

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A
TRATAMIENTO PERIODONTAL QUIRÚRGICO

Por

TABATHA GEORGINA PADILLA CORONADO

Como requisito para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias Odontológicas en el área de Periodoncia con Implantología Oral

Diciembre, 2022

APROBACIÓN DE TESIS DE MAESTRÍA POR COMITÉ ACADÉMICO

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A
TRATAMIENTO PERIODONTAL QUIRÚRGICO

COMITÉ ACADÉMICO

Dr. Gustavo Israel Martínez González
Presidente

Dra. Norma Idalia Rodríguez Franco
Secretario

Dr. Juan Manuel Solís Soto
Vocal

Maestría en Ciencias Odontológicas en el área de Periodoncia con Implantología Oral

**EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A
TRATAMIENTO PERIODONTAL QUIRÚRGICO**

Tabatha Georgina Padilla Coronado
TESISTA

COMITÉ DE TESIS

Dra. Norma Idalia Rodríguez Franco
DIRECTOR DE TESIS

Dr. Jesús Israel Rodríguez Pulido
CO-DIRECTOR

Dra. María Gabriela Chapa Arizpe
ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Gustavo Israel Martínez González
ASESOR ESTADÍSTICO

DEDICATORIA

A todos los que hicieron esto posible de que llegara hasta aquí, Gracias.

AGRADECIMIENTOS

A **DIOS**, por guiarme en el camino y ayudarme a seguir siempre adelante.

A **mi Madre**, por apoyarme en todo momento y motivarme a dar mi mayor esfuerzo, aunque las cosas se pusieran difíciles siempre estuviste a mi lado, te quiero.

A mis doctores, la **Dra. Norma**, el **Dr. Jesús** y la **Dra. Gaby**, por aconsejarme y guiarme en todo este trayecto.

A **CONACYT**, por la beca y el apoyo otorgado, por ayudarme a cumplir una de mis metas.

TABLA DE CONTENIDO

<i>DEDICATORIA</i>	<i>iv</i>
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	<i>v</i>
<i>LISTA DE TABLAS</i>	<i>viii</i>
<i>LISTA DE FIGURAS</i>	<i>ix</i>
<i>NOMENCLATURA</i>	<i>x</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>xi</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>xii</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
<i>HIPÓTESIS</i>	<i>3</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>4</i>
3.1 Objetivo general	<i>4</i>
3.2 Objetivos específicos	<i>4</i>
<i>ANTECEDENTES</i>	<i>5</i>
4.1 Ansiedad	<i>5</i>
4.2 Ansiedad dental	<i>8</i>
4.2.1 Factores desencadenantes de ansiedad dental	<i>9</i>
4.3 Ansiedad en procedimientos periodontales quirúrgicos	<i>10</i>
<i>MATERIALES Y MÉTODOS</i>	<i>12</i>
5.1 Diseño del estudio.....	<i>12</i>
5.2 Universo de estudio	<i>12</i>
5.3 Tamaño de muestra.....	<i>12</i>
5.4 Criterios de selección.....	<i>12</i>
5.5 Descripción de los procedimientos.....	<i>13</i>
5.5.1 Inventario de Ansiedad Dental Versión Corta (SDAI)	<i>13</i>
5.5.2 Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS)	<i>13</i>
5.5.3 Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA).....	<i>14</i>
5.6 Análisis estadístico	<i>14</i>
5.7 Consideraciones éticas.....	<i>15</i>
6. RESULTADOS	<i>17</i>

6.1 Nivel de ansiedad dental en pacientes sometidos a tratamiento periodontal quirúrgico según la edad, género, escolaridad y ocupación.....	17
6.2 Evaluación de ansiedad dental con Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS).....	22
6.3 Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA)	24
7. DISCUSIÓN.....	25
8. CONCLUSIÓN.....	28
9. LITERATURA CITADA.....	29
10. ANEXOS.....	32
ANEXO 1	32
ANEXO 2	33
ANEXO 3	35
ANEXO 4.....	36
11. RESUMEN BIOGRÁFICO	37

LISTA DE TABLAS

Tabla	Páginas
I. Comparación entre la ansiedad fisiológica y patológica.....	7
II. Nivel de ansiedad dental y su relación con la edad. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI).....	17
III. Nivel de ansiedad dental y su relación sexo de los pacientes atendidos. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)	18
IV. Nivel de ansiedad dental y su relación con la escolaridad de los pacientes. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI).....	19
V. Nivel de ansiedad dental y su relación con la ocupación. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI).....	20
VI. Nivel de ansiedad dental y su relación con los grupos de estudio. . Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)	21
VII. Presencia de ansiedad preoperatoria y su relación con los grupos de estudio de la Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS).....	23
VIII. Necesidad de información de los grupos de estudio. Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS).....	24
IX. Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA), evaluación inicial y final.....	25

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Páginas
1. Nivel de ansiedad dental y su relación con la edad. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI).....	18
2. Nivel de ansiedad dental y su relación sexo de los pacientes atendidos. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)	19
3. Nivel de ansiedad dental y su relación con la escolaridad de los pacientes. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI).....	20
4. Nivel de ansiedad dental y su relación con la ocupación. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI).....	21
5. Nivel de ansiedad dental y su relación con los grupos de estudio. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)	22
6. Presencia de ansiedad preoperatoria y su relación con los grupos de estudio de la Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS).....	23
7. Necesidad de información de los grupos de estudio. Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS).....	24
8. Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA), evaluación inicial y final.....	25

1.

NOMENCLATURA

APAIS	Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EVA	Escala Visual Análoga
SDAI	Inventario de Ansiedad Dental Versión Corta

TESISTA: Tabatha Georgina Padilla Coronado
DIRECTOR DE TESIS: Norma Idalia Rodríguez Franco
CODIRECTOR DE TESIS: Jesús Israel Rodríguez Pulido
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A
TRATAMIENTO PERIODONTAL QUIRÚRGICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La ansiedad dental es un estado de aprensión donde el paciente manifiesta una sensación de que va a suceder algo malo en relación con el tratamiento dental, cuando esta emoción no se logra controlar podría retardar o impedir el término de los tratamientos e incrementar la percepción de dolor. **OBJETIVO:** Determinar si existe relación entre los procedimientos quirúrgicos con el nivel de ansiedad dental preoperatoria en pacientes de periodoncia. **METODOLOGÍA:** Se aplicaron los instrumentos Inventario de Ansiedad Dental Versión Corta (SDAI), Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS) y la Escala Visual Análoga (EVA) , a pacientes sometidos a tratamientos periodontales quirúrgicos los cuales fueron divididos en cuatro grupos: Grupo 1: Cirugía de colgajo (colgajo por debridación y cirugía ósea); Grupo 2: Alargamiento de corona, gingivectomía y recontorneo estético; Grupo 3: Cirugía mucogingival (injerto de tejido conectivo, colgajo posicionado coronal, y frenectomía); Grupo 4: Implantes, y se determinó si existió relación entre los procedimientos quirúrgicos con ansiedad dental y necesidad de información. **RESULTADOS:** Los pacientes sometidos a los tratamientos periodontales quirúrgicos de los diferentes grupos de estudio mostraron niveles leves de ansiedad dental. La relación con ocupación fue significativa; edad, género y escolaridad resultaron independientes a la ansiedad dental. La percepción del dolor al finalizar el procedimiento y una semana después mostró diferencia significativa. **CONCLUSIÓN:** En el presente estudio se concluyó que la exposición del paciente ante los diferentes procedimientos periodontales quirúrgicos reflejaban niveles de ansiedad leve, siendo significativo ante la ocupación del paciente.

TESISTA: Tabatha Georgina Padilla Coronado
DIRECTOR DE TESIS: Norma Idalia Rodríguez Franco
CODIRECTOR DE TESIS: Jesús Israel Rodríguez Pulido
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**ASSESSMENT OF ANXIETY IN PATIENTS UNDERGOING SURGICAL
PERIODONTAL TREATMENT**

ABSTRACT

INTRODUCTION: Dental anxiety is a state of apprehension in which the patient manifests a feeling that something bad is going to happen in relation to dental treatment, and when this emotion is not controlled it could delay or impede the completion of treatment and increase the perception of pain. **OBJECTIVE:** To determine if there is a relationship between surgical procedures and the level of preoperative dental anxiety in periodontal patients. **METHODOLOGY:** The Short Dental Anxiety Inventory (SDAI), The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) and the Visual Analog Scale (VAS) were applied to patients undergoing periodontal surgical treatment who were divided into four groups: Group 1: Flap surgery (debridement flap and bone surgery); Group 2: Crown lengthening, gingivectomy and esthetic recontouring; Group 3: Mucogingival surgery (connective tissue graft, coronal positioned flap, and frenectomy); Group 4: Implants, and it was determined if there was a relationship between the surgical procedures with dental anxiety and need for information. **RESULTS:** The patients who underwent periodontal surgical treatment in the different study groups showed mild levels of dental anxiety. The relationship with occupation was significant; age, gender and schooling were independent of dental anxiety. The perception of pain at the end of the procedure and one week later showed a significant difference. **CONCLUSION:** In the present study it was concluded that the patient's exposure to the different periodontal surgical procedures reflected mild levels of anxiety, being significant in relation to the patient's occupation.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la ansiedad dental es un tipo de emoción que se encuentra comúnmente asociada durante la consulta dental, donde nuestro paciente suele manifestar como una actitud de tipo negativa hacia cualquier procedimiento, creando una tensión y miedo a este mismo.

La consulta odontológica es representada como uno de los factores causantes de ansiedad en nuestros pacientes, por lo cual un mal manejo de la situación pudiera llegar a tornar los tratamientos más complejos y pudiesen hasta retardar o impedir el término de los mismos.

La ansiedad dental suele estar descrita en la literatura como el estado de aprensión donde el paciente se predispone a que va a suceder algo malo en relación con el tratamiento dental, y es combinado con una sensación de pérdida de control.

Siendo como resultado en el área quirúrgica de la periodoncia uno de los mayores problemas, ya que los pacientes que no presentan un adecuado manejo de conducta durante los procedimientos y estos no pudiesen obtener los resultados deseados en su tratamiento tanto de parte del paciente como del periodoncista.

En una revisión de literatura se observó que en México mostraban la mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años, donde se evidenció mayor prevalencia en mujeres que en hombres, donde además solía ser común que coincidieran con trastornos depresivos y complicando aún mas su tratamiento.

Por lo cual esto da como resultado a una situación importante dentro de nuestro país ya que es algo común pero con pocos conocimientos sobre el tema de manejo de este mismo.

Dentro de algunas investigaciones se trata de identificar los factores comunes que llegan a estar relacionados a lo que es la ansiedad dental, como lo son la interacción con el mismo dentista, objetos, ruidos, olores, comunicación, etc.

Una vez identificado el factor que altera la conducta del paciente, posteriormente podremos dar un manejo adecuado de la situación para que este mismo no afecte durante el tratamiento del paciente.

Debido a lo anterior se llegó a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué nivel de ansiedad manifestarán los pacientes sometidos a tratamiento periodontal quirúrgico?

Dentro de la metodología de nuestra investigación se busca evaluar los niveles de ansiedad utilizando los instrumentos Escala visual Analógica (EVA) , Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS, por sus siglas en ingles) y Ansiedad Dental Versión Corta (SDAI, por sus siglas en ingles) que en algunas otras investigaciones se han aplicado con éxito pero el enfoque es en relación a la periodoncia del campo quirúrgico como: colgajo por debridación, alargamiento de corona clínica, injerto, etc. Donde las encuestas se aplican previo a la cirugía y post cirugía para evaluar al paciente si presenta cierto grado de ansiedad, además de aplicar una última encuesta para ver la transición del pacientes a una semana de la cirugía.

Los resultados obtenidos durante la investigación demuestran la gran relación que tiene la edad, género, educación y estado actual de trabajo del paciente llegan a influir al momento de recibir la información previo a la cirugía y su respuesta ante esta misma, ya sea desencadenando cuadros de ansiedad o mostrándose despreocupados en el caso de recibir correctamente la información.

HIPÓTESIS

Hi: El nivel de ansiedad es alto en pacientes sometidos a tratamiento periodontal quirúrgico.

Ho: El nivel de ansiedad no es alto en pacientes sometidos a tratamiento periodontal quirúrgico.

Ha: El nivel de ansiedad en pacientes sometidos a tratamiento periodontal quirúrgico es diferente según el tipo de cirugía programada.

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar si existe relación entre los procedimientos quirúrgicos con el nivel de ansiedad dental preoperatoria en pacientes de periodoncia.

3.2 Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de ansiedad dental en pacientes sometidos a tratamiento periodontal quirúrgico según la edad, género y escolaridad.
- Evaluar la percepción de dolor posoperatorio al finalizar el procedimiento y una semana después de la cirugía.
- Determinar si existe relación entre los procedimientos quirúrgicos con la necesidad de información.

ANTECEDENTES

4.1 Ansiedad

La ansiedad “es un tipo de emoción que se orienta hacia el futuro caracterizada por percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a los sucesos potencialmente adversos y con un cambio tan rápido en la atención hacia el foco de los acontecimientos potencialmente peligrosos o como respuesta afectiva hacia tales sucesos” (Beck, 2013).

La ansiedad es considerada como una actitud emocional del tipo negativa, donde la persona suele presentar sensaciones de molestia de tipo difusa manifestándose con tensión y miedo, éstas llegan a estar acompañadas de varios signos y síntomas corporales como: pulsaciones, aceleración cardiaca, problemas de oxigenación, náuseas, palidez, diarrea, dolores de cabeza y sudoración. Se llega a desencadenar por alguna situación de riesgo o alarma hacia su estado tanto emocional, como físico (Córdova Sotomayor y Santa Maria Carlos, 2018).

Actualmente se toman la ansiedad y la angustia como sinónimos para el manejo clínico. En México existen estudios que muestran la mayor prevalencia de edad entre los 15 y los 45 años, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente, suele ser común que coincidan con trastornos depresivos y esto complique aún más su manejo, viéndose esto en aquellas personas con tratamiento tardío (Córdova Sotomayor y Santa Maria Carlos, 2018).

La ansiedad puede llegar a incrementarse con un sentimiento de vergüenza: “los otros se darán cuenta de que estoy nervioso”, además de afectar a los procesos del pensamiento y del aprendizaje de la persona ya que tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas distorsiones pueden (interferir con el aprendizaje, con la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones y siempre que se sospeche de un trastorno de ansiedad deben descartarse otras enfermedades médicas como las

alteraciones de la tiroides, de la glucemia, del oído, del cerebro, del corazón y de la respiración, principalmente. Se diagnostica como tal la ansiedad generalizada cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas, persistentes y relacionadas con situaciones que se viven cotidianamente (Montelongo et al., 2005).

En una encuesta epidemiológica internacional realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encontraron que la prevalencia por depresión y la ansiedad durante el periodo de vida de una persona en México es de 8.1%, por lo que se puede afirmar que es un trastorno común en el territorio mexicano (Montelongo et al., 2005).

La ansiedad es un estado emocional que se presenta en todas las culturas registradas hasta la actualidad, por lo que se dice que es una experiencia universal, aunque se acentúa en ciertas situaciones específicas (Serrano et al., 2013).

Este tipo emoción que surge ante situaciones ambiguas, donde se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales, ciertamente la ansiedad no facilita una mejor adaptación de la situación, sólo surgirán falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son, o en otras ocasiones tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que provocan niveles excesivamente altos de ansiedad en la persona. La ansiedad suele convertirse en patológica cuando es desproporcionada para la situación en la que se encuentra la persona y pasa a ser demasiado prolongada (Orozco y Baldares, 2012).

La ansiedad implica como manifestación 3 tipos de respuesta:

- Subjetivo - cognitivo: se manifiesta por la experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- Fisiológico - somático: la persona manifiesta activación del sistema nervioso autónomo.
- Motor-conductual: escape y evitación (Orozco y Baldares, 2012).

Tabla I. Tabla de comparación entre la ansiedad fisiológica y patológica (American Psychiatric Association, 2016)

Ansiedad Fisiológica	Ansiedad Patológica
<ul style="list-style-type: none"> ● Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria. ● Reactiva a una circunstancia ambiental. ● Función adaptativa. ● Mejora nuestro rendimiento. ● Es más leve. ● Menor componente somático. ● No genera demanda de atención psiquiátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria. ● Desproporcionada al desencadenante. ● Función desadaptativa. ● Empeora el rendimiento. ● Es más grave. ● Mayor componente somático. ● Genera demanda de atención psiquiátrica.

El trastorno de ansiedad generalizada tiene que seguir con cierto tipo de criterios según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition):

- Ansiedad y preocupación excesiva producida durante más días de los que ha estado ausente durante mínimo seis meses, en relación con diferentes tipos de actividades (escuela o trabajo).
- A la persona le es difícil controlar sus preocupaciones.
- La ansiedad y la preocupación manifestada están regularmente asociadas a tres o más síntomas de inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o problemas de sueño.
- Esto puede llegar a causar malestar clínicamente significativo. (American Psychiatric Association, 2016).

Los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo son una de las enfermedades mentales más frecuentes en la actualidad. En Estados Unidos se realizó un estudio donde

se estimaba que 1 de cada 5 personas sufriría en su vida uno o varios de estos trastornos, siendo las mujeres en edad reproductiva más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que en caso de los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de toda su vida (Arenas y Puigcerver, 2009).

Se estima que en México al menos 14.3 % de la población padece trastornos de ansiedad generalizada, enfermedad de salud mental más común en el país (Medina-Mora et al., 2017).

4.2 Ansiedad dental

La ansiedad dental fue descrita por Klingberg y Broberg (2007) como el estado de aprensión de que va a suceder algo malo en relación con el tratamiento dental, y es combinado con una sensación de pérdida de control. La ansiedad dental, resulta en aplazar o evadir el tratamiento y como consecuencia una deficiente salud oral (Téllez et al., 2015).

La ansiedad dental ha sido clasificada en el quinto lugar de las situaciones temidas por las personas, solo la minoría de algunos pacientes llega indicar no tener algún tipo de ansiedad referente al ámbito odontológico (Hmud, 2009).

En la consulta dental los tratamientos odontológicos suelen producir cierto grado de ansiedad en los pacientes, por lo cual si esta emoción no llega a ser controlada por el odontólogo se podría tornar compleja y podría retardar o impedir el término de los tratamientos (del Pozo Bassi et al., 2015).

Esta es una de las principales barreras para lograr el éxito terapéutico en la atención dental, es normal que los pacientes en algún momento presenten algún grado de ansiedad frente al tratamiento odontológico, se considera que una mayor intensidad de los síntomas y ciertas características conductuales definen a la ansiedad dental como patológica (Alcayaga et al., 2011).

Según Vinaccia (1988) la ansiedad odontológica es definida como un “estado complejo que se presenta en una persona al concebir la idea de someterse a un tratamiento odontológico, conduciendo a la negación de la atención, lo que conlleva a procedimientos largos y dolorosos que a la vez refuerza y/o produce la ansiedad en relación a los

tratamientos dentales, conduciendo a un difícil manejo” además de que la ansiedad y el miedo en los tratamientos dentales son problemas clínicos muy importantes que ocurren en un 40 a 50 % de la población general.

El nivel de ansiedad incrementa en proporción a la condición grave de la boca, creando así un círculo vicioso. La ansiedad dental varía dependiendo del tipo de tratamiento al que sea sometido el paciente (Santuchi et al., 2015).

Generalmente las sesiones terapéuticas llegan a ser interrumpidas o postergadas, lo que se traduce en aumento de los costos técnicos y económicos. La ansiedad que presentan los pacientes genera también stress al odontólogo, estableciéndose así una relación paciente-profesional de permanente tensión que finalmente impide la realización de las maniobras terapéuticas (del Pozo Bassi et al., 2015).

La mayoría de los odontólogos no suelen tomar precauciones para medir los niveles de ansiedad de los pacientes previo a su tratamiento dental ni tampoco aplican las medidas para tratarlas debidamente (Ríos Erazo et al., 2014).

Dentro de la consulta dental aplicar la regla de las “4S” podría ser útil para disminuir los niveles de ansiedad: sentido de vista (ej. jeringas, fresas, agujas), sentido del oído (ej. el ruido producido por las piezas de alta o baja), sensaciones (vibraciones que llegasen a causar molestias), sentido del olfato (ej. olores clínicos de materiales usados durante la terapia dental), la disminución de estos factores ayuda a reducir considerablemente la exposición de ansiedad para el paciente (Hmud, 2009).

4.2.1 Factores desencadenantes de ansiedad dental

Actualmente hay un gran número de factores que pueden llegar a influir en la ansiedad dental dentro del consultorio: carácter del paciente, temor al dolor, experiencias traumáticas (sobre todo durante la infancia del paciente), por la influencia de parientes (cuando estos escuchan experiencias desagradables), el temor a la sangre o heridas y técnicas o actitudes por parte del odontólogo que lo hagan sentir incómodo (Hmud, 2009).

La ansiedad a menudo está estrechamente vinculada al estímulo doloroso y a la percepción del dolor aumentada, por lo tanto, estos pacientes experimentarían más dolor que dura más tiempo del que experimentan pacientes sin ansiedad (Appukuttan, 2015).

Se encontró en un grupo de pacientes que haber tenido una experiencia traumática en la consulta odontológica es un factor de riesgo para la aparición de miedo y ansiedad dental; una de las explicaciones más tradicionales para la adquisición de ansiedad y miedo dental se deriva del modelo de condicionamiento clásico, el cual explica que el miedo es adquirido tras una experiencia negativa o traumática y reportan que la ansiedad dental se relaciona específicamente con un tratamiento invasivo o doloroso, evocando un deseo para evitar situaciones dentales posteriores (Arrieta Vergara et al., 2013).

4.3 Ansiedad en procedimientos periodontales quirúrgicos

La ansiedad preoperatoria ha sido y es objeto de estudio tanto por las consecuencias que se atribuyen en la recuperación física y emocional de los pacientes como porque proporciona un marco natural de investigación en materia de afrontamiento de acontecimientos estresantes. Cuando el paciente conoce que se tiene que operar, le preocupa su enfermedad, su recuperación, posibles secuelas. Pero en el momento inminente previo a la intervención, la ansiedad sólo se ve influida por factores relacionados con la cirugía. En general, de los factores ansiógenos, el dolor destaca sobre los demás (Ríos Erazo et al., 2014b).

Pacientes que se realizan tratamientos estéticos reportan menos ansiedad que los que reciben otro tipo de tratamiento, reportando más ansiedad aquellos que reciben tratamiento periodontal (Smith y Heaton, 2003) e insuficiente anestesia durante el tratamiento (Oosterink et al., 2008) y siendo el género femenino más propenso a padecer ansiedad (Sanikop et al., 2011).

Gordillo et al. (2011) mencionan que pacientes con niveles altos de ansiedad rasgo se asocian a mayores niveles de ansiedad estado pre y postquirúrgica. Existe un perfil evolutivo de la ansiedad desde que el paciente sabe que va a ser intervenido hasta que le dan el alta médica y esto tiene importantes aplicaciones prácticas en el intento de reducir la ansiedad o desarrollar métodos de afrontamiento de dicha ansiedad. Cuando la cirugía es programada permite llevar a cabo técnicas preparatorias que influyan positivamente para disminuir la ansiedad prequirúrgica. El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación física y psíquica del postoperatorio, entre ellas con mayor consumo de analgésicos.

El odontólogo ha tratado de implementar estrategias básicas para disminuir los síntomas de ansiedad, fomentando principalmente la comunicación médico-paciente lo cual ayuda a disminuir la sensación de pérdida de control al momento de algún tratamiento (Ríos Erazo et al., 2014).

MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Diseño del estudio

Es un estudio comparativo donde se evaluó más de dos muestras, con conocimiento abierto, observacional, con una sucesión de eventos prospectivos y transversales.

5.2 Universo de estudio

Se evaluó a pacientes adultos con un rango de edad de 18 a 77 años que acudieron al Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el período de diciembre de 2020 a agosto de 2021.

5.3 Tamaño de muestra

Por las condiciones de la variable se evaluaron el del tipo cualitativa (Nivel de ansiedad) donde, además, se trató una población infinita donde se estimó el tamaño de la muestra con la aplicación de la siguiente fórmula general:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

De aquí se obtuvieron el número total de muestras de 80 pacientes, las cuales fueron seleccionadas de manera aleatoria y elegidas mediante los criterios de inclusión y exclusión definidos para el presente estudio.

5.4 Criterios de selección

Se incluyó a pacientes de ambos sexos y mayores de edad que se realizaron tratamientos periodontales quirúrgicos los cuales fueron divididos en cuatro grupos:

Grupo 1: Cirugía de colgajo (colgajo por debridación y cirugía ósea); Grupo 2: Alargamiento de corona, gingivectomía y recontorneo estético; Grupo 3: Cirugía mucogingival (injerto de tejido conectivo, colgajo posicionado coronal, y frenectomía); Grupo 4: Implantes.

Fueron excluidos los pacientes que presentaron algún tipo de trastorno médico o psicológico, uso de medicamentos para el dolor o la ansiedad; dolor periodontal agudo, pulpitis, abscesos u otras infecciones agudas. Pacientes comprometidos sistémicamente no controlados, mujeres embarazadas, niños, adolescentes.

Se consideró como criterio de eliminación a los pacientes que fueron diagnosticados con algún tipo de trastorno psicológico o tome algún medicamento (antihistamínicos, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivos, bloqueadores B, hormonas, fenotiazinas, etc.) que puedan alterar los niveles de ansiedad.

5.5 Descripción de los procedimientos

Cuando el paciente acudió a su cita programada donde se realizó el procedimiento quirúrgico y estando en la sala de espera, se le invitó a participar en el estudio explicándole en qué consistía la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado (ANEXO 1). Posterior a esto, se llenó la ficha de identidad con los siguientes datos: edad, género, escolaridad, tipo de cirugía que se va a realizar y se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación: Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI) y The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), posteriormente se inició el procedimiento quirúrgico programado, una vez terminado el procedimiento quirúrgico se aplicó la Escala Visual de Dolor y una semana después del procedimiento quirúrgico se volvieron a aplicar los instrumentos de evaluación.

5.5.1 Inventario de Ansiedad Dental Versión Corta (SDAI)

Es un instrumento de autorreporte el cual consta de 9 ítems los cuales contienen preguntas clave, que se evalúan en escala de Likert, donde las respuestas obtenidas por parte del paciente son : 1. Nunca; 2. Pocas veces; 3: Algunas veces; 4: Muy frecuentemente y 5: Siempre, para posteriormente obtener un puntuación del 9 al 10, representado como “ausencia de ansiedad”, 10 al 19 “ausencia leve”, 20 al 27 “ansiedad moderada” y 28 al 45 “ansiedad severa a alta”, siendo considerado como confiable y válido para investigaciones (Stouthard et al.,1994) (ver ANEXO 2).

5.5.2 Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS)

La escala consta de 6 ítems, la cual presenta dos dimensiones: ansiedad preoperatoria conformada por las preguntas ¿Estoy preocupado por la anestesia?, ¿Pienso en la anestesia

continuamente?, ¿Estoy preocupado/a por la operación? y ¿Pienso en la operación continuamente?; la otra dimensión es la necesidad de información, cuyas preguntas son: ¿Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la anestesia? y ¿Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la operación? cada una de las preguntas se evalúa con una escala de Likert de 0 a 5, siendo: 1: el valor más bajo (Nada); 2: Medio; 3: Alto; 4: Muy alto y 5: Extremadamente alto; dentro de la puntuación final de la ansiedad preoperatoria si el resultado fue mayor a 11 el paciente manifiesta cierto grado de ansiedad a diferencia de la dimensión “necesidad de información” donde, de 2 a 4. Requiere poca o ninguna información; 5 a 7. Requiere información promedio; 8 a 10: Requisito alto de información (Moermann et al., 1996). (ANEXO 3)

5.5.3 Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA)

Este instrumento de autorreporte en el cual el paciente indica a través de 6 caras (dibujadas) cuál de estas se asemeja más hacia su experiencia con el dolor; 0. No duele, 2. Duele un poco, 4. Duele un poco más, 6. Duele mucho, 8. Duele el máximo (Wong-Baker et al., 1988) (ver ANEXO 4).

5.6 Análisis estadístico

El modelo estadístico analítico del presente proyecto consistió en la aplicación de pruebas de bondad de para de 2 variables, posterior a este modelo se procedió a realizar un modelo analítico para verificación de pruebas de hipótesis, considerando los datos presentados en el objetivo general, el modelo corresponde a la aplicación de una prueba de chi cuadrada.

La prueba de chi cuadrada es utilizada para evaluar hipótesis en el sentido de relación entre dos variables, aplica para variables nominales, ordinales o en intervalos. Su cálculo se realiza por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada para las dos variables.

Dicha prueba, la cual fue evaluada con un 95% de confiabilidad se utilizó para determinar la relación entre el nivel de ansiedad con la edad, género, escolaridad y tratamiento periodontal quirúrgico; y se realizará bajo la siguiente estadística de prueba:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_{io} - f_{ie})^2}{f_{ie}} \qquad \chi^2 = \sum \frac{(|f_{io} - f_{ie}| - 0.5)^2}{f_{ie}} \qquad c = \sqrt{\frac{\chi^2 c}{\chi^2 c + n}}$$

La muestra ha sido conformada por todas aquellas personas que cumplan con los requisitos para ser incluidos en el estudio.

Los datos fueron capturados en una base de datos en el programa IBM Statistics 24 con el que se realizaron tablas de frecuencia de dos variables dentro de las cuales fueron consideradas la variable dependiente (nivel de ansiedad) confrontada con la variable independiente (edad, género, escolaridad y tratamiento periodontal quirúrgico) y demás criterios establecidos en el instrumento de observación. Para algunos procedimientos estadísticos de clasificación y manejo de base de datos será empleado el programa Microsoft Excel 2011.

El presente proyecto contó con un modelo estadístico de presentación de datos que consistió en la elaboración y descripción de tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y de intervalo, así como un modelo descriptivo de medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, además del uso de gráficos para las tablas mayormente relacionadas con el análisis de los datos, posterior a este diseño se realizó una descripción detallada de los resultados.

5.7 Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el comité de bioética de la Facultad de Odontología (No. Folio: 00222, SPSI - 010613). "Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud":

- Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado.
- Título tercero. De la investigación de nuevos recursos profilácticos, de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación. Capítulo I Artículos 61-64.

- Cuando se realice investigación en seres humanos sobre nuevos (o se modifiquen) recursos profilácticos, dx, terapéuticos o rehabilitación, además deberán solicitar autorización de la Secretaría presentando documentación requerida (ver Ley).

6. RESULTADOS

La muestra de estudio estuvo integrada por 99 pacientes, 64 mujeres y 35 hombres, con un rango de edad de 18 a 77 años, un promedio de 47.17.

Los procedimientos quirúrgicos se dividieron de la siguiente manera: Grupo 1. Cirugía de colgajo: colgajo por debridación y cirugía ósea; Grupo 2. Alargamiento de corona, gingivectomía y recontorneo estético; Grupo 3. Cirugía mucogingival: injerto de tejido conectivo, colgajo posicionado coronal, y frenectomía, y Grupo 4. Implantes. Los pacientes sometidos previamente a procedimientos quirúrgicos periodontales fueron 54 a diferencia de 45 pacientes sin antecedentes de cirugía periodontal.

6.1 Nivel de ansiedad dental en pacientes sometidos a tratamiento periodontal quirúrgico según la edad, género, escolaridad y ocupación.

La aplicación del Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI) en relación con edad, mostró que los pacientes de 50 años y más presentaron ausencia de ansiedad 16.16%. El nivel de ansiedad dental leve fue mayor en pacientes de 30 a 49 años 21.21%. La ansiedad dental moderada y alta se observó en menor porcentaje en pacientes de 30 a 49 años y menores a 30. Los resultados no mostraron diferencia significativa entre nivel de ansiedad dental y su relación con la edad ($p=0.683$) (Tabla II).

Tabla II.

Nivel de ansiedad dental y su relación con la edad. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

	Menor a 30		30 a 49		50 y más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausencia	10	10.10	9	9.09	16	16.16	35	35.35
Leve	8	8.08	21	21.21	19	19.19	48	48.48
Moderada	1	1.01	3	3.03	8	8.08	12	12.12
Alto	1	1.01	1	1.01	2	2.02	4	4.04
Total	20	20.20	34	34.34	45	45.45	99	100

$X^2=6.36$, $p=0.683$

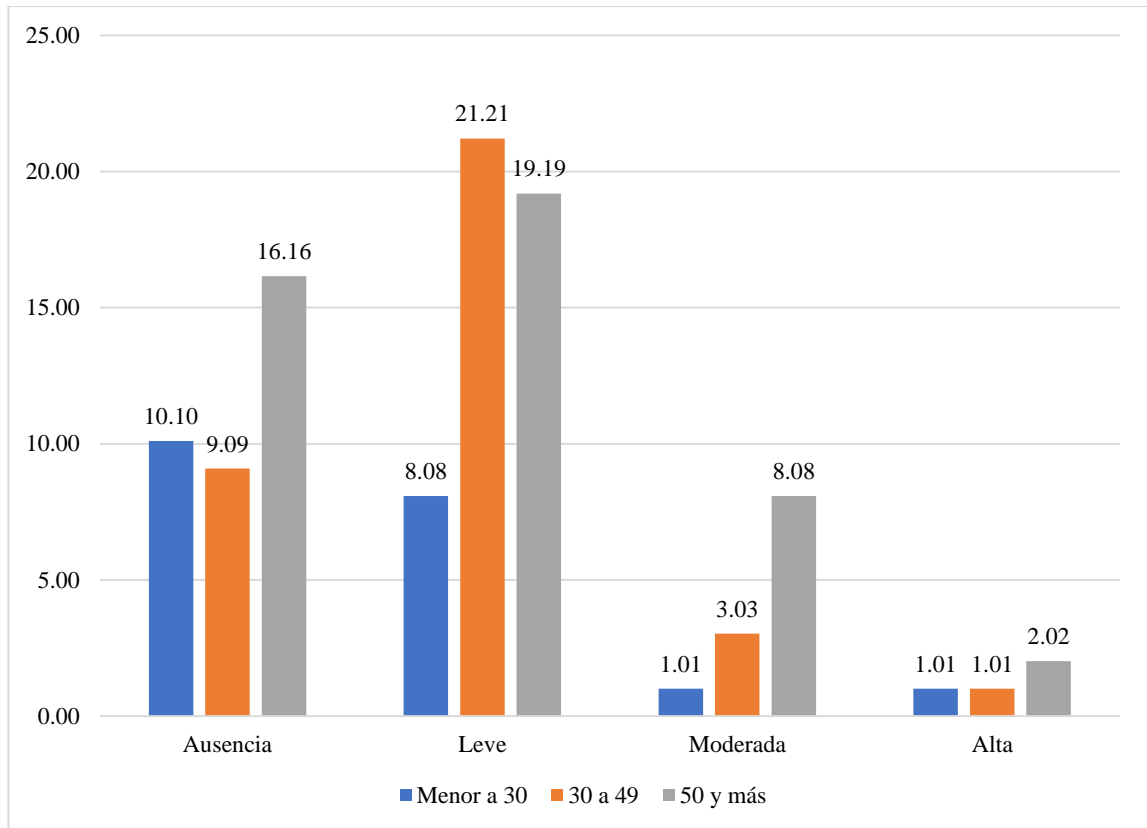


Figura 1. Nivel de ansiedad dental y su relación con la edad. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI).

La ansiedad dental en mujeres fue de 28.28% y en hombres 20.20%, ambos en el nivel “leve”. Asimismo, la ausencia de ansiedad dental fue mayor en mujeres durante los procedimientos quirúrgicos 26.26%. El nivel de ansiedad dental en relación a sexo, no mostró diferencia significativa alguna. (Tabla III).

Tabla III.

Nivel de ansiedad dental y su relación con sexo de los pacientes atendidos. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausencia	26	26.26	9	9.09	35	35.35
Leve	28	28.28	20	20.20	48	48.48
Moderada	6	6.06	6	6.06	12	12.12
Alta	4	4.04	0	0.00	4	4.04
Total	64	64.65	35	35.35	99	100

$X^2=5.57, p=0.134$

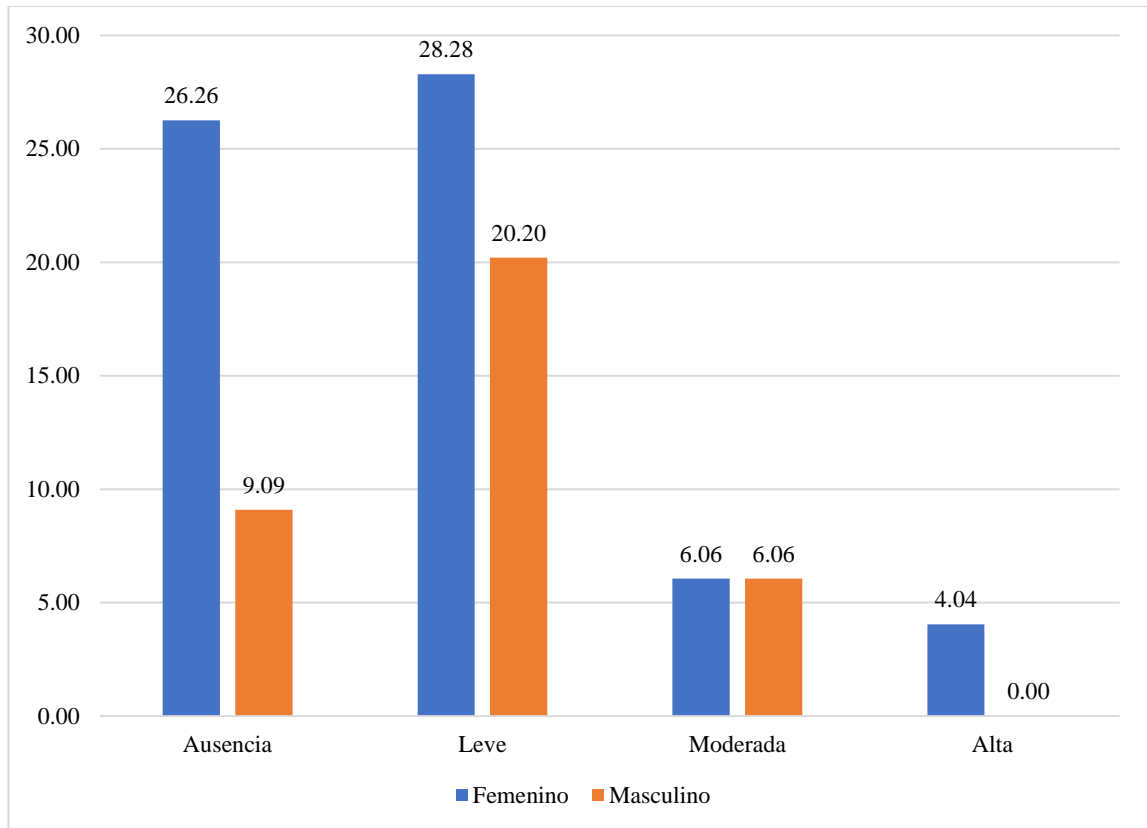


Figura 2. Nivel de ansiedad dental y su relación con sexo de los pacientes atendidos. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

El nivel de ansiedad dental y su relación con escolaridad fue leve en preparatoria 19.19 %, seguido de licenciatura con 16.16% y ausencia de ansiedad dental en 18.18%. El nivel de ansiedad dental y su relación con el grado de escolaridad no presentó diferencia significativa. (Tabla IV).

Tabla IV.

Nivel de ansiedad dental y su relación con la escolaridad de los pacientes. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausencia	5	5.05	7	7.07	5	5.05	18	18.18	35	35.35
Leve	4	4.04	9	9.09	19	19.19	16	16.16	48	48.48
Moderada	3	3.03	2	2.02	2	2.02	5	5.05	12	12.12
Alta	0	0.00	0	0.00	2	2.02	2	2.02	4	4.04
Total	12	12.12	18	18.18	28	28.28	41	41.41	99	100

$\chi^2=11.15$, $p=0.265$

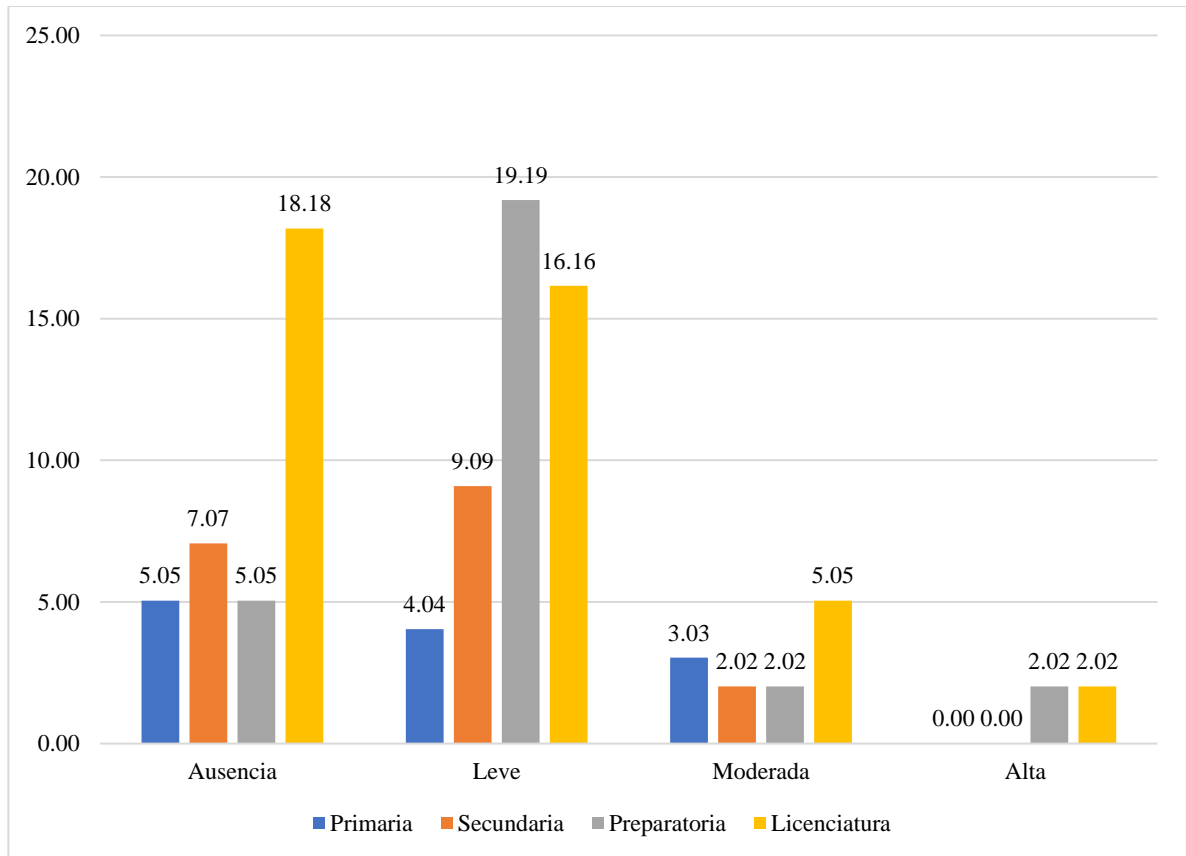


Figura 3. Nivel de ansiedad dental y su relación con la escolaridad de los pacientes. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

Se observó que la relación de ansiedad dental y ocupación de los pacientes sí presentó diferencia significativa ($p=0.002$). Los pacientes con clasificación de “empleado” tuvieron mayor porcentaje de ansiedad “leve” 31.31%, a su vez la clasificación “ama de casa” y “jubilado” presentaron niveles de ansiedad “moderada” 5.05% (Tabla V).

Tabla V.

Nivel de ansiedad dental y su relación con la ocupación. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

	Ama de casa		Empleado		Jubilado		Estudiante		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausencia	12	12.12	18	18.18	2	2.02	3	3.03	35	35.35
Leve	12	12.12	31	31.31	2	2.02	3	3.03	48	48.48
Moderada	5	5.05	1	1.01	5	5.05	1	1.01	12	12.12
Alta	0	0.00	3	3.03	0	0.00	1	1.01	4	4.04
Total	29	29.29	53	53.54	9	9.09	8	8.08	99	100

$X^2=26.14$, $p=0.002$

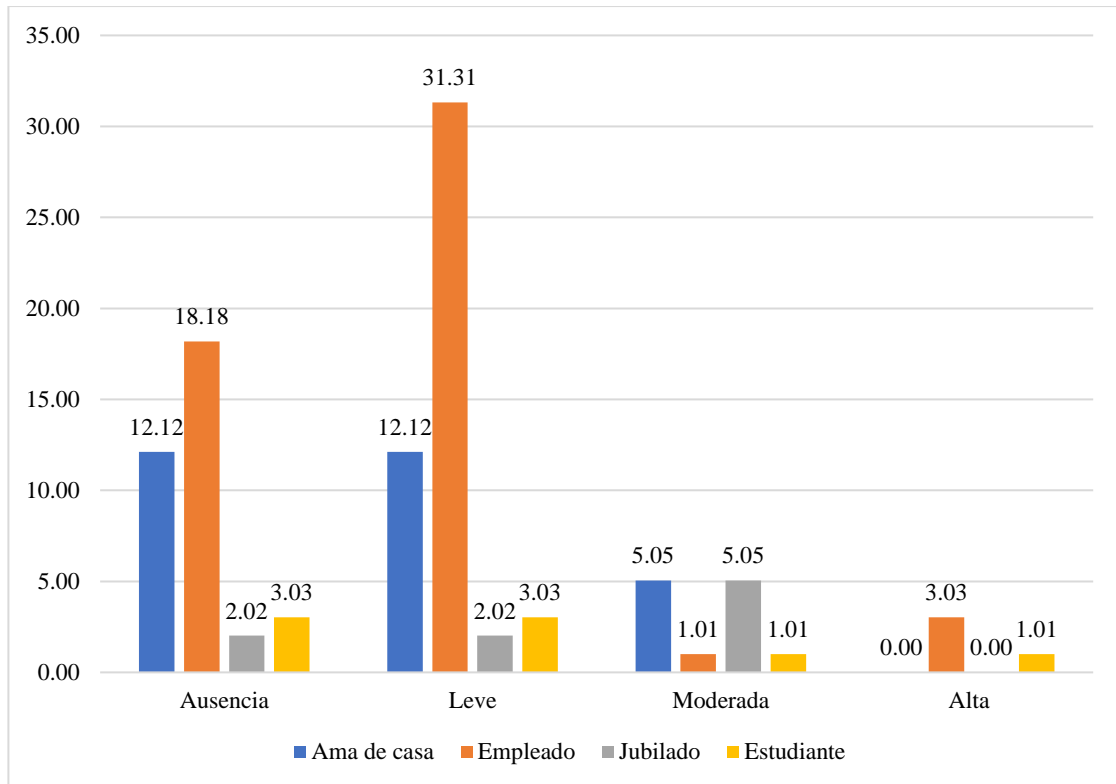


Figura 4. Nivel de ansiedad dental y su relación con la ocupación. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

El nivel de la ansiedad dental y su relación con los grupos de estudio utilizando el Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI), mostró que los pacientes pertenecientes al Grupo 1 y 3 manifestaron nivel de ansiedad “leve” 17.17%, y el Grupo 2 “ausencia de ansiedad” 16.16%, no se observó diferencia significativa (Tabla VI).

Tabla VI.

Nivel de ansiedad dental y su relación con los grupos de estudio. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

Grupos	1. Cirugía de Colgajo		2. Alargamiento de Corona		3. Cirugía Mucogingival		4. Implantes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausencia	10	10.10	16	16.16	6	6.06	3	3.03	35	35.35
Leve	17	17.17	11	11.11	17	17.17	3	3.03	48	48.48
Moderada	3	3.03	1	1.01	3	3.03	5	5.05	12	12.12
Alta	0	0.00	2	2.02	2	2.02	0	0.00	4	4.04
Total	30	30.30	30	30.30	28	28.28	1	11.11	99	100

$X^2=22.67, p=0.007$

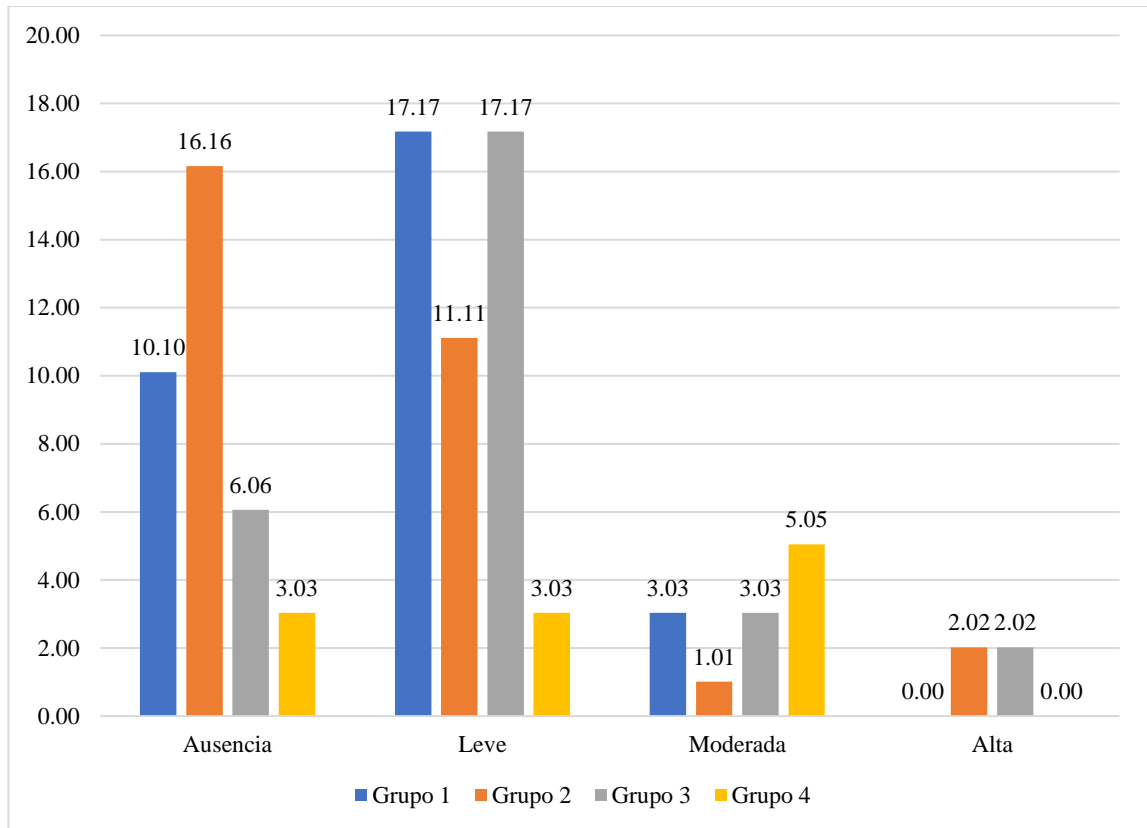


Figura 5. Nivel de ansiedad dental y su relación con los grupos de estudio. Inventario de Ansiedad Dental versión Corta (SDAI)

6.2 Evaluación de ansiedad dental con Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS)

La Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS) presenta dos dimensiones la cual se conforma de ansiedad preoperatoria y necesidad de información. En el resultado de la dimensión de ansiedad preoperatoria se observó que los pacientes que presentaban puntuación menor a 11 (sin ansiedad) fueron 91, y mayor o igual a 11 (con ansiedad) fueron 8 pacientes. En los datos obtenidos sobre la relación de los grupos de estudio con la ansiedad preoperatoria no hubo diferencia significativa $p=0.466$.

Tabla VII.

Presencia de ansiedad preoperatoria y su relación con los grupos de estudio de la Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS)

Grupo	Con Ansiedad		Sin Ansiedad		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupo 1	3	3.03	27	27.27	30	30.30
Grupo 2	1	1.01	28	28.28	29	29.29
Grupo 3	2	2.02	27	27.27	29	29.29
Grupo 4	2	2.02	9	9.09	11	11.11
Total	8	8.08	91	91.92	99	100

X²=2.55, p=0.466

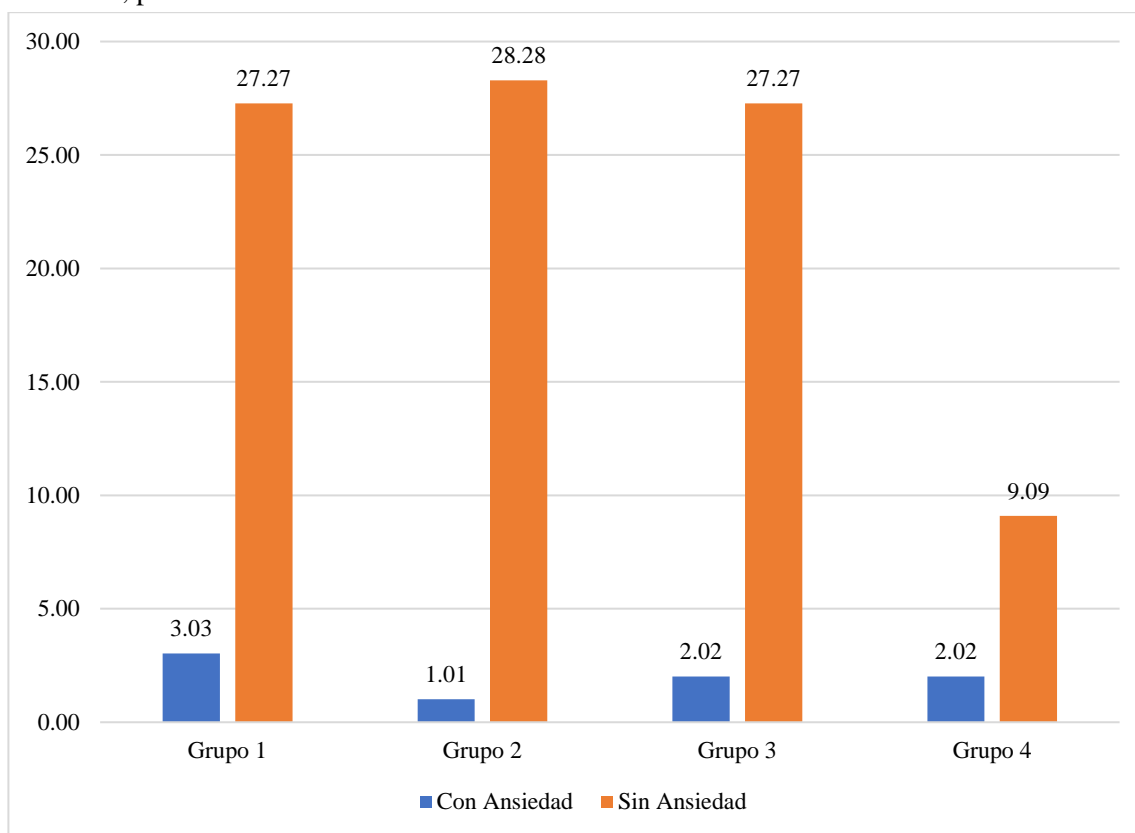


Figura 6. Presencia de ansiedad preoperatoria y su relación con los grupos de estudio de la Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS)

Dentro de la evaluación con la Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS) en la dimensión de necesidad de información, se observó que los pacientes pertenecientes a los 4 grupos de estudio “requirieron poca información” y a su vez “necesidad de información promedio”, por último el grupo de implantes tuvo el menor porcentaje en “requisito alto de información” previo a la cirugía. No existió diferencia significativa (Tabla VIII).

Tabla VIII.

Necesidad de información de los grupos de estudio. Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS)

Grupos	1. Cirugía de Colgajo		2. Alargamiento de Corona		3. Cirugía Mucogingival		4. Implantes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Poca	12	12.12	17	17.17	12	12.12	4	4.04	45	45.45
Promedio	12	12.12	10	10.10	11	11.11	6	6.06	39	39.39
Alta	6	6.06	3	3.03	5	5.05	1	1.01	15	15.15
Total	30	30.30	30	30.30	28	28.28	11	11.11	99	100

X²=3.58, p=0.733

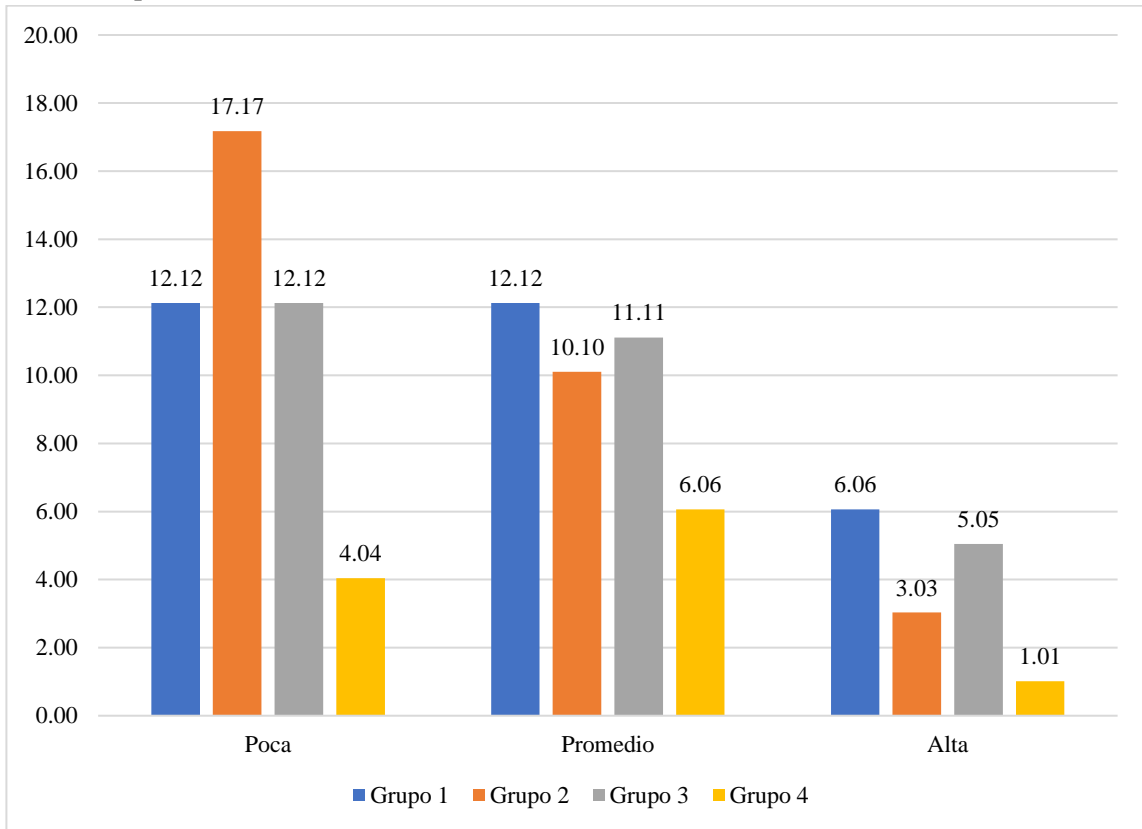


Figura 7. Necesidad de información de los grupos de estudio. Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS)

6.3 Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA)

La aplicación de la Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA) sí mostró diferencia significativa. El promedio del resultado al finalizar el procedimiento quirúrgico fue de 1.12 ± 1.45 y una semana después de la cirugía 0.58 ± 1.13 (Tabla IX).

Tabla IX

Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA)

	Media	DE	Error estándar	Prueba t	Valor p
Al finalizar la cirugía	1.12	1.45	0.15		
Una semana después de la cirugía	0.58	1.13	0.11	3.89	0.0002

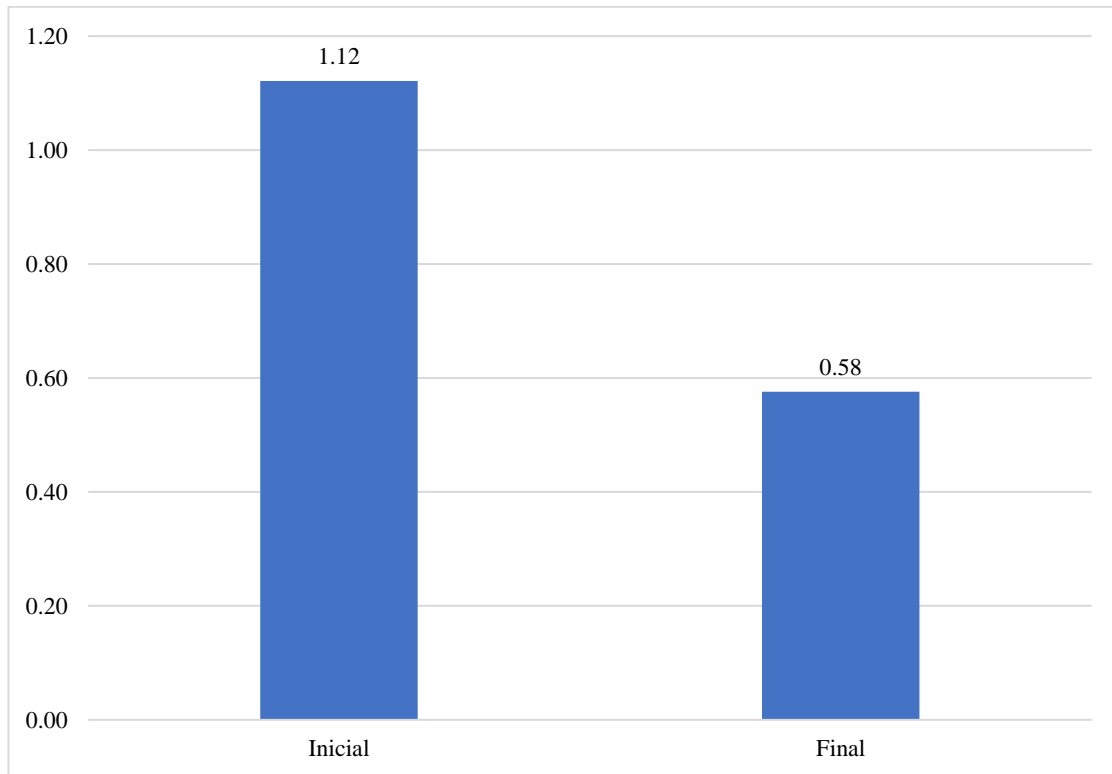


Figura 8. Escala Visual Análoga Wong- Baker (EVA), evaluación inicial y final.

7. DISCUSIÓN

Talo et al. (2017) estudiaron la relación entre ansiedad dental, miedo y estado psicológico obteniendo resultados significativos entre la Escala de Miedo Dental (DFS), Escala de Ansiedad Dental (DAS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) con puntuaciones mayores en mujeres que

en hombres, y con diferencia estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la DAS ($p < 0,05$). A diferencia del presente estudio se utilizó el Inventario de Ansiedad Versión Corta (SDAI) donde las mujeres presentaron ansiedad dental de 28.28% y 20.20% en hombres, ambos en el nivel “leve”, sin diferencia significativa.

Eroglu et al.(2017) observaron la estrecha relación de los factores que afectan la cirugía en la práctica odontológica, comparando el miedo con la ansiedad dental durante los procedimientos realizados bajo anestesia local, en quirófano o en clínica, y los posibles factores que influyen en esta condición psicológica. Los autores reportaron que la Escala de Ansiedad Dental (DAS), Escala de Miedo Dental (DFS) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) mostraron diferencia significativa entre géneros; los niveles de ansiedad y miedo fueron mayores en mujeres que en hombres. La comparación entre los pacientes con y sin experiencia odontológica previa reveló diferencia significativa con respecto a los resultados del STAI. El nivel de ansiedad fue mayor entre los pacientes que habían tenido un procedimiento dental previo en comparación con los que no lo tenían. No se encontró relación significativa entre el nivel de ansiedad y los antecedentes de tratamiento psicológico previo, la edad y tipo de intervención.

Tarazona, et al., (2015) realizaron una investigación donde evaluaron niveles de ansiedad estado rasgo y ansiedad dental antes de la extracción de terceros molares inferiores y comprobar la correlación y fiabilidad de las escalas utilizadas para la medición de la ansiedad preoperatoria. Previo a la cirugía, se aplicaron 4 escalas: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Escala de Ansiedad Dental (DAS), y Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS). Las mujeres presentaron niveles medios de ansiedad dental $18,70 \pm 3,68$ y ansiedad de estado más altos que los hombres $12,25 \pm 4,27$, con una diferencia estadísticamente significativa.

Garip et al, (2004) evaluarón la ansiedad previa a la extracción de 120 terceros molares, las escalas utilizadas fueron Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) y el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), donde se obtuvo que las mujeres presentaron mayor ansiedad que los hombres; las mujeres que no habían sido sometidas a una operación previa presentaban mayor porcentaje de ansiedad; los

pacientes que requerían mayor necesidad de información presentaban mayor ansiedad, con resultados significativos. En el presente estudio la necesidad de información evaluada con APAIS, mostró que los pacientes pertenecientes a los 4 grupos de estudio requirieron poca información previa a la cirugía, sin diferencia significativa $p= 0.733$. En cuanto al antecedente de haber sido sometido a cirugía previa fueron 54 a diferencia de 45 pacientes sin antecedentes de cirugía periodontal.

Boker et al (2002) compararon la relación entre la Escala Visual Análoga (EVA), la Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y de Información (APAIS) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), evaluaron los niveles de ansiedad preoperatoria en pacientes ingresados el mismo día. Hubo una correlación significativa y positiva entre la EVA y el STAI $r = 0,64$, $P < 0,001$, EVA y APAIS $r = 0,6$, $P < 0,001$. En el presente estudio se observó que los resultados de EVA fueron de 1.12 y 0.58 en el total de la muestra, mostrando diferencia significativa ($p= 0.0002$), clínicamente los pacientes percibieron “poco dolor” 1.12 ± 1.45 al finalizar el procedimiento y “no percibieron dolor” 0.58 ± 1.13 una semana después de la cirugía periodontal.

Vergara et al. (2017) aplicaron la escala APAIS en la cultura española mostrando fiabilidad en la obtención de información, también Berth et al. (2007) realizaron por primera vez la aplicación del APAIS en Alemania, donde las dos escalas ansiedad y necesidad de información obtuvieron alta fiabilidad siendo estos independientes del sexo, edad o cirugías previas. Los pacientes con requisito alto de información mostraron mayor ansiedad previo a la cirugía. En el presente estudio se aplicó APAIS encontrando que los pacientes “requirieron poca información” y “necesidad de información promedio”. El resultado de SDAI, no mostró relación de ansiedad dental con género y la edad.

Cazares de León et al. (2015) investigaron el nivel de ansiedad dental a través del Inventario de Ansiedad Dental Versión Corta (SDAI) y su relación con escolaridad, ocupación y tipo de tratamiento en 203 pacientes, obteniendo como resultado que la ansiedad dental sí estuvo presente en 32% en mujeres y 17% en hombres, sin diferencia significativa con género, escolaridad, ocupación y tratamiento. En el presente estudio similar el anterior, se aplicó el Inventario de Ansiedad Dental Versión Corta (SDAI) dando

como resultado que la relación de ansiedad dental con género ($p=0.134$) y escolaridad ($p=0.265$) no presentó diferencia significativa. La relación de ansiedad dental y ocupación sí mostró diferencia significativa en la categoría de empleado, con mayor porcentaje de ansiedad leve 31.31%, y a su vez la categoría de ama de casa y jubilado presentaron niveles de ansiedad moderada 5.05%.

8. CONCLUSIÓN

Las instrumentos de evaluación utilizadas en el presente estudio para medir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a procedimientos periodontales quirúrgicos, SDAI y APAIS son confiables y válidos.

Dentro del presente estudio se concluyó que no hubo diferencia significativa entre la ansiedad dental con edad, género y escolaridad, a diferencia de la variable ocupación que sí mostró diferencia significativa ($p=0.002$).

La respuesta a la pregunta ¿Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la operación? mostró mayor nivel de respuesta en los pacientes, ya que requieren estar más informados sobre los procedimientos a realizar. Los resultados clínicos encontrados en el presente estudio, aportan sobre la importancia de la necesidad de información previo a la cirugía, los pacientes pertenecientes a los 4 grupos de estudio “requirieron poca información”, y a su vez “necesidad de información promedio”, sin diferencia significativa.

Finalmente, la hipótesis nula que habla sobre “El nivel de ansiedad no es alto en pacientes sometidos a tratamiento periodontal quirúrgico”, sí fue relevante ya que los pacientes pertenecientes a los diferentes grupos de estudio manifestaron nivel leve de ansiedad dental.

9. LITERATURA CITADA

- Alcayaga, R., Montalva, P. H., Jonquera, A. S., Muñoz, Y. M., Ronda, A. H., Erazo, M. R., & Launert, C. M. (2011). Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. *Acta Odontológica Venezolana*, 49(4).
- Asociación Psiquiátrica Americana APA. (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*. (DSM-IV). Quinta edición. Washington, DC

- Arenas MC Puigcerver A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20–9.
- Arrieta Vergara K. Díaz Cárdenas S. Verbel Bohórquez J. Hawasly Pastrana N. (2013). Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6(1), 17–24.
- Appukuttan D, Subramanian S, Tadepalli A, Damodaran, L K. (2015). Dental anxiety among adults: an epidemiological study in South India. *North American Journal of Medical Sciences*, 7(1), 13.
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M. T., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B., & Di Nardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15(5), 431-449.
- Barquín CS, García AR, Ruggero C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer, S.A.
- Berth, H., Petrowski, K., & Balck, F. (2007). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)-the first trial of a German version. *Psycho-social medicine*, 4, Doc01.
- Boker, A., Brownell, L., & Donen, N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of anesthesia*, 49(8), 792-798.
- Cázares de León F, Moral de la Rubia J, Montoya Flores BI. (2013). Validación del Inventario de Ansiedad Dental versión corta en pacientes adultos mexicanos. *Ansiedad y Estrés*, 19(1), 105-119.
- Cázares, F., Montoya, B., & Quiroga, M. (2015). Ansiedad dental en pacientes adultos en el tratamiento odontológico. *Revista Mexicana de Estomatología*, 2(2), 2-11.
- De León, F. C., Laín, A. J. L., Lizardi, P. G., & Noyola, A. S. (2016). Grados de ansiedad en la extracción de un tercer molar impactado. Diferencias de género. *Universitas Odontológica*, 35(75), 5.
- Córdova Sotomayor DA, Santa Maria Carlos FB. (2018) Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. *Revista Estomatológica Herediana*, 28(2), 89-96.
- Eroglu, C. N., Ataoğlu, H., & Küçük, K. (2017). Factors affecting anxiety-fear of surgical procedures in dentistry. *Nigerian journal of clinical practice*, 20(4), 409–414.
- Del Pozo Bassi J, Pavez Tetlak C, Riquelme Tapia D, Quiroga del Pozo J. (2015) Comparación en los niveles de ansiedad en pacientes previo a la realización de terapia endodóntica y periodontal. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2015;8(3):208-12.
- Garip, H., Abali, O., Göker, K., Göktürk, U., & Garip, Y. (2004). Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 42(6), 551–554.
- Gordillo León, F., Arana Martínez, J. M., & Mestas Hernández, L. (2011) Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233.

- Hmud, R., & Walsh, L. J. (2009) Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Journal of Minimum Intervention in Dentistry*, 2(1), 237-248.
- Humphris G M., Morrison, T., Lindsay, S. J. E. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom norms. *Community Dental Health*, 12(3), 143–150.
- Lima Álvarez M, Casanova Rivero Y. (2006) Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*, 6(1), 0-0.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528.
- Montelongo RV, Zaragoza ACL, Bonilla GM, Bayardo SJV. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 8.
- Orozco, W. N., Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
- Orellana-Centeno, J. E., Morales-Castillo, V., González-Osorio, M. (2018). Escala Visual Análoga Wong-Baker FACES® y su Utilidad en la Odontología Infantil. *Revista Salud y Administración*, 5(15), 51-57.
- Ríos Erazo, M., Herrera Ronda, A., & Rojas Alcayaga, G. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en odontoestomatología*, 30(1), 39-46.
- Sanikop, S., Agrawal, P., Patil, S. (2011). Relationship between dental anxiety and pain perception during scaling. *Journal of Oral Science*, 53(3), 341-348.
- Santuchi, CC., Cortelli, S. C., Cortelli, J. R., Cota, L. O. M., Alencar, C. O., Costa, F. O. (2015). Pre-and post-treatment experiences of fear, anxiety, and pain among chronic periodontitis patients treated by scaling and root planing per quadrant versus one-stage full-mouth disinfection: a 6-month randomized controlled clinical trial. *Journal of clinical periodontology*, 42(11), 1024-1031.
- Serrano Barquín C, Rojas García A, Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1):47-60.
- Spanner, S., & Sayer, L. (2019). Is the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) a Valid Tool in Guiding the Management of Preoperative Anxiety in Adult Patients. A Literature Review. *A Literature Review. Journal of Nursing and Practice*, 3, 95-102.
- Talo Yildirim, T., Dundar, S., Bozoglan, A., Karaman, T., Dildes, N., Acun Kaya, F., Altintas, E., Oztekin, F., Atas, O., & Alan, H. (2017). Is there a relation between dental anxiety, fear and general psychological status?. *PeerJ*, 5, e2978.
- Tarazona, B., Tarazona-Álvarez, P., Peñarrocha-Oltra, D., Rojo-Moreno, J., & Peñarrocha-Diago, M. (2015). Anxiety before extraction of impacted lower third molars. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 20(2), e246–e250.
- Tellez, M., Kinner, D. G., Heimberg, R. G., Lim, S., Ismail, A. I. (2015). Prevalence and correlates of dental anxiety in patients seeking dental care. *Community dentistry and oral epidemiology*, 43(2), 135-142.
- Vergara-Romero, M., Morales-Asencio, J. M., Morales-Fernández, A., Canca-Sanchez, J. C., Rivas-Ruiz, F., Reinaldo-Lapuerta, J. A. (2017). Validation of the Spanish version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 120.

- Vinaccia, S.(1988). Historia de la medicina comportamental en Colombia. *Revista Latinoamericana de psicología*, 20(3), 385-390.
- Villavicencio, E., Castillo, D., Llapa, M., Jaramillo, Z., Coronel, P., Pariona, M. D. C. (2019)Validación de un instrumento de ansiedad dental EQ-SDAI. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(4), 277-284.

10. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Folio: _____

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO PERIODONTAL QUIRÚRGICO.

Ciudad: Monterrey, Nuevo León

Fecha: _____

Yo _____ una vez informado de los procedimientos de intervención y evaluación que se llevara a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que puedan generar en ella, autorizo a, Tabatha Georgina Padilla Coronado, estudiante de la Maestría en Ciencias Odontológicas con Periodoncia e Implantología Oral en la Facultad de Odontología UANL.

- Aplicación de un cuestionario para evaluar los niveles de ansiedad de los pacientes sometidos bajo tratamientos periodontales quirúrgicos.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en esta investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar la calidad en los tratamientos periodontales.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo de estudio se guardará en el Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología UANL bajo la responsabilidad del investigador.
- Puesto que toda la información en este proyecto es llevada en anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad de manera libre y espontánea.

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del paciente

ANEXO 2

Inventario de Ansiedad Dental versión corta (SDAI) (Stouthard, Groen y Mellenbergh, 1995)

Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Escolaridad _____

Indique para cada enunciado el número que pertenece a la respuesta que mejor se ajuste a sus sentimientos.

1.- Comienzo a ponerme nervioso/a cuando el odontólogo me invita a sentarme en la silla.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

2.- Cuando yo sé que el odontólogo va a extraerme un diente, me siento realmente asustado en la sala de espera.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

3.- Cuando voy en camino al consultorio del odontólogo y pienso en el sonido de la fresa, me dan ganas de devolverme y no ir.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

4.- Quiero irme del consultorio cuando pienso que el odontólogo no me va a explicar lo que hará en mis dientes.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

5.- En el momento en que el odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, yo cierro mis ojos fuertemente.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

6.- En la sala de espera sudo y tiemblo cuando pienso que es mi turno de pasar a la consulta.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

7.- Cuando voy hacia el consultorio del odontólogo, me pongo ansiosa sólo de pensar si tendrá que usar la fresa conmigo.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

8.- Cuando estoy sentada en silla de tratamiento y no sé lo que el odontólogo está haciendo en mi boca, me pongo nerviosa/o y sudo.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

9.- En mi camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento me pone nervioso.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muy frecuentemente 5. Siempre

ANEXO 3

Escala de Ámsterdam de Ansiedad Preoperatoria y Necesidad de Información (APAIS)(Moermann et al., 1996)

Favor de leer las siguientes preguntas y marcar una de las siguientes opciones de respuestas:

0-----1-----2-----3-----4-----5
 No Bajo Medio Alto Muy Alto Extremadamente Alto

1.- Estoy preocupado por la anestesia.	0-----1-----2-----3-----4-----5
2.- Pienso en la anestesia continuamente.	0-----1-----2-----3-----4-----5
3.- Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la anestesia.	0-----1-----2-----3-----4-----5
4.- Estoy preocupado/a por la operación.	0-----1-----2-----3-----4-----5
5.- Pienso en la operación continuamente.	0-----1-----2-----3-----4-----5
6.- Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la operación.	0-----1-----2-----3-----4-----5

ANEXO 4

Escala Visual del Dolor (Wong-Baker, 1988)

Favor de marcar una respuesta del 0 al 10 sobre su percepción de dolor durante la cirugía.

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



11. RESUMEN BIOGRÁFICO

Tabatha Georgina Padilla Coronado

Candidato para el Grado de Maestría en Ciencias Odontológicas en el área de Periodoncia con Implantología Oral

Tesis: EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO PERIODONTAL QUIRÚRGICO.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 23 de Agosto de 1995, hija de Olga Alicia Padilla Coronado.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido de Cirujano Dentista en el 2019.