN SILVIA ALEXANDRA**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente

.....

ORELLANA MERCHÁN SILVIA ALEXANDRA

C:I: 0105000681

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración

El presente trabajo de titulación denominado **“ANSIEDAD AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA MACHÁNGARA-CUENCA, 2017”** realizado por **ORELLANA MERCHAN SILVIA ALEXANDRA**, ha sido inscrito y es pertinente con la líneas de investigación de la Carrera de Odontología de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Cuenca, Agosto 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mis consideraciones:

El presente trabajo de titulación denominado **“ANSIEDAD AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD, EN LA PARROQUIA MACHÁNGARA - CUENCA 2017”**, realizado por **ORELLANA MERCHÁN SILVIA ALEXANDRA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Agosto 2018

.....

MgS. Cuenca León Katherine

DEDICATORIA

En especial a mi esposo Olger y a mi hijo Erick, por su apoyo incondicional en todo momento de esta etapa de mi vida, ya que ustedes son el pilar fundamental, gracias por ser las mejores personas, son mi mano derecha, la que siempre la necesite, la que apporto con un grano de arena para poder concluir, han caminado junto a mí, todos los días en buenos y malos momentos, eternamente agradecida con mis padres, toda mi familia ya que de una u otra forma aportaron para poder culminar con esta etapa de mi carrera.

EPIGRAFE

“Nunca consideres al estudio
como una obligación, sino como una
oportunidad para penetrar en
el bello y maravilloso mundo del saber”

Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

A los docentes de la Universidad Católica de Cuenca que me brindaron sus sabios conocimientos, durante todo el tiempo de estudio, para poder defendernos en nuestra carrera profesional.

A la docente MgS. Katherine Cuenca León gracias por guiarme durante este tiempo para poder llevar a cabo este proyecto, por sus consejos, enseñanzas, ya que sin sus palabras de aliento, enseñanza no hubiese podido terminar el proyecto.

A mis paciente por ayudar en todo momento, por estar siempre presentes cuando se les necesitaba, para mí fue un gusto poderles ayudar, y si algún día necesitan de mi ayuda no duden en recurrir a mi persona, ahí estaré para ayudarles.

Gracias infinitas a todos.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la salud.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

TA: Trastornos de ansiedad

S-DAI: Escala de Ansiedad Dental Versión corta

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	15
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.- JUSTIFICACIÓN	17
3.- OBJETIVOS	18
3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	18
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4.1 Ansiedad al tratamiento odontológico	19
4.1.a.- Causas comunes de la ansiedad dentro del tratamiento odontológico	19
4.1.b.- Factores que aumentan la ansiedad dental.....	20
4.1.c.- Clasificación de la ansiedad dental	20
4.1.d.- Manifestaciones cognitivas de la ansiedad.....	21
4.1.e.- Manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.....	21
4.1.f.- Manifestaciones en relación a la conducta del paciente	22
4.1.g.- Factores predisponentes individuales de la ansiedad dental.....	22
4.1.h.- Rasgo de los pacientes con miedo al odontólogo	23
4.1.i.- Factores predisponentes concernientes con el consultorio odontológico	23
4.1.j.- Consecuencias de la ansiedad y el miedo al tratamiento odontológico	24
4.1.k.- Manejo de los pacientes con ansiedad	24
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	26
5.- HIPÓTESIS	36
CAPÍTULO II	37
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	37
1.- MARCO METODOLÓGICO	38
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA	38
2.1- Criterios de selección.....	38
2.1.a.- Criterios de inclusión	38
2.1.b.- Criterios de exclusión	38
2.2.- Tipo de muestreo	38
2.3.- Tamaño de la muestra	38
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	40
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	41

4.1.- Instrumentos documentales	41
4.2.- Instrumentos mecánicos	41
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	41
6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	42
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	42
CAPÍTULO III	44
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	44
1.- RESULTADOS.....	45
2.- DISCUSIÓN.....	50
3.- CONCLUSIONES	52
III.- BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de la ansiedad	45
Tabla 2. Ansiedad según la edad.....	46
Tabla 3. Ansiedad según el sexo.....	47
Tabla 4. Ansiedad según el nivel económico	48
Tabla 5. Ansiedad según el grado de instrucción.....	49

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de Ansiedad al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años de la parroquia Machángara-Cuenca, 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en individuos de ambos sexos, comprendidos en adultos mayores de 65 años. Mediante un previo análisis del marco teórico y con la respectiva investigación de campo, mediante una encuesta comprendida de 9 preguntas, utilizando la escala de S-DAI que medirá la ansiedad que existirá a los tratamientos odontológicos a 279 personas de la parroquia Machángara, donde se recolectarán los datos en las encuestas que posteriormente serán subidos en el programa de Epi Info ver. 7.2 y tabulados utilizando el Microsoft Excel 2010 permitiéndonos realizar un análisis estadístico.

RESULTADOS: Se observó que el nivel de Ansiedad al tratamiento odontológico que se presenta en la parroquia Machángara, se encontró un total de 279 adultos mayores, en donde el 54% presentan ansiedad al tratamiento odontológico y el 46% no presentan ansiedad al tratamiento odontológico. **CONCLUSIÓN:** La ansiedad al tratamiento odontológico de acuerdo a los resultados obtenidos se considera que es moderada en la población estudiada.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad al tratamiento odontológico, Escala de ansiedad y Frecuencia

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the frequency of anxiety in dental treatment in adults older than 65 years of the Machángara-Cuenca parish, 2017.

MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional descriptive study was conducted in individuals of both sexes, included in adults over 65 years of age. Through a previous analysis of the theoretical framework and with the respective field research, by means of a survey of 9 questions, using the S-DAI scale that will measure the anxiety that will exist to dental treatments to 279 people of the Machángara parish, where they will be collected. data in the surveys that will later be uploaded in the Epi Info program see. 7.2 and tabulated using Microsoft Excel 2010 allowing us to perform a statistical analysis. **RESULTS:** It was observed that the level of Anxiety to the dental treatment that is presented in the Machángara parish, there was a total of 279 older adults, where 54% present anxiety to the dental treatment and 46% do not present anxiety to the dental treatment. **CONCLUSION:** Anxiety to dental treatment according to the results obtained is considered moderate in the population studied.

KEY WORDS: Anxiety to the dental treatment, Scale of anxiety and Frequency

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como salud bucodental es la ausencia del dolor orofacial, caries, pérdida de dientes, enfermedades periodontales (encías), cáncer de garganta o de boca, enfermedades infecciosas bucodentales, traumatismos físicos, labio leporino o paladar hendido, infecciones y llagas bucales, otras enfermedades y trastornos que delimitan en la persona afectada la incapacidad de morder, sonreír, hablar, masticar, al tiempo que repercute en su bienestar psicosocial. ⁽¹⁾

La salud bucal es necesario para la salud general y es esencial para el bienestar y calidad de vida de las personas. ⁽²⁾

El tratamiento odontológico al no realizarse a tiempo o por el incumplimiento del mismo, es uno de los primeros factores que afectan en la salud dental de las personas, si se analiza desde un punto de vista tanto médico, odontológico, psicológico y social, nos demuestra que existe factores que tienen que ver con la calidad de atención, relación odontólogo paciente, el uso adecuado de cada uno de los instrumentos, la información sobre los servicios de salud. ⁽²⁾

El descuido de la salud bucal puede traer grandes consecuencias como la pérdida de piezas dentales, enfermedades periodontales, tratamientos de endodoncia, etc. En relación con el paciente este puede presentar varias complicaciones como dolor, complicaciones físicas, mal aliento consecuencias que pueden ir creciendo progresivamente afectando la salud bucal y la calidad de vida del paciente. ⁽³⁾

La ansiedad dental puede ser el resultado de las experiencias de condicionamientos ya sean de manera directa o indirectamente, puede surgir como parte de una vulnerabilidad constitucional subyacente a los trastornos de ansiedad. ⁽⁴⁾

Según la OMS, el 60% al 90% de los escolares tienen caries en todo el mundo, mientras que 15% al 20% de los adulto de una media (35-44 años) presentan enfermedades periodontales, que pueden desembocar en pérdidas dentales, y 30% de la población en general (65-74 años)no tienen dientes naturales. ⁽¹⁾

La presente investigación tiene por objeto determinar la prevalencia de la ansiedad al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años de edad, en la parroquia Machángara-Cuenca 2017.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Hoy en día, debemos considerar a la salud como unos de los factores primordiales ya que es considerada importante para la comunicación, alimentación, así también como la estética y la imagen de cada persona siendo un factor significativo dentro de un proceso para poder socializar con las demás personas, aun así la población no recurre frecuentemente al tratamiento odontológico ya sea por varios factores: psicológicos, económicos, sociales y culturales en los que también englobaría el nivel de educación de cada uno.

Dentro de esto podemos decir que la salud oral y los problemas relacionados con la ansiedad dental pueden tener un efecto sobre la calidad de vida de cada persona y sus diferentes dimensiones, como el comer, el hablar, la apariencia y por interacción con la sociedad.

Todos estos factores podrían ser perjudicial tanto para la salud física y psicológica y en este caso con la salud bucodental llevando al adulto joven a problemas más complejos que se podrían ir agravando con el tiempo y verse con problemas complejos en mi población de estudio que son de adultos mayores.

El problema de la investigación que se plantea es la pregunta ¿Cuánto es la prevalencia de ansiedad al tratamiento odontológico, en adultos mayores de 65 años de edad en la parroquia Machángara en la ciudad de Cuenca en el año 2017?

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente tema de investigación está enfocado orientado en determinar la prevalencia de la ansiedad al tratamiento odontológico, en la población adultos mayores de 65 años de edad, teniendo una relevancia humana específica para para este grupo etario.

La relevancia científica de este proyecto de investigación se evidenciara al poder determinar los factores asociados con la ansiedad al tratamiento odontológico y se lograra obtener datos importantes sobre cuál es el factor de riesgo más importante que está afectando a los adultos mayores, con la finalidad de poder posibilitar intervenciones que nos permitan prevenir la ansiedad al tratamiento odontológico.

Este estudio tiene una relevancia social debido a que este estudio va dirigido a los adultos mayores de la parroquia da Machángara de la Ciudad de Cuenca, y de gran importancia para dicha población, ya que nos podría servir de referencia bibliográfica para futuras investigaciones de ansiedad al tratamiento odontológico.

El interés personal es realizar un trabajo de titulación en el que pueda dar a conocer la ansiedad al tratamiento odontológico, como un problema frecuente que impide un buen trabajo profesional por parte del odontólogo y que puede llegar a generar problemas futuros si no es tratado a tiempo,

El estudio va dirigido principalmente a la población de la parroquia Machángara de la ciudad de Cuenca. Tiene un nivel de originalidad nacional y local, debido a que no existe información sobre estudios recientes, acerca de ansiedad dental en los últimos 5 años.

Para garantizar la viabilidad de este proyecto, se trabajó en coordinación con las autoridades de las instituciones de la Universidad Católica de Cuenca y con la dirección de investigación de carrera.

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de la ansiedad al tratamiento odontológico en adultos mayores de 65 años de edad, en la parroquia Machángara-Cuenca 2017.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de la ansiedad al tratamiento odontológico según su edad.
- Conocer la prevalencia de la ansiedad al tratamiento odontológico según el sexo.
- Conocer la prevalencia de la ansiedad al tratamiento odontológico según el nivel económico.
- Analizar la prevalencia de la ansiedad al tratamiento odontológico según el grado de instrucción.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Ansiedad al tratamiento odontológico

La ansiedad ante el tratamiento odontológico se lo ha definido como un fenómeno caracterizado por emociones personales de nerviosismo, preocupación, que son experimentados por la persona en ese instante. Esto se manifiesta de manera real por el estado emocional, el mismo que se muestra de manera desagradable asociado ante cambios psicológicos frente a una amenaza hacia la integridad de la persona. ⁽⁵⁾

La ansiedad no solo presenta un impacto en la salud dental sino que además aqueja otras actividades ya sean sociales, familiares, trabajo, ya que se puede presenciar una amenaza ante la integridad de la persona. ⁽⁶⁾

Además la ansiedad se puede presentar de forma anticipada con el solo hecho de saber que va a tener un encuentro con factores que provocan miedo, sin duda alguna es el hecho de haber tenido experiencias negativas durante el tratamiento que les afecto en lo personal. Existen personas con el solo hecho de saber que tienen una cita odontológica, inician con la ansiedad por el temor de volver a presentar experiencias negativas o traumas. ⁽⁷⁾

Debemos además entender a la ansiedad como un factor múltiple debido a que presenta tres elementos que actúan entre sí, como son: ⁽⁸⁾

Componente cognitivo: es algo desagradable que involucraría una interferencia en la concentración e incapacidad de poder recordar algunos de los eventos que han presentado con anterioridad. ⁽⁸⁾

Componente fisiológico: es en el cual este conlleva aun sufrir una activación del sistema nervioso autónomo, y puede producir déficit de respiración, transpiración, y palpitaciones. ⁽⁸⁾

Componente motor: son conductas no tan ajustadas y poco adaptativas, las cuales pueden partir del desbloqueo hasta el abandono de la consulta dental. ⁽⁸⁾

4.1.a.- Causas comunes de la ansiedad dentro del tratamiento odontológico

Como ya se había mencionado la ansiedad en un factor complicado que está constantemente enlazado, a una gran frecuencia de ansiedad al tratamiento

odontológico, presentando las siguientes características: experiencias pasadas que han sido traumáticas probablemente durante su infancia, miedo a la sangre, temor al dolor(hace que la persona evite su consulta), la presencia de familiares que presentan ansiedad los mismos que son transmitidos hacia las demás personas, esto hacen que presenten dolor antes de iniciar con su tratamiento dental, miedo a las agujas. ⁽⁹⁾

4.1.b.- Factores que aumentan la ansiedad dental

Dentro de lo que pueden causar o están causando ansiedad ante el tratamiento odontológico podemos acotar que existe una cantidad de factores que puede hacer que el paciente presente un alto grado de ansiedad o a su vez puede provocar la misma. Dentro de estos tenemos: ⁽¹⁰⁾

La interacción dentista paciente, debido que si el profesional emite algún comentario o declaración negativa, hace que los paciente presenten una mayor ansiedad, en donde según una investigación que ha realizado Moore, han afectado negativamente debido a que se siente mal o culpables de presentar ansiedad, por lo tanto la interacción entre el profesional y el paciente son de vital importancia para una mejor calidad de la salud bucal. ⁽¹¹⁾

También les afecta el esperar demasiado tiempo en la sala de espera antes de la consulta, la presencia de una cantidad exagerada de pacientes en espera, hace que el paciente se imagine que su consulta o tratamiento será realizado con rapidez y sin una explicación adecuada y por último el realizar su tratamiento con una duración prolongada. ⁽¹¹⁾

4.1.c.- Clasificación de la ansiedad dental

La ansiedad dental se puede clasificar de acuerdo a la intensidad y la permanencia del trastorno en el paciente durante la consulta odontológica. ⁽¹²⁾

- Leve o baja
- Moderada
- Severa ⁽¹²⁾

Leve o baja: el paciente predomina la tranquilidad, aquí existe un ligero problema para poder realizar el diagnóstico, tratamiento o el examen dental. ⁽¹²⁾

Moderada: se encuentra caracterizada por la desorganización, el comportamiento psicomotriz, una de sus manifestaciones es la disminución de su estado emocional, el cual nos dificulta para la realización del diagnóstico, tratamiento, el mismo que establece un cambio de estrategia del profesional. ⁽¹²⁾

Severa o alta: las personas muestran signos de miedo, susto, el estado emocional del paciente no les permite la realización del examen, diagnóstico y tratamiento odontológico que fue programado con anterioridad, a su vez la cita se traslada a otro día o fecha, en el cual se ve la negativa tanto del paciente como del profesional para la realización del tratamiento. ⁽¹²⁾

4.1.d.- Manifestaciones cognitivas de la ansiedad

Se encuentran basadas en experiencias que han ido fundando una persona con respecto al tratamiento que ha vivido, provocando una terminación con sus consultas odontológicas. Dentro de estas podemos mencionar: ⁽¹³⁾

- Recuerdos de experiencias traumáticas
- Miedo a perder piezas dentales
- Hipersensibilidad a los tratamientos odontológicos
- Dolor al momento de realizar los tratamientos
- Pensamientos negativos
- Autoestima bajo
- Su ansiedad hace que la persona se imagine que nadie le puede entender lo que sufre.
- Comportamiento inadecuado durante el tratamiento
- Los pacientes prefieren extraer las piezas dentales, a diferencia de no realizarse tratamientos largos, por miedo al dolor o el ruido de los instrumentos que se usan. ⁽¹³⁾

4.1.e.- Manifestaciones fisiológicas de la ansiedad

Estas manifestaciones se dan como una forma de respuesta ante la ansiedad, además se puede prestar atención a cambios demostrativos como: ⁽¹³⁾

- Sudoración
- Pulso rápido
- Impresión de dolor del estomago
- Boca seca
- Problema al momento de respirar
- Insomnio
- Palpitaciones. ⁽¹³⁾

4.1.f.- Manifestaciones en relación a la conducta del paciente

Esto se deba a la forma de comportarse cada individuo, debido a la ansiedad tienden a exagerar su comportamiento, dentro de esto podemos mencionar a: ⁽¹³⁾

- No asistir a la consulta odontológica
- Abuso de sustancias
- Comportamiento de autodestrucción
- Resistir a la presencia de dolor
- Alteración del diario alimenticio, debido a la presencia de sensibilidad de la pieza dental. ⁽¹³⁾

4.1.g.- Factores predisponentes individuales de la ansiedad dental

Uno de los factores principales es el haber presenciado experiencias negativas durante su vida pasada y más aún durante el tratamiento odontológico, las mismas que ha sido observada personalmente por cada individuo o a su vez han sido transmitidas durante su niñez, o por personas que han pasado por tratamientos prolongados o traumáticos, el mismo que se fundamenta hacia la ansiedad. Dentro de esta podemos mencionar a: ⁽¹⁴⁾

- **Edad:** dentro de esto podemos mencionar que la ansiedad que presentan los pacientes han sufrido durante su infancia la misma que ha ido avanzando en la edad media y más tarde con la edad ha ido decayendo en ciertos pacientes, no se debe confiar en esa declinación debido a que la ansiedad vuelva a aparecer en la edad adulta, pero se debe tomar en cuenta que varios artículos demuestran que la edad media son los de mayor susceptibilidad a presentar ansiedad, algo importante y que debe tener en claro que las personas adultos que muestran ansiedad se debe a que a una edad temprana sufrieron una experiencia negativa, y por lo tanto no han superado su miedo. ⁽¹⁴⁾
- **Sexo:** dentro de estudios que se han investigado se tiene la opinión que las personas de sexo femenino son las susceptibles, debido a que pueden presentar sensación de dolor durante el tratamiento, mientras que los del sexo masculino no lo presentan, además se puede relacionar que la literatura demuestra que los hombres también presentan ansiedad, los mismo que no van a presentar diferencias significativos de ansiedad. ⁽¹⁴⁾
- Otros estudios indican que el porcentaje alto de ansiedad que presentan las mujeres se deba a que son personas que voluntariamente a realizado las encuestas, por lo que mediante esto son libres de expresar su estado emocional durante el tratamiento, ya sea por temor o miedo no lo indican al

profesional, por el temor de que no les entiendan, mientras que los hombres no indican lo que siente mediante la encuesta sino que ellos expresan de otra manera sus miedos, por lo que su salud bucal está más afectada a diferencia de las mujeres, debido a que las de sexo femenino lo aceptan y están dispuestas a ser tratadas. ⁽¹⁴⁾

- **Estado de salud oral:** cada individuo debe tener conocimiento de cuán importante es la salud bucal de cada uno, el estado bucal no debe decaer, ni presentar un deterioro por alguna mala experiencia que haya sufrido, pero debemos tener en cuenta que esa experiencia negativa afecta emocionalmente, razón por la cual va a existir un mayor deterioro bucal. ⁽¹⁴⁾

4.1.h.- Rasgo de los pacientes con miedo al odontólogo

Los rasgos que presentan las personas frente al odontólogo se debe a que tienen miedo al que le manifieste debido a que su estado de salud bucal no se encuentra en buen estado como el profesional le gustaría ver, debemos tener en cuenta que no es por la falta de preocupación del paciente, si no por el miedo, o ansiedad que ellos presentan con el solo hecho de saber que tienen que presentar a la consulta odontológica, dentro de estos existen ciertas manifestaciones de los individuos: ⁽¹⁴⁾

- Se muestran avergonzados profundamente
- Estado bucal presenta un mal cuidado
- Presentan poca confianza con el profesional
- Pacientes adultos mayores presentan un deterioro enorme en relación a sus prótesis
- Son personas exigentes, ante su trabajo
- Presentan el umbral del dolor muy alto, (ruido de la turbina)
- Su conducta no es la muy adecuada
- Presenta angustia, sudoración, dolor de pecho, boca seca, disminución de aire.
- Su estado emocional les conduce a una huida o escape del tratamiento
- Prolongan sus citas ^{(14) (15)}

4.1.i.- Factores predisponentes concernientes con el consultorio odontológico

Una de las causas que están dentro del consultorio odontológico, y a su vez pueden causar ansiedad, existen algunos componentes esenciales como la presencia de la aguja, el sonido de la turbina, el micromotor, y el ruido que están provocando durante su uso, además implica también ansiedad hacia pocos tratamientos como son la extracciones dentales (exodoncia), endodoncias. ⁽¹⁶⁾

Cualquiera de estos miedos son tentaciones que llegan a producir una coacción o amenaza, también puede llegar a originar una interrupción del tratamiento, en donde ciertos pacientes, deciden ya no acudir a sus tratamiento por ende da por finalizado, sin darse cuenta que está afectando a su salud progresivamente. ⁽¹⁷⁾

Es muy importante que el profesional comprenda la situación del paciente, para evitar formar problemas emocionales en el entorno del paciente y así no afectar la salud bucal del paciente, por lo tanto cuando el paciente asiste por primera vez a la consulta debemos darle un diagnóstico preciso, emplear el tratamiento adecuado, y lo más importante volver a ganar la confianza del paciente para una buena atención. ⁽¹⁸⁾

4.1.j.- Consecuencias de la ansiedad y el miedo al tratamiento odontológico

Al referirnos a las consecuencias que la ansiedad nos deja ante el tratamiento odontológico ha estado agrupado entre la ansiedad y el miedo, dejando un estado de salud bucal deteriorado, debido a que los pacientes manifiestan una gran alteración dental, debido a que los pacientes que presentan sentirse inferiores a los demás, timidez, aumento de negarse a la consulta odontológica, y puede llevarlos al uso de servicios médicos para el uso de medicamentos como analgésicos y antibióticos los más comunes para el alivio de las molestias que manifiesten. ⁽¹⁹⁾

Todas esta manifestación o alerta que el paciente presenta conlleva a elevar el nivel de ansiedad, otro efecto que produce es el aumento del umbral del dolor, debido a que cualquier estímulo, les hace sentir molestia. ⁽²⁰⁾

Debemos tomar en cuenta que existen consecuencias psicosociales los mismos que presentan movimientos perturbadores, estos afectan la relación entre el paciente y el profesional, debido a que el odontólogo sufre una estrés debido a que los pacientes necesitan de una mayor atención, una destreza para el manejo de la conducta de cada paciente ya que nos todos presenta las mismas manifestaciones, exige un mayor tiempo de trabajo el mismo que no remunera en su honorario. ⁽²⁰⁾

4.1.k.- Manejo de los pacientes con ansiedad

Para un manejo certero de los pacientes es necesario saber identificar a los pacientes, y optar por realizar una mediadas adecuadas, ciertos pacientes que retrasen sus citas, no asistan, o se presenten tarde a su consulta, son muestras de ansiedad. ⁽²¹⁾

- Tomar el tiempo necesario para una buena atención
- Disminuir los factores que producen la ansiedad
- Implementar métodos de relajación
- Técnicas de distracción (música, videos)

- Enviar a especialistas que nos ayuden con el manejo de la ansiedad (psicólogos)
- Sedación. ⁽²²⁾

Al momento de usar una destreza multidisciplinaria, no ayuda a mejorar la posibilidad del éxito. Debido a que el manejo de los pacientes dependen de la edad de cada uno, en donde se analiza el grado de cooperación, la historia clínica, y el procedimiento que se lo realizara, es importante que el odontólogo se encuentre en un estado emocional positivo debido a que eso se le transmite al paciente, y nos ayuda que se sientan en confianza y nos comente lo que les sucede durante la cita, ser el apoyo primordial, prevenir el dolor. ⁽²³⁾

- Tratamiento

El principal tratamiento es la psicoterapia y medicamentos, es importante que algunos autores mencionan que los cambios de estilo de vida las personas ayuda a mejorar la ansiedad. ⁽²⁴⁾

- Psicoterapia

Esto ayuda a disminuir las manifestaciones de la ansiedad, es eficaz, es un tratamiento de corto plazo y resultados excelentes, debido a que enseñan a emplear técnicas específicas que mejoran la situación, y regresan a tener actividades que por miedo no lo realizaban, como retrasar las citas programadas, se sienten seguras, aprenden a controlar la situación de la ansiedad. ⁽²⁴⁾

- Medicamentos

Los medicamentos nos ayudan a disminuir o aliviar el dolor, dentro de los más usados son los antidepresivos, ansiolíticos, es importante saber sus efectos, complicaciones que estos nos puede producir al administrar estos medicamentos. ⁽²⁵⁾

Los ansiolíticos dentro de esto tenemos las benzodiazepinas (clordiazepóxido, diazepam, oxazepam, nitrazepam, midazolam), para obtener un buen éxito es identificar la ansiedad que manifiesta. Debemos tener en cuenta que el efecto de la benzodiazepinas es regular la parte neural, debido a que ellos tienen un efecto sobre los sistemas catecolaminérgicos. ⁽²⁵⁾

Además para un tratamiento adecuado es necesario saber comunicarnos con los pacientes, mantener un ambiente relajado, limpio, explicarle todo lo que se realizará durante el tratamiento, es necesario que el tratamiento se inicie de lo más simple a lo

más complejo. Por ejemplo se puede iniciar con una profilaxis ya que es una actividad atraumática. ⁽²⁵⁾

4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los autores Lima Magda, Rivero Y, realizaron un artículo “Miedo, Ansiedad, Fobia al tratamiento estomatológico, Humanidades Médicas, Resultados: A la consulta estomatológica acuden muchos pacientes con miedo al tratamiento y al sillón dental. Es por eso que nos motivamos a revisar la literatura para establecer la diferencia de los términos que empleamos para referirnos a estas situaciones dentales, precisar su prevalencia según edad y sexo, relacionar la etiología y los posibles tratamientos, así como su prevención. Se estableció la diferencia entre miedo, ansiedad y fobia dental, predominan entre el 5 y 31,5% de la población y aumenta con la edad, sin diferencias significativas de sexo. Las etiologías más frecuentes son experiencias traumáticas pasadas y la actitud aprendida de su entorno. Los tratamientos incluyen el control de la ansiedad con terapia del comportamiento y medicamentosa. En la prevención debe tenerse en cuenta los consejos a pacientes para superar el miedo al dentista y la responsabilidad del odontólogo, las cualidades requeridas del equipo de tratamiento y las características del consultorio dental. ⁽¹⁾

Los autores: Cázares de León Francisco, Montoya Flores Blanca Idalia, Quiroga García Miguel Ángel, realizaron un artículo “Ansiedad dental en pacientes adultos en el tratamiento odontológico. Revista Mexicana de Estomatología”, demostraron según sus resultados en los que se identificó que de los 203 pacientes del género femenino fueron 64% mujeres y el 36% restante hombres. Las mujeres mostraron algún nivel de ansiedad en un 79.8% contra un 79.4% del masculino, lo que representa en esta población de pacientes mujeres que las que fueron extremadamente ansiosos y moderadamente ansiosos fueron solo el 32.3%. En contraste con los el género masculino que mostró extrema ansiedad con un 8.2% y moderadamente ansioso con un 9.6%, y sin ansiedad ambos grupos tuvieron 20%. ⁽²⁾

Los autores Jimenez Ortiz J, Herrera Silva J, realizaron un artículo “Miedo y Ansiedad Dental de pacientes Adultos atendidos en una clínica universitaria de México” Resultados: Participaron 357 pacientes, con una edad promedio de 35 años, el 81,23% (290) presentó niveles medio a alto de miedo, y 46,77% (167) de ansiedad, existiendo diferencia ($p < 0,0001$) entre ambos fenómenos. Se encontró diferencia en el nivel de ansiedad por escolaridad ($p = 0,043$) determinada por los de menor nivel de estudios; para miedo de acuerdo a su procedencia ($p = 0,005$) por los de medio urbano

y los que asisten a consulta de manera frecuente ($p=0,041$); en el indicador de trato humano de la escala de miedo ($p=0,043$) entre solteros y los que viven en unión libre. Existió relación significativa entre miedo y ansiedad ($p=0,000$), y entre todos los indicadores de miedo ($p=0,000$).⁽³⁾

El autor Sancho Ruíz A, realizaron un artículo “Trastorno de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio” Resultados: Los trastornos de ansiedad (TA) son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo. Su identificación puede ser difícil pues, en ocasiones, son expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se consideran reacciones normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad.

Los TA incluyen trastornos de inicio específico en la infancia y adolescencia (ej. el trastorno de separación) y otros cuya expresión sindrómica es semejante a los TA del adulto (ej. trastorno de pánico). Las manifestaciones de los TA son polimorfas y desconcertantes en ocasiones (quejas físicas variadas, rechazo a ir al colegio, comportamientos de apego excesivo a los padres o a los principales cuidadores, resistencia a ir a dormir, hiperactividad y oposicionismo, etc.). La consulta del pediatra es el lugar idóneo para establecer un diagnóstico de presunción y proceder a la indagación y posterior confirmación de aquél. El pediatra debe estar familiarizado con el diagnóstico, las herramientas básicas de tratamiento y los procedimientos de derivación a salud mental. Las principales modalidades de tratamiento en la práctica clínica son la terapia cognitivo-comportamental (TCC), las intervenciones informativas para familiares y el tratamiento farmacológico. Aunque se han producido importantes avances en el desarrollo y aplicación de tratamientos para los TA, aún existe un número limitado de estudios que prueben la eficacia de los mismos.⁽⁴⁾

Los autores: Hmud R, Walsh LJ realizaron un artículo “Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. Revista De Mínima Intervención En Odontología” Resultados. La sensación subjetiva de boca seca, xerostomía, es un problema muy reconocido en adultos; sin embargo, se ha prestado relativamente poca atención a este tema en niños. Puesto que los bebés babea y los niños parecen tener siempre un exceso de saliva acuosa, existe una creencia no fundamentada en la profesión dental de que los niños no pueden sufrir o no sufren de hipofunción salival, por ejemplo, xerostomía o boca seca. Lamentablemente, este no es el caso. Algunos

niños con necesidades especiales o factores médicos intercurrentes, pueden sufrir deterioro significativo de la función salival. ⁽⁵⁾

Los autores: Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert C, realizaron un artículo “La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca”
Resultados: **La** boca es una parte integrante no sólo de un cuerpo físico, sino también de una imagen corporal o dicho en otros términos, de un cuerpo representado a nivel psíquico. Es así que posee un significado psíquico único en relación con otras partes del cuerpo. Debido a las experiencias primarias que la boca permite en el desarrollo humano, es que en ella están representados sentimientos íntimamente ligados a la identidad del sí mismo. Cuando el dentista se relaciona con su paciente deberá considerar estos conceptos para conseguir una buena alianza terapéutica. La relación se verá fortalecida en la medida que se considere al paciente como una persona independiente que tiene ciertos conocimientos y capacidad de decisión respecto a su salud oral. Si esto se complementa con la aplicación de una serie de técnicas que ayudan a disminuir la ansiedad del paciente cuando asiste a la consulta profesional, se lograra que desarrolle conductas de autocuidado para mejorar y mantener su salud bucal en buenas condiciones. ⁽⁶⁾

Los autores: Amaíz Flores J, Flores M, realizaron un artículo “Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria”
Resultados: La ansiedad es un trastorno complejo y multifactorial que puede implicar el deterioro de la salud bucal de los pacientes que la padecen. En la actualidad, la mayoría de los pacientes experimenta algún grado de ansiedad ante los procedimientos de índole odontológico. De esta forma, el odontólogo y su equipo deben estar entrenados y capacitados para reconocer los signos y síntomas clínicos asociados a la ansiedad que pueden presentar sus pacientes. Asimismo, tienen que estar familiarizados con diversas técnicas de intervención para contener situaciones de ansiedad ante la consulta odontológica (relajación muscular progresiva de Jacobson, musicoterapia, reestructuración cognitiva – percepción de control y psicoeducación). Resulta necesario lograr una visión interdisciplinaria entre la Odontología y la Psicología clínica, donde los conocimientos psicológicos mejoren la calidad de los tratamientos dentales de los pacientes que padecen trastornos de ansiedad. ⁽⁷⁾

Los autores: lima Álvarez M, Guerrier Granela L, Toledo Amador A. realizaron un artículo “Obra: Técnicas de relajación en pacientes con ansiedad al tratamiento estomatológico”
Resultados: La muestra estuvo representada por 31 pacientes mayores de 15 años de ambos sexos; predominando el sexo femenino con un 58,07%.

El grupo más significativo del estudio lo constituyó el comprendido entre 35 y 59 años de edad (54,84%), seguido por el de 19 a 34 años para un 22,58%. Al analizar estos resultados, se observó que ambos grupos etáreos, o sea, el conjunto de 19 a 59 años, resultó ser el mayoritario debido a que es el que más acude a la Clínica Dental de Adultos de Florida, lo cual consta en las estadísticas de los últimos años de la entidad. Se exponen las causas de miedo al tratamiento estomatológico, el 74,19% de los pacientes, distribuido de forma similar en ambos sexos, manifestó que se encontraba impresionado por el equipo e instrumental estomatológicos. Un número menor de personas atribuyeron su ansiedad al ruido producido por el airotor (54,84%), al sufrimiento de experiencias dolorosas anteriores (48,39%) o a la transmisión de experiencias negativas por otras personas (41,94%). Estos dos últimos aspectos fueron referidos principalmente por mujeres.

Se refleja el grado de ansiedad de los pacientes al inicio de la investigación, nos muestra que el mayor por ciento presentó ansiedad marcada (54,84%) predominando el sexo femenino (58,07%). El resto de los pacientes se encontró distribuido equitativamente en los niveles de ansiedad moderada y severa. Al comparar el estado de salud bucal de los pacientes con el nivel de ansiedad que presentaban al comenzar el estudio, se observó que el 64,74% de las personas tenía un estado de salud bucal considerado como malo. En dicho grupo se encontraron las tres cuartas partes de los pacientes con ansiedad marcada y la totalidad de las personas con ansiedad severa. Por otro lado, mostraron salud bucal regular la mayoría de los pacientes con ansiedad moderada. Al observar que refleja el número de sesiones de relajación necesarias para comenzar el tratamiento estomatológico, teniendo en cuenta el nivel de ansiedad del paciente, se observa que aunque el 54,84% de la muestra sólo recibió de una a tres sesiones, existe una relación directa entre nivel de ansiedad y cantidad de consultas recibidas. Por esta razón, casi la totalidad de los pacientes con ansiedad moderada asistieron a tres sesiones o menos, mientras que el 100% de las personas con ansiedad severa necesitaron de cuatro a seis sesiones. se muestra la eficacia de las técnicas de relajación según el nivel de ansiedad presentado antes del tratamiento. En el 67,74% de los pacientes resultó eficaz la aplicación de dichas técnicas. En igual número de pacientes (cinco en cada grupo) resultó medianamente eficaz e ineficaz la relajación. Sin embargo, en este último grupo se apreciaron casos, que aunque su grado de ansiedad permaneció invariable por razones explicadas anteriormente, cooperaron en la realización del tratamiento estomatológico. ⁽⁸⁾

Los autores: Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Barahona Salazar P, Molina Muñoz Y, Cadenasso Salinas P, Zambrano Canelo V, Rojas Alcayaga G, realizaron un artículo “Obra: Ansiedad dental en Adultos mayores Chilenos que con curren a su servicio de Salud Primaria” En total fueron 174 los adultos participantes del estudio (89,1 % mujeres y 10,9 % hombres), con edades que fluctuaban entre los 20 y 70 años (Media: 37,4; DE: 10,96). Con respecto al nivel educacional, un 42,3 % de la muestra poseía educación media completa, y solo un 3,6 % básica incompleta. En relación a la última visita al dentista, un 62,6 % de los sujetos evaluados manifestaron que al menos hace un año que no visitaban al dentista. Dentro de ese porcentaje, un 20,9 % no había asistido a sus controles con el odontólogo hace más de 5 años. En relación al nivel de ansiedad dental que presenta la muestra, un 37,9 % presenta ansiedad dental, en sus niveles moderado, severo y fobia dental.

Al observar la presencia de ansiedad dental según el nivel educacional de la muestra evaluada, las personas de educación básica completa presentan porcentualmente un mayor nivel de ansiedad dental que los demás grupos. Según grupo etario, los sujetos entre 60 a 70 años presentan porcentualmente un mayor nivel de ansiedad dental que los demás grupos etarios. Finalmente, al chequear las asociaciones entre la ansiedad dental y la edad, índice per cápita y última visita al dentista, no se observan asociaciones significativas. Lo mismo ocurre al chequear si existen diferencias significativas entre la presencia/ausencia de ansiedad dental según nivel educacional, edad y última visita al dentista. ⁽⁹⁾

Los autores: Velasco Ortega E, Monsalve Guil L, Jiménez Guerra A, Segura Egea J.J, Matos Garrido N, Moreno Muñoz J, realizaron un artículo “El tratamiento con implantes dentales en los pacientes adultos mayores” En las últimas décadas, la implantología oral ha representado una técnica creciente en gerodontología. En este sentido, la edad avanzada no es una contraindicación para la implantología oral. Desde un punto de vista integral, es necesario la valoración de las condiciones médicas del paciente mayor, un diagnóstico oral, y una correcta planificación de tratamiento, con un estricto protocolo quirúrgico y prostodóncico. Muchos pacientes candidatos para la cirugía de implantes son mayores, y su perfil médico puede ser complejo. La comunicación con su médico puede ser importante para minimizar los riesgos quirúrgicos. Después de la fase quirúrgica, el éxito a largo plazo de los implantes dentales exige una buena reacción de los tejidos blandos y duros periimplantarios. Prótesis fijas y removibles pueden estar indicadas en los pacientes mayores edéntulos, según diferentes protocolos de carga funcional. El mantenimiento por el paciente y las revisiones

periódicas por el dentista son muy importantes. Las prótesis implantosoportadas mejoran la calidad de vida oral y el bienestar psicosocial de los pacientes ancianos edéntulos. ⁽¹⁰⁾

Los autores: Kranh N, Garcia A, Gómez L, Astie F, Doña R, realizaron un artículo "Fobia al tratamiento odontológico en pacientes de la ciudad de San Luis" Los resultados obtenidos, con respecto a la presencia de fobia al odontólogo, son los siguientes: el 65% presenta miedo escaso, el 15,83%, miedo moderado y el 19,17%, presentan fobia a la intervención odontológica. En cuanto a la prevalencia de fobia al tratamiento odontológico según el género se obtuvieron los siguientes resultados: el 64,58% de los hombres presentan escaso miedo, el 18,75%, miedo moderado, y el 16,66% presenta fobia a la asistencia odontológica. El 65,27% de las mujeres presentan escaso miedo, el 13,88%, miedo moderado, y el 20,83% presenta fobia a la asistencia odontológica.

La prueba bilateral T para muestras independientes; no registro diferencias significativas entre ambos sexos en lo referido a la variable estudiada en este trabajo ($p=0,4292$). Con respecto a la etiología del miedo al tratamiento odontológico, las causas señaladas por los pacientes son, en primer lugar, la percepción individual del dolor (45%) y el ruido del torno (44,16%), seguidas por una mala experiencia en consulta odontológica (35,83%), el instrumental (28,33%), relatos de parientes y amigos cercanos respecto a tratamientos dentales recibidos (24,16%), miedos desde la infancia (22,5%), los olores (17,5%), tener que estar quieto tanto tiempo (15,83), estar con la boca abierta tanto tiempo y actitud aprendida de su entorno (14,16%); finalmente, la sala de espera llena de pacientes (6,66%). Las manifestaciones sintomáticas, que los pacientes señalan ante el tratamiento odontológico, son: taquicardia (15,83%), sudor (14,16%), temblores y fatiga respiratoria (8,33%), miedo de perder el control (5%), dolor de pecho o "de corazón" y falta de aliento (3,33%), náuseas (1,66%), diarrea y vómito (0,83). En cuanto a la opción denominada "otras", le corresponde un 10,83%, y en esta categoría los pacientes agregaron: "ansiedad", "ganas de irse", "tensión" y "dolor de estómago". ⁽¹¹⁾

Los autores: Sánchez Aguilera F, Toledano M, Osario R, realizaron un artículo "Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento", La estadística descriptiva de los resultados obtenidos se muestra que se ha tratado de elegir dos grupos separados de niños y niñas con edades medias iguales que permitiesen un estudio a fondo de la ansiedad y su comportamiento, por lo que no se encuentra diferencia significativa tras

la comparación de las medias de edad. Además hay que añadir que en el análisis de regresión múltiple no aparece la edad como variable que pueda influir en ninguno de los modelos estudiados, con ninguna de las variables del trabajo.

Las puntuaciones obtenidas en la escala ansiedad/estado realizada antes del tratamiento no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo femenino y el masculino ($p=0,481$). Del mismo modo, no hay diferencia estadísticamente significativa cuando es comparada la variable rasgo de la ansiedad antes del tratamiento ($p=0,293$). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$), cuando se comparan los valores de ansiedad-estado tras el tratamiento en el grupo de niños con el grupo de niñas. Ocurre del mismo modo con la medias de ansiedad-rasgo postratamiento, ($p<0,01$), siendo los valores más altos de ansiedad los correspondientes a las niñas. ⁽¹²⁾

Los autores: Alcayaga Rojas G, Montalva P, realizaron un artículo “Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental”. La muestra final consistió en 60 pacientes, 14 hombres y 46 mujeres, con un rango etario de 16 a 75 años y un promedio de edad de 36,8 años. De acuerdo a las categorías de ansiedad dental (baja, moderada, severa), la mayor proporción de sujetos, se ubicó en la categoría de ansiedad moderada, tanto al inicio como al final de las intervenciones. No se observaron diferencias en el puntaje obtenido en la escala de CORAH entre los distintos grupos, tanto al inicio como al final de cada sesión. Sin embargo se pudo apreciar que una vez concluidas las intervenciones experimentales, el grupo PC mostró una disminución en el porcentaje de sujetos que presentaban inicialmente ansiedad moderada y severa (fig. 1), pasando de un 85% a un 60% y de un 15% a un 0%, respectivamente. En los grupos R y Control, la mayor parte de los sujetos se mantuvo en su categoría inicial de ansiedad dental a lo largo de las sesiones. Al finalizar las sesiones el 40% de los sujetos del grupo PC se ubicó en el rango de baja ansiedad, mientras que en los grupos de relajación y control, el 15% de los sujetos se ubicó en esa categoría. En términos de eficiencia de las distintas intervenciones, los resultados muestran que en el grupo PC hubo una disminución significativa del porcentaje de sujetos con ansiedad dental moderada o severa, observándose que un 20% de los sujetos se ubicaron en la categoría de ansiedad baja producto de la primera sesión de uso del panel de control (Wilcoxon, $p<0.05$). Esto indica que en las intervenciones en base a percepción de control es suficiente una única sesión para obtener disminución de la ansiedad dental. Además se observó que este efecto se mantuvo en las siguientes sesiones de atención dental. ⁽¹³⁾

La autora Marta Sanjuán Navais, realizó un artículo “Intervenciones musicales para la ansiedad odontológica en pacientes pediátricos y adultos”, demostró que de los siete estudios que se incluyeron en la revisión dos fueron pediátricos y cinco realizados en adultos. En todos los estudios la intervención musical fue la escucha pasiva de música. De los dos estudios realizados en niños uno fue cuasi experimental realizado en 45 pacientes de 4 a 6 años y el otro fue un ensayo controlado cuasi aleatorio, realizado a 40 pacientes de entre 4 y 8 años. Ambos estudios dividieron a los pacientes en tres grupos: un grupo control sin música y dos grupos intervención con música. El estudio cuasi experimental dividió a los pacientes en un grupo con música alegre (la definen como música apropiada para la edad) y otro grupo con música relajante (la definen como música instrumental lenta). Se realizaron dos visitas al dentista, de las cuales sólo en la segunda visita se realizaba la intervención musical y no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni entre las visitas. El ensayo controlado cuasi aleatorio dividió a los pacientes en un grupo con canciones infantiles y el otro grupo con música instrumental. En este estudio los pacientes era la primera vez que visitaban un dentista y observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con música instrumental y el grupo con canciones infantiles. El grupo con música instrumental presentó menos ansiedad que el grupo con canciones infantiles. No hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control.

Los cinco estudios que se realizaron en pacientes adultos compararon la efectividad de diferentes intervenciones musicales para el control de la ansiedad odontológica. Dos de estos trabajos fueron pruebas controladas aleatorias y los otros tres se consideraron estudios cuasi aleatorios ya que fallaron al informar del método de asignación al azar. Tres de estos estudios compararon la intervención musical con un grupo control en silencio, uno no especifica el tratamiento del grupo control y otro administró óxido nítrico al grupo control. Uno de estos trabajos realizó el estudio exclusivamente en individuos masculinos. Dos estudios introdujeron el control del volumen en el trabajo. Tan sólo uno de los estudios permitía a los sujetos de estudio escoger la música y dos trabajos compararon además de la intervención musical un grupo al que se le practicaba relajación. Los datos obtenidos son diversos. Tres de los cinco estudios realizados en adultos encontró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo música y el grupo control (tanto si escogían música como si no), aunque uno de ellos especifica que tan sólo hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres, no entre los hombres. Y los otros dos estudios obtuvieron una reducción de la ansiedad en todos los grupos, uno sin diferencias

estadísticamente significativas entre los grupos control e intervención (toda la muestra de este estudio eran sujetos masculinos) y otro con diferencias estadísticamente significativa en todos los grupos tras el procedimiento dental pero con mayor efecto del grupo que realizó una sesión breve de relajación. ⁽¹⁴⁾

Los autores: Brito Sosa G, Iraizoz Barrios A realizaron un artículo “Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana”, manifestaron que la muestra estuvo integrada por 156 hombres (39 %): 95 ancianos del área, 38 del círculo de abuelos, y 23 de la casa de abuelos; y 244 mujeres (61 %) de ellas: 105 ancianas del área, 112 del círculo de abuelos, y 27 de la casa de abuelos. En los grupos de edades del grupo I predominaron los mayores de 70 años con 134 adultos mayores (67 %), en el grupo II el mayor porcentaje se encontró entre los 60 y 69 años con 105 ancianos (70 %) y en el grupo III este correspondió a los ancianos con más de 80 años (56 %). El porcentaje de adultos mayores con riesgos y con al menos una enfermedad crónica, en los tres grupos encuestados se comportó de la siguiente manera: con factores de riesgos fueron 47 abuelos (11,7 %), de ellos 25 ancianos del área (6,2 %), 17 del círculo de abuelos (4,25 %), y 5 de la casa de abuelos (1,25 %); y 353 enfermos (88,2 %), de ellos 175 ancianos del área (43,8 %), 133 del círculo de abuelos (33,2 %), y 45 de la casa de abuelos (11,2 %). Los estilos de vida no saludables que predominaron en los tres grupos, y que a veces practican son: comer alimentos con grasa animal en 206 ancianos (51,5 %), consumir muchos alimentos que contienen pastas en 194 personas (48,5 %), comer muchos dulces en 177 ancianos (44,2 %), y caminar muy poco en 109 ancianos (27,2 %). En 229 ancianos que representa el 57,2 % de los tres grupos, ingiere tres tipos de medicamentos o más, y el 60 % de ese grupo ingiere sedantes y ansiolíticos, lo cual afecta a 145 personas (32,6 %) que ingieren meprobamato y en buena medida sin prescripción médica y por periodos prolongados. Asiste al consultorio del médico de la familia (C.M.E.F.), el 93,2 % de las personas mayores de 60 años, el 70,5 % acude a los hospitales, el 54,7 % a los policlínicos y el 51 % a las clínicas estomatológicas. Específicamente la asistencia de los ancianos que acuden al consultorio del médico y enfermera de la familia, lo hacen con una regularidad de 2 a 3 veces al mes y una vez al mes en el 40,8 % y 30,6 % respectivamente. Los motivos de consultas más frecuentes al médico de la familia son: solicitud de medicamentos con un 67,4 %, el seguimiento de las enfermedades que padece, el 60 %, medir la tensión arterial en el 54,6 %, presencia de una enfermedad aguda en el 22,4 %, descompensación de su enfermedad de base en el 22,1 %. Se sumaron los adultos mayores de los tres grupos encuestados que el trato fue regular o malo: a nivel del C.M.E.F., 59 abuelos (14,7 %)

refieren que la atención no fue la más adecuada, a nivel del policlínico 37 ancianos (9,2 %) plantearon que el trato no fue el mejor, a nivel de las clínicas estomatológicas fueron 46 abuelos (11,5 %) los que no se sintieron bien atendidos, y a nivel de los hospitales, 38 adultos mayores (9,5 %) se sintió maltratado. En los tres grupos encuestados el 79,5 % de los ancianos se sintió bien tratado por sus familiares, pero en el 18 y el 2,5 %, el trato fue de regular o malo respectivamente. Considera que sus familiares le brinda el apoyo que necesita el 80,2 % de los adultos mayores, pero el 19,8 % plantea que no. Los adultos mayores del grupo I y III no se sienten útiles en su medio familiar en el 16 y 28 % respectivamente, con porcentajes mayores que los del grupo II, el 9,9 %. El 59 % de los ancianos, con resultados similares en los tres grupos, plantearon que siempre es respetada su privacidad, el 24,7 % refiere que casi siempre, pero el 16,3 % plantea que su privacidad es violada con más frecuencia. El 64 % de la totalidad de los ancianos refiere que nunca sus familiares le han quitado la autoridad, el 23,6 % que casi nunca, pero el 10,4 % de los tres grupos de ancianos, sí refiere que sus familiares le han quitado la autoridad con mayor regularidad, fundamentalmente los del grupo III, lo cual ocurre en el 30 %. Los problemas que más les preocupan a los ancianos en orden de frecuencia se pueden agrupar del modo siguiente: Problemas de salud personal y familiares en el 54,7 %, problemas económicos en el 45,2 %, problemas sociales en el 32 % y problemas familiares en el 15,2 %. El 55,8 % representado por 223 ancianos de los tres grupos, plantea que no existe discriminación con el adulto mayor, pero el 44,2 % representado por 177 ancianos, refiere que sí, este criterio de discriminación prevalece en el grupo III en el 64 %. De los 400 ancianos encuestados, 150 de ellos pertenecen al círculo de abuelos para un 35,5 %, estos son del grupo II y el resto no pertenece al círculo de abuelos por diversas razones, las cuales mostraremos por orden de frecuencia: Por enfermedades (predominan las pertenecientes al aparato osteomioarticular), no lo creen necesario todavía, por la necesidad de atender a sus familiares, por tener mucho trabajo en la casa y porque aún trabajan para el estado. De los adultos mayores que pertenecen al círculo de abuelos y a la casa de abuelos, el 100 % afirma que estar en ese medio los ha ayudado a mantenerse integrados a la sociedad. El 26,7 %, representado por 107 adultos mayores fundamentalmente del grupo I, afirma que está más de 8 h solo, en el hogar. Un pequeño grupo de ancianos (47 pacientes) considera que no son capaces de atenderse a sí mismos, los cuales pertenecen al grupo I y III, representados por el 17 y el 26 % respectivamente, debido en su mayoría a enfermedades y a las limitaciones propias de la edad. El 94 % de los ancianos se consideran capaces de mantenerse integrados a la sociedad, esto en el grupo II está representado por el 100

% y en el grupo III por el 96 %, lo que afirma la utilidad del círculo de abuelo y la casa de abuelo respectivamente; en el grupo I lo considera un 89 %. ⁽¹⁵⁾

5.- HIPÓTESIS

No precisa de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo. ⁽²⁶⁾

Diseño investigación: Descriptivo ⁽²⁷⁾

Tipos de investigación:

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Encuesta
- **Por la temporalidad:** Transversal actual ⁽²⁸⁾

2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de este estudio fue de 23.193 habitantes respecto al censo realizado por INEC 2010 y fueron encuestados 279 personas mayores de 65 años de edad de la parroquia Machángara-Cuenca 2017 ⁽²⁹⁾

2.1- Criterios de selección: Para la formalización de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a.- Criterios de inclusión: Se incluyó en el presente estudio a las personas de la Ciudad de Cuenca de la provincia del Azuay, que habitan en la parroquia Machángara en adultos mayores de 65 años.

2.1.b.- Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio a médicos, odontólogos, a personas que no cumplan con el rango de edad y no colaboren con la realización de la encuesta.

2.2.- Tipo de muestreo: se realizó el muestreo probabilístico, estratificado y proporcional.

2.3.- Tamaño de la muestra: se calculó mediante la fórmula de muestra para la población finita, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error del 5%. Se utilizó el programa OPEN INFO de acceso libre. ⁽²⁶⁾

El total de habitantes de Machángara 23.193

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{Z^2 \cdot P \cdot Q + E^2(N - 1)}$$

N= Total de la población 12.151

Za= 1.96 al cuadrado (si la confiabilidad es del 95%)

p= Proporción esperada (si el error es 5%=0.05)

q= 1-p (en este caso 1-0.05=0.95)

d= Precisión 5%

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5) \cdot 12.151}{(1.96)^2 \cdot (0.5) + (0.5)^2 (12.151 - 1)}$$

$$n = 373$$

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO
Ansiedad Dental	Desinterés a los tratamientos odontológicos	Valorar el grado que presentaran a la ansiedad	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Con ansiedad Sin ansiedad
Sexo	Características Genéticas del individuo	Características que diferencian al hombre de la mujer	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo en el que vive una persona contando desde el nacimiento	La edad registrada durante la toma de datos	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	65-70 años 71-75 años 76-80 años 81-90 años
Nivel Académico	Nivel de estudios terminados o en curso	El nivel de estudios registrado durante la toma de datos	Encuesta	Cualitativo	Nominal	Sin estudios, Primaria, Secundaria, Superior Técnica
Ingreso Económico	Monto recibido de acuerdo a su tipo de trabajo	Ingreso económico del encuestado	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	Alto Bajo

4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1.- Instrumentos documentales: Se utilizó una ficha de recolección de información digital, en el programa de libre acceso EPI INFO; para registrar los datos que constan en las fichas epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca, que constan de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, la segunda de datos de Índice de Higiene Oral, la tercera de Índice de Caries CPOD, la cuarta de Índice de enfermedad Periodontal de Russel y la quinta de mal oclusiones.

Para este estudio se utilizó la escala de S-DAI, la cual nos permitió medir el grado de ansiedad al tratamiento dental, utilizando una encuesta que consta de 9 preguntas.
Anexo 1

4.2.- Instrumentos mecánicos: Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core5.

4.3.- Materiales

Se utilizaron materiales de escritorio: lápiz, hojas de papel bond, tablero, etc.

4.4.- Recursos

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron los siguientes recursos:

- Recursos institucionales (UCACUE)
- Recursos humanos (Estudiante y tutor)
- Recursos financieros (2.50 en imprimir encuestas, 1.00 en bus de ida y vuelta, 2.50 en refrigerio).

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1 Ubicación espacial

Las coordenadas son: Longitud 78°59 – 79°04 W, Latitud 02°47 – 02°53 S, Altitud 2570 – 2714 msnm. Está limitada al norte por el canal principal Machángara, al sur por los límites urbanos de la ciudad de Cuenca, al este por el Río Machángara, al oeste por la quebrada de Milchichig. ⁽³⁰⁾

5.2 Ubicación temporal

La investigación se realizara entre los meses julio y diciembre 2017 recolectando datos mediante las encuestas realizadas en la parroquia Machángara.

5.3 Procedimiento para la toma de datos

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las encuestas de la parroquia "Machángara" las cuales fueron ingresadas a la base de datos en el programa EPI INFO, las cuales reflejan información sobre la ansiedad al tratamiento odontológico, estas encuestas se realizó a personas mayores de 65 años de edad, brindándonos la mayor información y registrando en la encuesta las respuestas que ellos nos brindaban, excluyendo a personas que no acuden a consulta por ansiedad y miedo al tratamiento odontológico.

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el estudio en la parroquia de Machángara de la ciudad de Cuenca a adultos mayores de 65 años, se sexo masculino y femenino, se tomaran los datos respectivos, necesarios y posteriormente a la recolección de información que de cada uno de ellos nos brindaron según su opinión acerca del miedo a la consulta odontológica, en donde las respuestas fueron registrados como si o no, durante el proceso se les brindó información en algunas preguntas que ellos no lo entendían, posterior a eso, estos datos se los llevo a la Universidad Católica de Cuenca para llenar datos en el programa EPI INFO, para ingresar los datos recolectados y analizar los datos a través del programa Excel Microsoft.

Se dividió la población en 4 grupos para facilitar la obtención de resultados:

- De 65 a 70 años de edad
- De 71 a 75 años de edad
- De 76 a 80 años de edad
- De 81 a 90 años de edad

Se calculará la prevalencia de la ansiedad utilizando la siguiente fórmula de Excel Microsoft:

=SI(AY2>0;"CON ANSIEDAD";"SIN ANSIEDAD")

Posteriormente se realizó el mismo cálculo utilizando tablas simples y de doble entrada de acuerdo al sexo, edad, ingreso económico y por el grado de instrucción académica.

7.- ASPECTOS BIOÉTICOS

Este trabajo fue realizado sin presentar conflictos bioéticos en el cual todas las personas que fueron encuestadas, fueron informadas sobre los objetivos y la

metodología de la encuesta que se le va a realizar, se les indico que hay un compromiso de confidencialidad de los datos que nos proporcionen por parte del investigador principal. Se les solicito que firmen un Consentimiento Informado al inicio de la encuesta para tener una mejor confidencialidad de las personas. (Anexo 2)

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

1.- RESULTADOS

El presente estudio realizado en 279 personas de la Parroquia Machángara - Cuenca, 2017 mediante la aplicación de encuestas utilizando la escala S-DAI; dando como resultado los siguientes:

Tabla No .1 Prevalencia de la ansiedad

ANSIEDAD		
	n	%
CON ANSIEDAD	151	54%
SIN ANSIEDAD	128	46%
Total general	279	100%

Interpretación: En la población investigada de la parroquia “Machángara” de la ciudad de Cuenca es de 279 personas encuestadas comprendidas en adultos mayores de 65 años de edad, en los cuales se presentó un 54% con ansiedad mientras que un 46% sin ansiedad a los tratamientos odontológicos.

Tabla No. 2 Ansiedad según la edad

EDAD	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
de 65 a 70	69	53%	62	47%	131	47%
de 71 a 75	43	57%	32	43%	75	27%
de 76 a 80	32	56%	25	44%	57	20%
de 81 a 90	7	44%	9	56%	16	6%
Total	151	54%	128	46%	279	100%

$p=0,7508014$

Interpretación: En la tabla 2 de acuerdo al estudio realizado con la prueba del χ^2 , dando un resultado de $p > 0,75$ en el que se llega a interpretar de que no existe relación entre la ansiedad con la edad de los pacientes estudiados en la parroquia Machángara.

Tabla No. 3 Ansiedad según el sexo

SEXO	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	82	57%	61	43%	143	51%
Masculino	69	51%	67	49%	136	49%
Total	151	54%	128	46%	279	100%

p= 0,26826453

Interpretación: En la tabla 3 de acuerdo al estudio realizado con la prueba del χ^2 , dando un resultado de $p > 0,26$ en el que se llega a interpretar de que no existe asociación entre la ansiedad con el sexo de los pacientes que fueron estudiados en la parroquia Machángara.

Tabla No. 4 Ansiedad según el ingreso económico

INGRESO ECONÓMICO	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
ALTO	31	52%	29	48%	60	22%
BAJO	120	55%	99	45%	219	78%
Total	151	54%	128	46%	279	100%

$p= 0,66663033$

Interpretación: En la tabla 4 de acuerdo al estudio realizado con la prueba del χ^2 , dando un resultado de $p > 0,66$ en el que se llega a interpretar de que no existe relación entre el nivel de ingreso económico con la ansiedad de los pacientes estudiados en la parroquia Machángara.

Tabla No. 5 Ansiedad según el grado de instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
ALTO	54	45%	65	55%	119	43%
BAJO	97	61%	63	39%	160	57%
Total	151	54%	128	46%	279	100%

$p= 0,01148187$

Interpretación: En la tabla 5 se observa que los encuestados de acuerdo al nivel de instrucción “**Bajo**” presentan mayor prevalencia de ansiedad al cuidado dental, que los que tienen un nivel de instrucción “**Alto**”, se realizó la prueba del chi 2 en el que nos indica que existe significancia debido que el resultado es menor a 0,01 en el que se interpretaría que si hay relación entre el nivel de instrucción con la indiferencia al cuidado dental.

2.- DISCUSIÓN

La ansiedad dental es uno de los factores principales dentro del tratamiento odontológico, debido a que los pacientes no acceden a sus citas o consultas odontológicas programadas, a pesar del interés que demuestran las personas por mejorar su salud bucal, su estado emocional no les permite, razón por la cual ha ido incrementando patologías orales, dicho problema ha crecido con el paso de los días. También debemos considerar que no solo afecta en ámbito odontológico, influye en la vida familiar, trabajo y la sociedad. Algo muy importante que se debe saber o tener conocimiento como profesional es saber reconocer no solo las patologías sino también la situación emocional, para poder darles un trato estable, tranquilidad y confianza durante su tratamiento.⁽¹⁹⁾

El presente estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con una muestra de 279 en personas mayores de 65 años a edad de la parroquia Machángara en la ciudad de Cuenca, con relación a la frecuencia de ansiedad al tratamiento odontológico, en el cual se tomó en cuenta un punto de corte en donde se demostró si es mayor a cero presenta ansiedad y se consideró menor a cero no presenta ansiedad al tratamiento odontológico.

En cuanto a la frecuencia de ansiedad al tratamiento odontológico en esta investigación se pudo determinar que más de la mitad de la población presenta ansiedad con un 54% presenta ansiedad y un 46% no presenta ansiedad, mientras que Arrieta y cols, Colombia en el año 2012⁽²⁰⁾, en su investigación con 460 personas en las edades comprendidas de 20 a mayores de 60 años en los cuales demuestran que 60,4% no presentan ansiedad, y un 39% presentan ansiedad⁽²¹⁾, por lo tanto esta investigación no concordaría con el estudio realizado debido a que en el estudio de Arrieta no muestran un ansiedad considerable, además Ríos y cols, Chile en el año 2012⁽²²⁾, comprueba que 174 personas que fueron en calidad de acompañantes a la consulta odontológica, se les tomó en cuenta para establecer las entrevistas, se designó grupos etarios, en la edad comprendida entre 60 a 70 años los mismos que el 62,1% presentan ansiedad y un 37,9% no presenta ansiedad, al ser nuestro primer estudio, coinciden con la investigación de Ríos debido a que la mayoría de las personas presentan ansiedad al tratamiento odontológico.

Sin embargo con relación a la edad, nuestro estudio demostró más susceptibilidad entre los 71 a 75 años con un 57% dentro de lo establecido en dicha parroquia, por lo

tanto Pineda en Guatemala en el año 2015⁽²³⁾, escogió de manera secuencial a 33 personas, en las edades comprendidas entre 60 a 69 años, las mismas que presentaron un 9,1 % y un 3% entre las edades de 70 a 79 años, por otro lado Iglesias en el año 2013³⁰, determina que las personas mayores de 65 años entre hombres y mujeres ostentan un 26,2%⁽²⁴⁾. Por lo tanto se logra determinar que nuestro estudio obtuvo un alto índice estadístico lo que lo diferencia con los estudios antes mencionados.

Según el estudio realizado en la parroquia Machángara en la asociación al sexo, se logró establecer que las mujeres presentan el 51% de ansiedad mientras que el sexo masculino presenta un 49%, razón por la que se deduce que existe mayor vulnerabilidad en el sexo femenino, con una importante diferencia entre ambos sexos, Pineda realiza un estudio en Guatemala en el año 2015⁽²⁵⁾, en el cual manifestó que las mujeres presentaron un 57,6% y los hombres un 42,4% , estableciendo que existe concordancia estadística entre los dos estudios ya que los dos indican que existe un alto nivel de ansiedad en el sexo femenino.

Con respecto al nivel económico, en nuestro estudio se clasifico según su ingreso si es mayor a 375 como alto con un 52% con ansiedad y un 48% sin ansiedad , mientras que aquellos con ingresos menor a 374 se los denomino como bajo con un 55% con ansiedad y un 45% sin ansiedad en donde se pudo demostrar que los ingresos económicos no son la causa primordial, debido a que en la actualidad existe centros o subcentros que brindan atención gratuita para mejorar la salud bucal, aunque en un estudio realizado

Al referirnos al nivel de la instrucción y la asociación con la ansiedad dental se pudo obtener mediante la fórmula del chi-cuadrado en donde se clasifico con un nivel alto a aquellos que cursaron la superior técnica y superior universitaria con un 43% y un nivel bajo representado a los que cursaron primaria, secundaria y a los analfabetos con un 57% siendo los que presentan mayor ansiedad al tratamiento odontológico, mientras que Arriera y cols, en el año 2013⁽²¹⁾, demuestra que las personas analfabetas presenta el 1,7% de ansiedad y las personas que culminaron la secundaria completa con un 25,8% de ansiedad, mientras que Ríos y cols, en el año 2016⁽²²⁾, determinaron que los que cursaron la instrucción media completa presentan ansiedad con un 42,3%. Mediante los datos obtenidos y comparados se concluye que existe una amplia concordancia ya que según resultados de nuestra investigación y los resultados de Ríos concuerdan en la influencia de la Ansiedad en el cuidado dental, mientras Arriera en su estudio reporta un bajo nivel de asociación.

3.- CONCLUSIONES

- En el estudio realizado en la parroquia Machángara, se observó la prevalencia de la ansiedad en personas mayores de 65 años, dando como resultado que 151 presenta ansiedad y 128 no presenta ansiedad al tratamiento odontológico.
- El grupo etario más afectado son adultos mayores de 71 a 75 años de edad con una frecuencia de 43 afectados de un total de 75 participantes, existiendo una mínima asociación entre la ansiedad dental con la edad.
- La incidencia más alta se presentó en mujeres con un valor de 82 afectadas de 143 participantes, y los varones con 69 afectados de 136 participantes, por lo que interpretamos que no existe asociación entre el sexo y la ansiedad al tratamiento odontológico.
- De acuerdo al nivel de ingreso, determinó que el nivel bajo, presento 120 afectados de 219 individuos, a diferencia del nivel alto con 31 afectados de 60 individuos, dando como conclusión de que no existe relación entre el nivel de ingreso económico con la ansiedad.
- En cuanto al estudio realizado de acuerdo al grado de instrucción, hubo una variación entre el nivel alto con 54 afectados de 119 participantes, y el nivel bajo con un índice más alto al presentar 97 afectados de 160 participantes, determinado de que existe relación entre la ansiedad y el grado de instrucción.

III.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hernández J, Arpizar R, González Z, López B, Rojas L, Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano. MEDISAN 2010 ene. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100008
- 2.- Hechavarria B, Venzant Z, Carbonell M, Carbonell G, Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN 2013 ene. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015
- 3.- Agudelo A, López F, Alzate F, López C, Espinosa E, Posada A, Meneses E, Salud bucal y género en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de la salud oral. UNIVERSIDAD Y SALUD 2015 nov. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a07.pdf>
- 4.- Caicedo C, Cortes O, Gama R, Rodríguez H, Colorado P, Caycedo M, Barahona G, Palencia R, Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencia de género. SUMA PSICOLÓGICA 2008 mar. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604011.pdf>
- 5.- Ríos M, Herrera A, Rojas A, Ansiedad dental: Evolución y Tratamiento. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA 2014 feb. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000100005
- 6.- Cazáres F, Montoya B, Quiroga M, Ansiedad dental en pacientes adultos en el tratamiento odontológico. Revista Mexicana de Estomatología 2015 ene. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/19/23>
- 7.- Krahn N, García A, Gómez L, Astié F, Fobia al tratamiento odontológico y su relación con la ansiedad y depresión. Fundamentos en Humanidades 2011 sep. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/184/18424417012/>
- 8.- Álvarez M, Casanova Y, Miedo, Ansiedad y Fobia al tratamiento estomatológico. Humanidades Médicas 2006 abr. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100007
- 9.- Hmud R, Walsh U, Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. Revista de mínima intervención en odontología 2009 feb. Disponible en: <http://www.miseeq.com/s-2-1-8.pdf>

- 10.- Amaíz A, Flores M, Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. *Odontología Vital* 2015 ago. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/odov/n24/1659-0775-odov-24-00021.pdf>
- 11.- Medrano L, Mirantes R, Manifestaciones cognitivas de ansiedad y su relación con el rendimiento académico: el papel importante de las creencias de autoeficacia, *Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* 2008. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-032/331.pdf>
- 12.- Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N, Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en *Odontología* 2013 may. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v6n1/original3.pdf>
- 13.- Ávila J, Pierre M, Aguilar S, Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana del Sur* 2006. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n5/321-330/es>
- 14.- Lima M, Guerrier L, Toledo A, Técnicas de relajación en pacientes con ansiedad al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas* 2008 may. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202008000200004&script=sci_arttext&tlng=en
- 15.- Pérez P, Estudio de la ansiedad y el miedo dental en una muestra de universitarios de diferentes licenciaturas. *Universidad d Valencia* 2011. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/80910/perez.pdf>
- 16.- Márquez J, Navarro M, Cruz D, Gil F, ¿ Por qué se tiene miedo al dentista? 2004. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n2/original3.pdf>
- 17.- Ríos M, Herrera A, Barahona P, Molina Y, Cadenass P, Zambrano V, Rojas G, Ansiedad Dental en Adultos Chilenos que Concurren a un Servicio de Salud Primaria. *International journal of odontostomatology* 2016. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2016000200012&script=sci_arttext&tlng=pt
- 18.- Montenegro G, Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Pontificia Universidad Javeriana Colombia* 2011 ene-jun. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231218581013.pdf>

- 19.- Serrano P, Ramos P, Gil P, Sepúlveda D, Miranda A, Cruz M, Nieto J, López J, González A, Alós L, Jover J, Aguirre R, Martínez C, Carasol M, Ospina L, Vadillo M, Gutierrez D, Martínez M, Pey F, Pinto J, La salud bucodental en los mayores, Prevención y cuidados para una atención integral. Instituto de Salud Pública 2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009099.pdf>
- 20.- Carrasco Loyola M, Landauro Sáenz A, Orejuela Ramírez F. Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. Rev. Estomatol. Herediana .2015; vol.25 (1): 27-35. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000100005
- 21.- Pérez R, Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico GEROINFO. Gerontología y Geriatria. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fobia_adultos_mayores.pdf
- 22.- Mejía P, Sierra P, El miedo a la consulta en los adultos que asisten a las clínicas odontológicas de la universidad Santo Tomás. Revista USTASALUD 2012. Disponible en: http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/viewFile/1122/921
- 23.- Virues R, Estudio sobre ansiedad, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Psicología y Psicoterapia 2005 may. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- 24.- Pérez C, Vidal M, Portilla MdC. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Revista cubana médicos. 2011 Ene-mar. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100006
- 25.- González S, Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad, Revista electrónica trimestral de enfermería 2012 abr. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/clinica4.pdf>
- 26.- Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar?. Revista OACTIVA UC Cuenca. Vol. 2. No. 1, pp 59-62. 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283352423_EL_TAMANO_MUESTRAL_EN_TESIS_DE_POST_GRADO_CUANTAS_PERSONAS_DEBO_ENCUESTAR

27.- Villavicencio Caparó E, Cuenca León k, Velez León E, et al. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Rev. Oactiva Uc Cuenca. 2016; Vol. 1 (1): 75-78. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/303250030_PASOS_PARA_LA_PLANIFICACION_DE_LA_TESIS_STEPS_FOR_THESIS_PLANNING

28.- Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova M, et al. Diseños de estudios clínicos en odontología. Rev. Oactiva Uc Cuenca .2016; Vol. 1 (2): 81-84. Disponible en:

<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/163/284>

29.- Vera D. Resultados del censo 2010 de la población y vivienda en el Ecuador. Instituto nacional de estadística y censos 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>.

30.- Hernández R, Fernández C, María B. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. 2010 ene. Disponible en: <http://www.pucesi.edu.ec/web/wp-content/uploads/2016/04/Hern%C3%A1ndez-Sampieri-R.-Fern%C3%A1ndez-Collado-C.-y-Baptista-Lucio-P.-2003.-Metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n.-M%C3%A9xico-McGraw-Hill-PDF.-Descarga-en-l%C3%ADnea.pdf>

ANEXOS

Anexo N.- 1 Encuesta de Salud bucal Universidad Católica de Cuenca

1. Usualmente usa Ud.:

- a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes
- b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes
- c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios

Valor: 1 si ninguno o si solo el literal **a** está marcado

2. En la actualidad:

- a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista
- b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto
- c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año
- d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no está planeando ir a un dentista ahora
- e. Ira pronto al dentista

Valor: 1 si el literal **a** o **d** están marcados

3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:

- a. De inmediato va a un dentista
- b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista
- c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón

Valor: 1 si el literal **b** o **c** están marcados

4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:

- a. Cuando el dentista le recuerda
- b. Al final de la última cita
- c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo
- d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes

Valor: 1 si el literal **d** está marcado

5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:

- a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema
- b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista
- c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista

Valor: 1 si los literales **a** o **c** están marcados

6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:

- a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años
- b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales
- c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita
- d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció

Valor: 1 si los literales **a**, **b** o **d** están marcados

7. Si tuviera un diente muy doloroso:

- a. Preferiría que le saquen
- b. Preferiría dejarlo sin tratamiento
- c. Preferiría realizar una restauración

8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:

- a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso
- b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista
- c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista
- d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes e. Porque cuesta mucho
- f. Porque no tiene tiempo para ir al dentista
- g. Pospone las citas, asiste al dentista regularmente

Valor: 1 si los literales **a** o **b** están marcados

Valor: 1 si los literales **b**, **d** o **f** están marcados

Si el literal **c** está marcado no es un puntaje de indiferencia dental

Anexo N.- 2 Consentimiento Informado

Yo con mi firma doy mi consentimiento informado para la realización de esta encuesta.

Firma.....

Anexo N.- 3 Estructura de la Clasificación Nacional de Ocupaciones

8. ESTRUCTURA ESQUEMÁTICA DE LA CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CIUO 08)

8.1. ESTRUCTURA ESQUEMÁTICA POR GRANDES GRUPOS (UN DIGITO)

- 1 DIRECTORES Y GERENTES
- 2 PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES
- 3 TÉCNICOS Y PROFESIONALES DEL NIVEL MEDIO
- 4 PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO
- 5 TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS
- 6 AGRICULTORES Y TRABAJADORES CALIFICADOS AGROPECUARIOS, FORESTALES Y PESQUEROS
- 7 OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECÁNICAS Y DE OTROS OFICIOS
- 8 OPERADORES DE INSTALACIONES Y MÁQUINAS Y ENSAMBLADORES
- 9 OCUPACIONES ELEMENTALES
- 0 OCUPACIONES MILITARES

Anexo 4. Puntos de corte para la Prevalencia de ansiedad al cuidado dental.

VARIABLE 1 "Enfermedad"	VALORES	CASO/CONTROL
AUTOMEDICACION (pregunta 15)	SI SE AUTOMEDICA	CASO
	NO SE AUTOMEDICA	CONTROL
NEGLIGENCIA (preguntas de la 9 a la 14)	11 y MAYOR A 11	CASO
	MENOR A 10 incluye 10	CONTROL
INDIFERENCIA (pregunta SUMADEINDIFERENCIA)	De 3 a 8 puntos	CASO
	De 0 a 2 puntos	CONTROL
ANSIEDAD (preguntas de la 24 a la 32)	Desde 1 punto hasta 9	CASO
	0 pts.	CONTROL

VARIABLE 2 "Exposición"	EXP/NO EXP	VALORES
OCUPACIÓN	EXP	5-7-9
	NO EXP	0-1-2-3-4-6-8
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ALTO (NO EXP)	Superior Técnica-Superior Universitaria
	BAJO (EXP)	Analfabeto-Primaria-Secundaria
NIVEL INGRESO ECONÓMICO	ALTO (NO EXP)	375 A MÁS
	BAJO (EXP)	MENOR A 374