



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
Escuela de Post Grado

MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**“NIVELES DE ANSIEDAD DENTAL SEGÚN TRIMESTRE
GESTACIONAL ATENDIDAS EN ODONTOLÓGIA DEL
CENTRO DE SALUD PERU-COREA HUÁNUCO 2017”**

**Para Optar El Grado Académico de
Maestro en Ciencias de La Salud
Mención Salud Pública y Docencia Universitaria**

AUTOR

C.D. Maicol Santiago, CLAUDIO ZEVALLOS

ASESOR

Mg. CD. Sergio, FERNANDEZ BRICEÑO

HUÁNUCO – PERÚ

2018



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
www.udh.edu.pe

JEFA DE LA UNIDAD DE POST GRADO- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veintisiete días del mes de marzo del año dos mil dieciocho, siendo las 11:00 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Mg. Amalia Leiva Yaro, **Presidenta**, Mg. Maricela Marcelo Armas, **Secretaria**, y Mg. Jubert Torres Chávez, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 052-2018-D-EPG-UDH, de fecha veintitrés de febrero del año dos mil dieciocho y el aspirante al Grado Académico de Maestro, **Maicol Santiago CLAUDIO ZEVALLOS**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó al graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: "**NIVELES DE ANSIEDAD DENTAL SEGÚN TRIMESTRE GESTACIONAL ATENDIDAS EN ODONTOLÓGICA DEL CENTRO DE SALUD PERÚ – COREA HUÁNUCO 2017**". Para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Salud, mención: Salud Pública y Docencia Universitaria.


Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADO Por UNA UNIDAD con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de MUY BUENO (Art. 54).

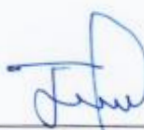
Siendo las 12:30 horas del día 27 del mes de MARZO del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA

Mg. Amalia Leiva Yaro


SECRETARIA

Mg. Maricela Marcelo Armas


VOCAL

Mg. Jubert Torres Chávez

DEDICADO

A Dios a mi Familia y mi hijo que está en camino, son el motor de mi vida.

AGRADECIMIENTO

La gratitud en silencio no sirve mucho por tal motivo quiero agradecer a Dios y mis Padres, no sé si bastará con un simple gracias por todo lo que han hecho por mí.

También agradecer a mis familiares y amigos que siempre están mi lado y confían en mí.

INDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	
1.1. Descripción del problema	10
1.2. Formulación del problema	11
1.2.1. Problema principal	11
1.2.2. Problema específico	11
1.3. Objetivos generales	11
1.4. Objetivos específicos	11
1.5. Trascendencia de la Investigación / Justificación	12
1.5.1. Trascendencia teórica	12
1.5.2. Trascendencia técnica	12
1.5.3. Trascendencia académica	12
1.6. Limitaciones de la investigación	13
1.7. Factibilidad	13
2. MARCO TEORICO	14
2.1. Antecedentes de la investigación	14
2.1.1. Internacional	14
2.1.2. Nacional	16
2.1.3. Local	17
2.2. Bases Teóricas	19
2.2.1. Teorías	19
2.2.2. Bases conceptuales	19
2.3. Definiciones Conceptuales	46

2.4 Sistema de Hipótesis	47
Sistema de variables	47
2.5 Operacionalización de Variables	48
3. MARCO METODOLÓGICO	49
3.1 Tipo de investigación	49
3.1.1 Enfoque	49
3.1.2 Nivel	49
3.1.3 Diseño	49
3.2. Población y Muestra	50
3.3. Técnicas e Instrumento para la recolección de datos	50
3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	51
4. RESULTADOS	52
5. DISCUSIÓN	60
6. CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
7. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	64
ANEXOS	71

INDICE DE TABLAS

1. TABLA 01 nivel de ansiedad dental en el primer trimestre.	52
2. TABLA 02 nivel de ansiedad dental en el segundo trimestre.	53
3. TABLA 03 nivel de ansiedad dental en el tercer trimestre.	54
4. TABLA 04 nivel de ansiedad dental según grupo etario.	55
5. TABLA 05 nivel de ansiedad dental según estado civil.	56
6. TABLA 06 nivel de ansiedad dental según trimestre gestacional.	57

INDICE DE GRAFICOS

1. GRAFICO 01 nivel de ansiedad dental en el primer trimestre.	52
2. GRAFICO 02 nivel de ansiedad dental en el segundo trimestre.	53
3. GRAFICO 03 nivel de ansiedad dental en el tercer trimestre.	54
4. GRAFICO 04 nivel de ansiedad dental según grupo etario.	55
5. GRAFICO 05 nivel de ansiedad dental según estado civil.	56
6. GRAFICO 06 nivel de ansiedad dental según trimestre gestacional.	57

RESUMEN

Objetivo: conocer los niveles de ansiedad dental según trimestres gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-corea Huánuco 2017.

Metodología: el estudio pertenece al tipo de investigación básica, de enfoque cuantitativa, de nivel descriptivo y diseño correccional; la muestra estuvo representada por tres grupos de 50 gestantes haciendo un total de 150 gestantes, del primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre gestacional; para la recolección de datos se utilizó como instrumento, traducido el test de escala de ansiedad dental de norman corah.

Resultados: según la prueba de hipótesis se tuvo que: existe niveles de ansiedad dental durante los trimestres gestacionales atendidas en odontología del centro de salud Perú- corea Huánuco; con un valor de (X^2 : 8.012 0.05)

Conclusión: el 40% de gestantes del primer trimestre gestacional presentaron ansiedad moderada y el 20% ansiedad alta; el 42% de gestantes del segundo trimestre presentaron ansiedad dental moderado y 8% ansiedad alta; el 40% del tercer trimestre presentaron ansiedad dental moderado y 12% ansiedad alta; un 56.7% pertenece al grupo etario joven y el 57.3 al estado civil conviviente.

Palabras clave: nivel de ansiedad dental, trimestre gestacional.

SUMMARY

Objective: to know the levels of dental anxiety according to gestational quarters attended in dentistry of the health center Peru-Corea Huánuco 2017.

Methodology: the study belongs to the type of basic research, quantitative approach, descriptive level and correctional design; the sample was represented by three groups of 50 pregnant women making a total of 150 pregnant women, from the first trimester, second trimester, third gestational trimester; for data collection, the norman corah dental anxiety scale test was used as an instrument.

Results: according to the hypothesis test, there was: there are levels of dental anxiety during the gestational quarters attended in dentistry of the health center of Peru, Huánuco; with a value of (χ^2 : 8.012 0.05)

Conclusion: 40% of pregnant women of the first gestational quarter presented moderate anxiety and 20% high anxiety; 42% of pregnant women in the second trimester presented moderate dental anxiety and 8% high anxiety; 40% of the third trimester showed moderate dental anxiety and 12% high anxiety; 56.7% belongs to the young age group and 57.3% to the civil cohabiting state.

Key words: dental anxiety level, gestational trimester.

INTRODUCCION

La ansiedad se manifiesta como una percepción de peligro constante que no podemos identificar. Es normal que mientras dure la gestación se experimente momentos de este tipo, producido por los cambios fisiológicos y vitales que la gestación implica. El presente trabajo realizado busca dejar una evidencia sobre los niveles de ansiedad dental según trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco 2017. La investigación se realizó para conocer el nivel de ansiedad y de esta forma establecer un precedente para futuros estudios acerca de este tema y de esta manera mejorar el tratamiento hacia los pacientes. El objetivo es conocer los niveles de ansiedad dental según trimestre gestacional, atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017. La idea popular del odontólogo como atormentador tiene su origen en el momento en que los dientes y su tratamiento pueden provocar dolor intenso. La cita odontológica es reconocida en este tiempo como una experiencia dolorosa. El comportamiento de las personas repercute positiva o negativamente en la salud oral, de igual manera que ciertas enfermedades o problemas dentales alteran el comportamiento de aquellos que lo padecen esto no es ajeno en las gestantes. Para la recolección de información utilizaremos el Test de Ansiedad Dental de Norman Corah que será recolectado mediante la entrevista que se realizará en el centro de salud Perú – Corea, la limitación más relevante fue el desinterés de las gestantes a participar en la investigación. Como conclusión más importante se rescata la ansiedad moderada en los diferentes trimestres.

1. PLANEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La gestación es un periodo de la vida reproductiva de la mujer durante el cual experimenta sentimientos entre los que se entrelazan ansiedad, impulsividad y una feliz espera, y aún dentro de su entorno se puede encontrar un tanto deprimida o aturdida como soñadora y esperanzada¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente registra aproximadamente 211 millones de embarazos en el mundo.²

La ansiedad dental presenta una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos ^{3,4,5}, siendo un fenómeno “sumamente extendido” en el Reino Unido ⁶. En América del Sur, investigaciones dan a conocer tasas del 34,7% en preescolares ⁷, descubriendo que los padres de dichos niños también tienen una alta prevalencia de ansiedad dental (41,1%) ⁸. En Norte América, de 10 a 12 millones de individuos padecen de una severa fobia dental (un estado superior al de la ansiedad dental), y unos 35 millones de personas sufren de ansiedad dental ⁹.

Las enfermedades y trastornos mentales frecuentes (ansiedad y depresión) son comunes. Las investigaciones epidemiológicas actuales realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi sostienen los descubrimientos de otros países: hasta el 37% de la población tiene el riesgo de padecer trastornos mentales durante su vida. La frecuencia de ansiedad en Lima Metropolitana es de 18,2%¹⁰, en la sierra del país de 16,2% y en la zona selva de 21,4%¹¹.

En los diferentes establecimientos de salud del MINSA del departamento de Huánuco en el 2010 cerca de 16000 personas fueron diagnosticadas con trastornos de ansiedad.¹²

En los tratamientos odontológicos pueden ocurrir respuestas negativas que compromete al paciente y al dentista, La ansiedad dental se clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas¹³.

1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA:

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental según trimestre gestacional, atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017?

1.2.2 PROBLEMA ESPECIFICO

Pe1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad dental en el primer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017?

Pe2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad dental en el segundo trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017?

Pe3. ¿Cuál es el nivel de ansiedad dental en el tercer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017?

Pe4. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental según grupo etario?

Pe5. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental según estado civil?

1.3 OBJETIVO GENERAL

Conocer los niveles de ansiedad dental según trimestre gestacional, atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017.

1.4 OBJETIVO ESPECÍFICO

Oe1. Identificar los niveles de ansiedad dental durante el primer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017.

Oe2. Determinar los niveles de ansiedad dental durante el segundo trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017.

Oe3. Describir los niveles de ansiedad dental durante el tercer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017.

Oe4. Identificar los niveles de ansiedad dental según grupo etario.

Oe5. Identificar los niveles de ansiedad según estado civil.

1.5 TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACION / JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realizó con la finalidad de mostrar los niveles de ansiedad dental en la gestación para así poder intervenir con criterio para brindar una atención de calidad.

1.5.1 Trascendencia Teórica:

La ansiedad dental, es un tema que se convierte en una de las prioridades para los profesionales de odontología, y en un grupo vulnerable como el de las gestantes va causar un gran impacto a nivel de la comunidad odontológica, la cual nos servirá para tener conclusiones claras sobre los niveles de ansiedad según grupo etario.

1.5.2. Trascendencia Técnica:

La ansiedad dental generara manifestaciones que influyen de forma negativa en el tratamiento odontológico, las pacientes gestantes no son la excepción por este motivo la importancia de la identificación de este problema por parte del dentista que va influir en el manejo y el control de la misma de forma eficaz.

1.5.3 Trascendencia Académico:

Tiene como importancia aportar conocimientos estadísticos sobre la ansiedad dental en el embarazo, del mismo

modo nos permitirá identificar de forma asertiva los niveles de ansiedad dental según el trimestre gestacional esto influirá en la intervención del paciente para reducir las manifestaciones negativas.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La indiferencia de las gestantes a ser parte de la investigación.

El acceso a la información se limita porque no existen estudios similares.

1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Fue viable la investigación porque se contó con la autorización del centro de salud Perú Corea en la cual tuvimos acceso a la población gestante para el estudio, se contó disponibilidad de tiempo, recursos materiales y financieros.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1.1. INTERNACIONAL

COLOMBIA, 2014, MARTÍNEZ CA, RAMOS AP, MANTILLA MA, DURÁN AL, VALENCIA LA. ¹⁴

Objetivos: determinar los niveles de ansiedad en pacientes adultos que asisten a consulta y tratamiento odontológico, identificando presencia y frecuencia de factores que desencadenan la ansiedad y relacionarlos con las particularidades sociodemográficas de la población de estudio. **Metodología:** realizaron un estudio observacional analítico de corte trasversal, con una muestra de 355 pacientes adultos, atendidos en las Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás de Floridablanca, en el inicio de semestre de 2014. Aplicó una encuesta autodiligiada, previamente validada, para establecer las características sociodemográficas de los participantes, como también el test de ansiedad dental de Norman Corah. La información se registró en una base de datos, utilizando el programa Epi-Info versión 3.2.2. Manejó estadística descriptiva para la exposición de variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. El análisis bivariado fue realizado mediante la prueba de Chi². Cada paciente aceptó voluntariamente participar mediante la firma del consentimiento informado. **Resultados:** en 197 (55.6%) de los participantes no se evidenció ansiedad; el nivel de ansiedad más frecuente observado fue moderado, para 102 participantes (28,8%), y el nivel de ansiedad severo se presentó en 34 casos (9,6%). Los procedimientos odontológicos que generaron mayores niveles de ansiedad en los pacientes atendidos fueron la endodoncia y la exodoncia. Encontraron asociación entre los diferentes niveles de ansiedad y las variables edad ($p=0.001$), estado civil ($p=0,010$) y nivel educativo ($p=0,036$). **Conclusiones:** la aplicación del test de Norman Corah permitió establecer que un alto porcentaje de pacientes no refiere ansiedad frente a la atención odontológica, y en las personas que la reportan la ansiedad moderada es la más representativa. Los tratamientos de endodoncia y

exodoncia requieren de anestesia troncular o infiltrativa, lo cual se encontró que aumenta la ansiedad durante el procedimiento.

COLOMBIA, 2013, ARRIETA K¹⁵

Objetivo: Estimar el grado de asociación entre factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad dental en pacientes adultos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena de Indias (Colombia). **Metodología:** Estudio observacional transversal. Ubicación: Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena de Indias (Colombia). Participantes: 460 pacientes adultos escogidos por muestreo aleatorio simple. Mediciones principales: Utilizó un instrumento que incorpora factores socio-demográficos y conductuales, y los cuestionarios de cribado: Escala de Goldberg, Kleinknecht's Dental Fear Survey (DFS) y Short Version Dental Anxiety Scale (SDAI). Los datos fueron evaluados a partir de proporciones, aceptando intervalos de confianza del 95%, razones de disparidad (Odds ratio) y regresión logística, utilizando el programa STATA versión 10.0®. **Resultados:** La prevalencia de sintomatología clínica de temor y ansiedad dental fue 77,1% (IC 95% 73,3-81) y 62,8% (IC 95% 58,3-67,2) respectivamente. Presentó asociación estadísticamente significativa del temor dental con el sexo femenino (OR=1,9; IC95% 1,2 – 2,9) y la vivencia traumática previa en la consulta odontológica (OR=3,2; IC95% 1,73 – 6,28) y de la ansiedad en la consulta odontológica con el sexo femenino (OR=2; IC95% 1,3-2,9), la experiencia traumática previa a la cita dental (OR=2,2; IC95% 1,4-3,6), influencia negativa de los familiares (OR=1,5; IC95% 1,07-2,2), percepción del paciente acerca de su salud oral (OR= 1,5; IC95% 1,04-2,2), y el miedo en la consulta odontológica (OR=39,8 IC95% 19,2– 82,5). **Conclusiones:** La prevalencia de temor y ansiedad dental en los sujetos fue alta; el sexo femenino, la experiencia negativa de familiares y las experiencias traumáticas previas en la cita dental son factores de riesgo para inicio del temor y ansiedad en la cita odontológica.

CHILE, 2013, ESPINOZA PA¹⁶

Objetivo: este estudio es determinar si existe relación entre la ansiedad dental del cuidador y la ansiedad dental infantil. **Material y métodos:** Se aplicó la Escala de Evaluación de Comportamiento de Frankl y la Facial Image Scale (FIS) a pacientes de 6 años del programa GES, de dos consultorios de la Región Metropolitana, y la Escala de Ansiedad Dental de Corah a sus cuidadores. **Resultados:** No se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad de Frankl y Corah ($p=0,149$), ni entre los puntajes de ansiedad de FIS y Corah ($p=0,416$). Si se encontró relación estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad de FIS y de Frankl ($p=0,000$ y $r=-0,345$). Un 5,4% de los niños manifiestan ansiedad dental en su dimensión cognitiva y un 8,7% en la dimensión conductual. **Conclusiones:** En la investigación no se encontró un vínculo entre la ansiedad del cuidador con la ansiedad del niño, pero sí entre las dos dimensiones de la ansiedad medidas en niños. Si bien la frecuencia de ansiedad dental infantil es baja en relación a estudios previos, sí se encuentra dentro de los rangos de revisiones anteriores.

2.1.2. NACIONALES

PERU, TRUJILLO, 2015, RODRÍGUEZ OA¹⁷

Objetivo: fue encontrar la prevalencia de ansiedad dental en los estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo – 2015.

Es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se ejecutó en la Universidad Privada Antenor Orrego; Distrito y Provincia de Trujillo, Departamento de La Libertad. La muestra estuvo representada por 558 estudiantes de las 9 facultades universitarias divididas en 23 carreras profesionales, a quienes se les aplicó la Escala de ansiedad dental modificada de Corah que consta de 5 preguntas para medir el nivel de ansiedad dental.

Se obtuvo que el 4.30% de la muestra no presentó ansiedad dental; el 60.75% presentó baja ansiedad dental; el 31.18% presentó ansiedad dental moderada y el 3.76% ansiedad dental elevada. No se encontró asociación entre la ansiedad dental y el sexo ($p = 0.2824$), sin embargo, sí se encontró relación

entre la ansiedad dental y la edad ($p = 0.0241$) y diferencia significativa entre la ansiedad dental y las facultades universitarias ($p = 0.0003$).

PERÚ, TRUJILLO, 2014, ESPEJO RE¹⁸

Objetivo: Determinar la ansiedad dental en pacientes adultos del Servicio de Odontología de los hospitales Regional Docente de Trujillo y Belén de Trujillo. Trujillo, 2014

Material y método: El estudio de corte transversal, comparativo y observacional, abarco un total de 660 pacientes adultos del Servicio de Odontología de los hospitales Regional Docente de Trujillo y Belén de Trujillo. Se les realizó un cuestionario apoyado en la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS), evaluado mediante el Índice de consistencia interna Alfa de Cronbach (0.76). Para el análisis de resultados se empleó la prueba T de student para grupos independientes y la prueba U de Mann-Whitney, considerando un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** La puntuación media total de ansiedad para la población fue de 12,05 (DE = 3,76), el sexo femenino manifestó mayor ansiedad que el masculino ($p=0,000$) y la juventud tuvo mayor ansiedad que la adultez media ($p=0,000$). **Conclusiones:** La puntuación media total fue de 12,05, siendo la penetración del diente y la inyección de anestesia local los ítems que alcanzaron el mayor puntaje de ansiedad. El sexo femenino presentó más ansiedad que el masculino y, la adultez joven, mayor ansiedad que la adultez media.

2.1.3. LOCALES

PERÚ, HUÁNUCO, 2012, CLAUDIO, M S¹⁹

Objetivo: conocer el nivel de ansiedad y las preocupaciones que producen ansiedad en jóvenes atendidos en las consultas odontológicas de cinco centros de salud de la ciudad de Huánuco. **Metodología:** Observacional, Descriptivo, Comparativo, Transversal; utilizamos el Test Dental Concerns Assessment (DCA), traducida, en un grupo de 243 pacientes, ambos sexos, la escala de medición del nivel de ansiedad tiene 4 niveles (ausente, moderado, alto, fobia) de cinco preguntas y la escala de preocupaciones que produce ansiedad tiene 4 niveles (Bajo, Moderado, Alto,

No sabe) con 26 preocupaciones frecuentes en las consultas. Resultados: De 243 (100%) pacientes presentaron un nivel de ansiedad: alto 24(10%); 88(36%) moderado; 131(44%) no presentaron ansiedad, y no hubo casos de ansiedad severa o fobia, las mujeres presentaron un mayor nivel de ansiedad alta 24 (11%) y los varones 16 (9%). Las cinco preocupaciones que producen mayor ansiedad alta son: por el miedo a ser heridos en el tratamiento con 36%(87), el mismo que fue relacionado con Rho de Spearman de 0,281 y P valor 0,000; con 32%(77) el temor a la extracción del diente con Rho 0,298 y P-valor 0,000; con 26%(64) el temor a la inyección de la anestesia con Rho 0,298 y P-valor 0,000; con 22%(53) el no estar adormecido lo suficiente con Rho 0,192 y P-valor 0,003, con 21% (51) el número de citas y el tiempo que implicara para su tratamiento con Rho 0,194 y P-valor 0,002; Finalmente la hipótesis se contrastó mediante el Chi2 de Pearson 30,987; con 8 grados de libertad, con 5% de error alfa, 95% de nivel de confianza y P-valor 0,000 el que indica significancia; por lo que se refuta la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. **Conclusiones:** los pacientes con algún nivel de ansiedad tienen que tener un manejo cuidadoso, y se debe tomar medidas como técnicas de relajación, distracción, música, respiración abdominal y en el último de los casos la farmacología.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 TEORÍAS

La teoría del psiquiatra norteamericano Harry Stack Sullivan (1892-1949), explica un enfoque sobre los desórdenes mentales, teniendo en cuenta que es probable que la ansiedad sufrida en la infancia temprana en algunos casos puede dar inicio a los trastornos; y aspira también que su estudio sea útil para la vida de todos en general.²⁰

Freud describió la ansiedad como un temor sin motivo; es decir, muchas veces no podemos señalar su inicio o la causa concreta que la provocó.

La ansiedad es parte fundamental de su teoría de la personalidad al asegurar que es la parte decisiva en el inicio de la conducta neurótica y psicótica. Apareció el modelo que toda ansiedad es el trauma del nacimiento, concepto que perfeccionó su discípulo Otto Rank.

El feto en el vientre de su madre se encuentra en un mundo más estable y protegido en la donde sus necesidades son atendidas sin demora. Sin embargo, al nacer se expone a un entorno agresivo. De repente se ve en la necesidad de adaptarse a la realidad porque sus exigencias instintivas no siempre son atendidas de inmediato. El sistema nervioso del neonato, inmaduro e inexperto, es bombardeado por diversos estímulos sensoriales. como resultado, el niño realiza movimientos motores masivos y aumenta su frecuencia respiratoria y cardiaca. El trauma del alumbramiento, con la tensión y el temor a que los instintos del ello no sean satisfechos, es el primer roce con la ansiedad. A partir de ahí se crea el patrón de reacciones y sentimientos que ocurrirán siempre que estemos expuestos a una amenaza en el futuro.²¹

2.2.2. BASES CONCEPTUALES

ANTECEDENTES DE LA ANSIEDAD DENTAL

La preocupación de las Ciencias Odontológicas por mejorar la salud bucal de la población es un hecho no cuestionable. La investigación de productos novedosos y de tecnología que mejore la calidad de vida en relación a la salud bucal de las personas, avanza a pasos agigantados. Muchos de

estos esfuerzos tienen como finalidad mejorar el tratamiento odontológico, por lo que un abordaje integral de la enfermedad dental resulta primordial.

Identificar las variables de comportamiento que intervienen en la salud dental de las personas es imprescindible si se quiere dar un abordaje completo. En este sentido, la ansiedad dental es uno de los factores más sobresaliente ya que interviene enormemente, entorpeciendo tanto la adherencia al tratamiento ³ como la consulta odontológica. Rowe y Moore ⁹ indican que un paciente con fobia dental llega a padecer alrededor de 17,3 días de padecimiento antes de acudir a al dentista. Además, la ansiedad dental se considera como un importante predictor de riesgo de caries ²².

Existe una evidencia clara de que la ansiedad dental provoca una disminución del estado de salud oral del paciente²³, aumentando la presencia de caries sin tratamiento ^{24, 25} y el número de piezas dentarias afectadas^{26, 27} Además, se ha demostrado que los pacientes ansiosos tienen más probabilidades de evitar o retrasar el tratamiento y de cancelar la atención con el odontólogo²⁷.

De igual forma, muchos estudios dan a conocer la relación indirecta existente entre la ansiedad dental y la calidad de vida en relación a salud oral ²⁸. Además, este fenómeno evidencia ser un muy buen predictor de complicaciones de manejo de la conducta en el sillón dental ²⁹.

EL EMBARAZO Y SUS CAMBIOS

Durante la gestación pueden aparecer diversos cambios que se manifestaran en distintos niveles. Los biológicos hacen referencia a los cambios morfofisiológicos que suceden en la gestante. Los socioculturales hacen referencia a las conductas que se manifiestan en la gestante y en su grupo social y que tienen que ver con los conceptos de maternidad edificados en él entorno. Los psicológicos hacen referencia a las modificaciones emocionales que se muestran en la gestante en el lapso del embarazo. Es de suma importancia describir las alteraciones que se manifiestan de forma diversa en las gestantes como en los profesionales que las atienden, como resultado del proceso mismo del embarazo que es vivenciado de manera particular por cada sujeto.³⁰ Sin pretender ser exhaustivo, a continuación,

describiremos cada uno de estos niveles y sus potenciales relaciones con la salud bucodental de las embarazadas.

- **A nivel biológico**

A nivel biológico se evidencia que durante el periodo de gestación ocurren en la madre cambios importantes en el sistema endocrino que se manifiestan como un incremento en la producción de hormonas y de ello se deriva una serie de modificaciones de orden sistémico que se inicia cuando el óvulo fecundado se acople al útero. Durante la gestación incrementa la producción de estrógenos liberados por los ovarios y la placenta; también hay mayores niveles de progesterona, pues esta hormona es responsable de las funciones que ayudan a mantener viable el embarazo; como la conformación del endometrio para la nutrición del feto, la disminución en la contractilidad del útero para que no se produzcan abortos espontáneos y la de asociarse con el estrógeno para acondicionar el momento de la lactancia. La producción de progesterona en la madre durante el embarazo también es fundamental porque, además de controlar el periodo del embarazo como tal, su incremento influye en los sistemas vitales como son el cardiovascular, el gastrointestinal, el nervioso, el renal, el sistema inmune y el respiratorio, para producir cambios, que afectarán a la gestación y que deben ser examinados por los profesionales de la salud.^{31, 32} En el sistema nervioso central se evidencia síntomas neurológicos esto se va desencadenar en los tres primeros meses del embarazo como fatiga, náuseas, y vómito. También hay una tendencia a producirse síncope e hipotensión postural. Durante el segundo trimestre, estos síntomas disminuyen y la madre siente mayor bienestar. Pero durante el tercer trimestre, de nuevo se incrementan las molestias ya que vuelven las fatigas y la sensación de depresión.³¹ En el cardiovascular, como resultado de la modificación en la función hormonal durante la gestación, se muestra el incremento de los mineralocorticoides en el suero materno que inducen a la retención de sodio, lo que provocara un incremento de agua en el cuerpo como consecuencia aumentara la cantidad de plasma en un 30% a 40%; también habrá una expansión en el volumen intra-vascular pues aumentara la cantidad de células rojas. En forma frecuente, aparecen ligeras elevaciones de la presión sanguínea, específicamente de la diastólica, lo que puede

desencadenar taquicardia y ruidos cardiacos anómalos; en el 90% de las mujeres embarazadas se presenta un soplo sistólico de tipo fisiológico o funcional y que oportunamente desaparecen luego del parto. Además, ocurre un fenómeno conocido como síndrome de hipotensión supina, que se manifiesta como una caída abrupta de la presión sanguínea, bradicardia, sudoración, náuseas, debilidad y necesidad de aire cuando la paciente está acostada; estos síntomas se presentan debido a la lentitud del retorno del flujo venoso del corazón que es resultado de la oclusión de la vena cava inferior por la presión que el útero ejerce y que provoca la disminución en la presión arterial, en el gasto cardíaco y la pérdida de la razón. En el periodo del embarazo ocurren cambios a nivel sanguíneo, que se manifiestan como cuadros de anemia y la caída en los valores del hematocrito. La mujer gestante necesita mayores suministros de hierro como consecuencia del incremento del volumen sanguíneo.^{31,32} Las modificaciones a nivel de la función respiratoria incluyen disminución en el almacenamiento del volumen debido a la dilatación del útero asociado al desarrollo del feto y el incremento en el gasto de oxígeno. Estos cambios en la ventilación pueden causar taquipnea, disnea, hiperventilación, un incremento tanto de la frecuencia respiratoria como de la tasa de ventilación por minuto y que se acentúan cuando la gestante está en posición supina. El desarrollo del feto oprime el diafragma y causa un incremento en la presión intra-torácica y en la circunferencia del pecho. Además, el incremento de estrógeno causa dilatación de los capilares nasales, rinitis, hemorragia nasal y la predisposición a infecciones en la vía aérea superior.^{31, 32} Los cambios gastrointestinales se relacionan con el crecimiento del feto y con los cambios hormonales. Las principales reacciones son las náuseas, vómito y reflujo; este último se manifiesta por el aumento de la presión a nivel del estómago, vaciamiento gástrico lento y reducción en el funcionamiento del esfínter gastro-esofágico. Mientras dura el embarazo hay un aumento en el gasto de energía que promueve el crecimiento del feto y la placenta; esto perjudica el metabolismo de todos los nutrientes y de preferencia el del hierro y del ácido fólico, entre otros; por lo que las gestantes requieren de suplementos nutricionales.³² A nivel renal hay un aumento en la tasa de filtración glomerular, lo que genera cambios en la composición química de la sangre y la orina, incremento en la

frecuencia urinaria, e infecciones en el tracto urinario. Otros cambios incluyen la disfunción renal que provoca hipertensión, proteinuria y edema que propician con ello la aparición de la preclampsia.³² Al referirse a la condición oral de las gestantes es fundamental reconocer al embarazo mismo como un factor que puede llegar a modificar las condiciones orales y particularmente las estructuras dentales y periodontales; pues a lo largo del embarazo, se registra una serie de cambios a nivel hormonal, vascular, inmunológico y celular que aumenta las probabilidades a padecer patologías a este nivel. La evidencia hace referencia que los efectos sobre los dientes podrían asociarse a las modificaciones en el ambiente oral que traen consigo reducción en el pH en la cavidad oral, modificaciones en el flujo salival, alteración en el sistema inmunológico, entre otros; los cuales afectan los mecanismos de remineralización, desmineralización y la función de los sistemas inmunológicos salivales específicos y no específicos que condicionan el desarrollo de la caries dental. Los cambios en la condición periodontal están determinados por las modificaciones vasculares (una mayor permeabilidad capilar), hormonales (el aumento en los estrógenos), e inmunológicos (el incremento en las prostaglandinas) que hacen que se presente una respuesta exagerada de los tejidos que rodean y soportan la estructura dental ante irritantes que en condiciones similares no se registran en las mujeres no embarazadas.³¹⁻³⁵

- **A nivel social**

La noción de maternidad da cuenta de complejos procesos socioculturales que tienen variabilidad a través del tiempo en una misma cultura o dentro de ella en las diferentes clases sociales y lo mismo puede decirse si se comparan culturas y/o sociedades.³⁶⁻⁴⁰ La maternidad representa uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, de cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”. Adicionalmente, la influencia de factores psicosociales tales como los socioeconómicos (empleo, pobreza, y otros), el aislamiento social, los conflictos de pareja, el apoyo social del cónyuge, la familia y los amigos inciden en la forma cómo la gestante percibe su embarazo.^{37,40}

Además la inclusión de aspectos relacionados con la cultura, la estructura social, la historia, tienen relación con los estilos de vida, las formas de articulación social, y apoyo social que inciden directa o indirectamente en la concepción que la mujer hace de su embarazo y de los cuidados que adopta.^{38,39} Los aspectos socioculturales también condicionan la salud bucodental de las gestantes, ya que la importancia que la embarazada le da a su estado bucal varía según el estrato socioeconómico, el nivel educativo, la cultura y la etnia a la que pertenece; además, fundamentada en la influencia que ejerce su entorno sociocultural la mujer puede adquirir creencias o adoptar conductas que pueden proteger o afectar su salud oral.⁴¹

- **A nivel psicológico**

A nivel psicológico se analizan los cambios emocionales que registra la mujer embarazada, es importante anotar que estos pueden explicarse en parte por las modificaciones que se presentan a nivel del sistema nervioso y en otros sistemas; es por ello que se observan signos de depresión como reacciones de ajuste al embarazo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud traducidos en varias quejas somáticas. Así mismo, hay sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, las modificaciones en su independencia, en su estilo de vida y en su apariencia personal. Paradójicamente, tiende a elevarse la autoestima, pues la mujer vive la gestación como un logro. De igual modo pueden aparecer sensaciones de inseguridad, dependencia e introversión. Estas características son de tipo transitorio y están condicionadas al desarrollo y resolución del embarazo.^{40,42-}

⁴⁵ Las alteraciones psicológicas en el embarazo pueden causar alteraciones en la cavidad oral. Los estados de depresión, los sentimientos de tristeza y otros síntomas relacionados podrían influenciar las medidas de autocuidado; lo que se evidencia en el caso de la salud oral en la reducción en la frecuencia de cepillado y en el uso del hilo dental; así los depósitos de placa dentobacteriana aumentan y sustentados en la hipersensibilidad gingival y en la asociación con otros factores de riesgo relacionados provocan que las patologías orales sean más frecuentes.⁴⁶

- **A nivel de las percepciones**

Al referirse a las percepciones de las gestantes es importante anotar que la forma como se interpretan los hechos biológicos, psicológicos, socioculturales nos hablan de la manera de entender y dar sentido a la realidad.⁴⁷ Desde el enfoque de las gestantes, se considera un evento grandioso o terrible dependiendo de las circunstancias, el momento, el deseo y las intenciones que la mujer presente en este periodo. La forma como se ve el embarazo está determinada también por la aceptación y la adaptación a los cambios corporales y a las molestias físicas, a la amenaza inexorable del parto con sus riesgos y su dolor.⁴⁸ La relación que la condición bucodental tiene en la construcción que la gestante elabora sobre su boca se refleja en sus creencias y prácticas. La literatura demuestra como las gestantes tienen representaciones equivocadas en la relación embarazo y salud bucal “la pérdida de un diente con cada embarazo”, “el niño toma el calcio de los dientes” son asumidas como normales, desconociendo o minimizando la importancia de la condición oral y con ello poco interés en su tratamiento, más aún si estas patologías no tienen manifestaciones notorias o son silenciosas;⁴⁹ así mismo Marc y Col muestran como las mujeres embarazadas tienden a no dar importancia a las manifestaciones orales y a percibir el tratamiento como innecesario; algunas de las construcciones son producto de la tradición y la cultura pero son apropiados por la gestante de manera diferente de acuerdo a sus experiencias.⁵⁰ Al analizar las percepciones es importante considerar además que, el cuerpo de las mujeres en gestación es un excelente espacio de observación para el análisis de las representaciones que sobre la gestación hacen tanto las mujeres como los profesionales interesados por el bienestar del feto y de la madre, y que intervienen de formas distintas con un mismo objetivo: conseguir el buen funcionamiento y el mantenimiento del equilibrio entre ambos cuerpos. En las relaciones que se forman entre mujeres y profesionales de la salud pertenecientes a un mismo contexto cultural se supone que ambos tienen en común un universo simbólico, lo que facilita la comprensión y la efectividad de los cuidados; sin embargo, esto no siempre ocurre así, pues los eventos en salud son experimentados de manera diferente y esto se relaciona con las formas individuales de interpretar una

misma realidad.⁴⁷ Con esta base, se puede llegar a suponer que entre los odontólogos y las gestantes existen diferencias en la interpretación de lo que es el embarazo y dificultades en la comunicación lo que podría llegar a entorpecer la atención, la asistencia y la adherencia a los planes de tratamiento y esto podría explicar la elevada frecuencia de las enfermedades estomatológicas en las embarazadas. Una de las mayores dificultades enfrentadas al referirse al embarazo y sus cambios es la mirada fraccionada que se hace desde las diferentes disciplinas aspecto que compromete no sólo comprensión de este evento en el marco del ciclo de vida de la mujer sino también en el proceso de brindarle una atención integral, comprensiva y de calidad a la gestante.

TRIMESTRE GESTACIONAL

Tener un nuevo ser en el organismo implica cuidarlo y protegerlo, no va ser una tarea fácil para las futuras madres. Pero cuando ellas entienden cuáles serán sus cambios y los del bebé, el embarazo es más tolerable y divertido.

Las alteraciones físicas y emocionales son muy evidentes en las mujeres que se encuentran en periodo de gestación; asimismo, el desarrollo del bebé dentro del útero les ocasiona algunos cambios que son normales y que deben conocerse para que la madre se encuentre calmada y sepa afrontar cada uno de los cambios. “es importante que la gestante tenga en cuenta que el embarazo es un estado en el cual su organismo debe acondicionarse para recibir a otro organismo, totalmente independiente al margen de sí misma. Cada uno de estas manifestaciones tiene una justificación y aunque cumple un fin benéfico para las gestantes muchas veces puede tener resultados incómodos en el organismo”, indica el ginecoobstetra álvaro cano quiñones.

PRIMER TRIMESTRE

MAMÁ

El primer signo que se manifiesta en las gestantes es la amenorrea, es decir, la ausencia de la menstruación. También cambia el color del cuello uterino, incrementa el tamaño del útero y altera su contextura, pues se pone

más flexible. Este crecimiento (sobre todo en las mujeres primerizas) puede ocasionar molestias dolorosas en la zona inferior de la pelvis.

Los senos se vuelven más pesados e incrementan de tamaño, a causa de la acción de las hormonas; además, son más sensibles, ya que se va acondicionando para la lactancia. La areola tiene la apariencia más oscura. Incluso, puede producir secreción aun sin estimulación.

Los estrógenos tienen efecto sobre los melanocitos (células de la piel que le dan color) haciéndolos más sensitivo, lo que ocasiona el oscurecimiento de los pezones y de la piel de las axilas y la entrepierna, la línea negra del abdomen, al igual que las manchas de la cara. Por estos cambios, en la gestación se sugiere utilizar cremas faciales con protección solar potente (mayor de 40) y el uso de sombreros o viseras al salir, para evitar las manchas en el rostro.

En cuanto a los síntomas, algunas mujeres manifiestan vómito y náuseas. Otros malestares son los mareos, sialorrea (aumento de la salivación), sensación de cólicos menstruales, incremento de la frecuencia urinaria, a raíz de la presión que realiza el útero sobre la vejiga; sensación de hambre, incremento del flujo, estreñimiento y aparición de candidiasis, es decir hongos.

Se incrementa el cansancio y el sueño. La mujer sube entre 1 y 3 kilogramos, dependiendo de los síntomas y de los hábitos de alimentación. También incrementa la producción de sangre.

Se presentan sentimientos encontrados sobre la maternidad, la vida conyugal y laboral. El estado de ánimo se intercambia entre la ansiedad, la euforia y la tristeza

BEBÉ

El embrión se encuentra en un estado preembrionario que abarca desde el instante de la fertilización hasta la tercera semana. Luego, entrará al periodo embrionario que abarca de la cuarta a la octava semana. En este periodo, se desarrollan la mayor parte de los órganos y es la etapa de crecimiento y diferenciación.

En la cuarta semana, el embrión tiene forma tubular, mide 5mm y, de sus partes laterales, empiezan a mostrarse cuatro yemas que van a dar inicio a las extremidades. Se origina la conformación del aparato digestivo, del sistema circulatorio y del sistema nervioso central.

El cerebro comienza a desarrollarse rápidamente, en la quinta semana; se conforman las fosas nasales y las extremidades inferiores comienzan a diferenciarse. En la sexta, los ojos son más evidentes, se forma la retina, el labio superior, el pabellón auricular y la cara adquiere mayor diferenciación. En la séptima semana, se conforman los miembros y se forman los párpados. Ya en el octavo mes, se concluye con el desarrollo de las extremidades y la cabeza es más redonda y representa la mitad del cuerpo. Los miembros ya se han completado, y las manos y pies tienen dedos, pero no uñas.

Al tercer mes, el feto mide 9 centímetros y pesa 14 gramos. En cuanto a su cabeza, representa un tercio de su tamaño total.

SEGUNDO SEMESTRE

MAMÁ

Es más evidente el incremento de peso, ocasionando depresión, ya que la figura de la cintura se va perdiendo. Además, hay más retención de grasa en la cintura y glúteos y se acentúa la curvatura de la columna dorsal.

La gestante tiene cambios de postura como el conocido ‘caminado de pato’. “Esto se produce por la presión ejercida por el de peso en el abdomen el cual lo aleja del eje de la columna, repercutiendo en el centro de gravedad también cambia la posición de la espalda y la gestante debe abrir más los pies al caminar con el fin de repartir mejor el peso y sostener el equilibrio”, explica Cano.

Se pueden aumentar más o menos 4 o 5 kilos; de estos, solo 1 corresponde al bebé y lo demás es representado por la placenta, líquido amniótico, senos, el incremento de la sangre y la grasa de la madre.

Los alimentos circulan vagamente por el aparato digestivo y se mantienen mayor tiempo en el estómago, debido a los cambios hormonales. Se puede producir reflujo, estreñimiento y molestia en la boca del estómago.

En este tiempo las náuseas y el cansancio ya cesaron y, a aproximadamente en la semana veinte, se puede sentir al feto.

La mujer se encuentra más calmada y positiva y el estado de ánimo mejora. La libido sexual se puede suscitar a raíz de las transformaciones de las hormonas; sin embargo, algunas prefieren evitarlo por temor de lesionar el bebé.

BEBÉ

Se forman completamente los ojos, la nariz, la cavidad oral y los pabellones auriculares. En esta etapa las piernas son más largas que los brazos.

Comienzan a gesticular entre ellos el bostezo y el fruncimiento de la frente. Se identifica el sexo. Inicia la producción definitiva de la sangre en la médula ósea.

Al quinto mes, empieza a mover las extremidades. Además, va desarrollar la coordinación, el tacto y el movimiento. Se conforman las uñas y ya tiene pestañas y cejas. En esta etapa también se empieza a formar los dientes.

En el siguiente mes, tiene la capacidad de respuesta a los estímulos, escucha los sonidos del ambiente y los que provienen de la madre. Ya tienen cejas y pestañas. Tiene ya reflejos y, si nace, puede llorar, gritar y moverse. Tiene la fisonomía de un 'anciano arrugado' y cabezón.

TERCER TRIMESTRE

MAMÁ

Nuevamente vuelve el desánimo, y el malestar en la espalda es más frecuente, debido al desarrollo del bebé que incrementa su peso rápidamente. Además, aparecen algunas estrías. Estas aparecen de acuerdo con el tipo de piel de cada gestante; la distensión será más soportable para aquellas que tengan más cantidad de colágeno, pues su piel es más elástica.

El ritmo de respiración varía y causa fatiga y ahogo, pues el tamaño del abdomen dificulta un poco la entrada de aire y las hormonas hacen que este

proceso sea más veloz y superficial. Al momento del descanso, se indica que la gestante se recueste de lado izquierdo y con algunas almohadas entre las piernas.

Según Cano, “desde la semana 24 se pueden sentir malestares o contracciones en la parte baja del vientre que se denominan ‘contracciones falsas o de Braxton-Hicks’, que ayudan a acondicionar el útero para que sea más eficaz en el momento del parto, pero al iniciarse no muestran cambios en su cuello”.

También tienen la sensación de calor y transpiración fuera de lo normal. Se presentan taquicardias, aumento del estreñimiento, malestar en las piernas y estrías en mayor cantidad. El útero ejerce una enérgica presión sobre la vejiga.

La gestante se siente más ansiosa por la cercanía del parto y por el estado que pueda tener su bebé en el nacimiento “. Es fundamental que le brindemos toda la información necesaria para tranquilizarla, que acepte lo que va a enfrentar y de esta forma va a ser más fácil la atención del parto”, aconseja Cano.

En esta etapa, la madre incrementa de peso entre 3 y 5 kilos

BEBÉ

En el séptimo mes el bebé controla sus funciones respiratorias, pudiendo respirar por sí solo, gracias a la consolidación de su sistema nervioso. La piel se va poniendo más opaca; su cerebro es más grande y su cuerpo es más sensible. Su aspecto sigue como el de ‘viejo arrugado’ y también almacena grasa subcutánea.

Al octavo mes, sus movimientos son más difíciles y adopta una posición encogida, pues no tiene mucho espacio para desplazarse. Ya sabe comportarse y tiene personalidad. Comienza a adquirir redondez por la aglomeración de grasa, y el cabello de la cabeza se hace largo.

En el último mes, el pequeño reacciona a los estímulos de luz. Tiene memoria y recoge algunas ideas. Su cabeza tiene más elasticidad,

preparándose para el parto; además, presiona el cérvix y está bastante flexionado.⁵¹

Álvaro CQ, Ginecoobstera – Alto Riesgo Obstétrico De La

Clínica De La Mujer. Luz Ángela Uribe, Ginecoobstetra Bogotá 2012.

ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO

Según Lucille C. Atkin en 1988 ⁵¹ “La gestación es un evento que se puede catalogar natural, pero no por ser natural deja de ser complicado”. Son innumerables los factores que determinan la evolución psicológica del embarazo, a continuación, se citaran algunos. El embarazo va a ser llevado y experimentado de acuerdo a las formas de pensar de las distintas épocas. En las sociedades donde ésta progresa como un proceso difícil, que trae como consecuencia malestares físicos y complicaciones, se favorece y además se espera que la mujer padezca en el embarazo, se queje, etc. En otras sociedades en las que la gestación es aceptada como un proceso natural, siendo éste un proceso que no implica daño alguno, las gestaciones suelen pasar el tiempo con soltura y sin mayores complicaciones. Existen características propias del embarazo que van a afectar la condición emocional de la madre. Se ha dicho que la gestación es la realización de uno de los más profundos y poderosos deseos de la mujer, es una expresión de autorrealización y un acto creativo, que brinda a muchas mujeres la oportunidad de explorar nuevas direcciones en sus vidas.

La gestación es un estado biológico que causa cambios físicos, químicos y psicológicos; es una prueba generadora de esfuerzo metabólico. Estas modificaciones tienen una gran repercusión en las conductas y emociones de la mujer.

ORIGEN ANSIEDAD DENTAL

- **La Interacción Paciente-Dentista, A Partir Del Significado Psicológico De La Boca:**

La manipulación de la cavidad oral por el odontólogo, despierta en los individuos, diferentes niveles de aprensiones y ansiedades. Es común que las

pacientes señalen que la consulta odontológica es una de las experiencias en salud que provocan mayor temor.

No existe un origen conocido del temor a la cita dental que sea reconocida en la sociedad, sin embargo, la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos que tienen que ver con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel personal y/o social, como el significado psicosocial que se le otorga a la boca.

- **Significado Psicosocial De La Boca**

Freud asignó a la boca una función principal en el crecimiento psicosexual de la persona. La boca constituye el primer órgano de contacto con el mundo y mediante ella el neonato obtiene la primera experiencia del sí mismo, que indeleblemente permanecerá como núcleo central en la formación de la personalidad. Freud la explica como la fase oral, luego sigue la fase anal y por último la fase genital. Esta fase oral dura aproximadamente hasta el año y medio de edad y se determina por el chupeteo de los objetos, como forma de reconocimiento del mundo exterior⁵².

La boca es el cimiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y recompensas emocionales, mediante esta se toma el gusto al mundo que nos rodea. La boca suministra las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito, convirtiéndola como las primeras actividades de percepción del ser ⁵³.

En la fase oral la boca es fuente de placer al realizar el acto de succión del pezón materno, en una primera fase el pecho de la mujer se percibe como indiferenciado de sí mismo pues el neonato siente que él y su entorno son uno solo. Sin embargo, llegará el momento en la que el niño constatará que el pecho materno está separado de él, provocando así su primera frustración y la primera percepción de un mundo diferenciado de él. Por lo tanto, esta experiencia, relación niño-pecho materno, implica un modo de coexistencia con el mundo exterior, físico y social. Por lo tanto, cualquier perturbación en esta fase, ya sea por exceso o falta de gratificación, se relacionará con un modo poco adaptado de "ser en el mundo". Las personas con fijaciones en la fase oral, en la zona bucal, quedan bajo una carga emocional muy elevada,

que provocan necesidades de satisfacción interminables. Estas personas se caracterizarán por frecuentes dolencias, náuseas y asco. Emocionalmente se caracterizan por ser exigentes, dominantes, codiciosas o dependientes ⁵³.

Más allá de la existencia de las modificaciones del desarrollo en la fase oral, lo notable es entender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona oral para el ser humano, de una u otra forma en ella estamos completamente representados y se muestra nuestra intimidad.

Al respecto debemos recordar el concepto de esquema o imagen corporal, que compete a la vivencia psíquica del cuerpo, la que establece una representación de integridad del yo. En relación a esto, cabe señalar el fenómeno del miembro fantasma, en el cual la persona sigue percibiendo una parte del cuerpo que ha sido amputada. La idea que tienen las personas sobre la imagen de sí mismo, está en función de la calidad de investidura libidinal de este cuerpo, por ejemplo, las mujeres anoréxicas se sienten como obesas, aun cuando estén realmente enflaquecidas. Así podemos ver que, junto a la realidad de la anatomía objetiva, necesitamos reconocer la realidad de una "anatomía del deseo" ⁵⁴. La boca desempeña un rol importante en el sentimiento de unidad y la construcción del yo, la función oral sirve de modelo corporal en el cual se amparan las vivencias psíquicas que siguen al proceso de identificación, por lo tanto, recibe importantes cargas libidinales. Es decir, en la boca se representa de forma importante como el "yo", pues delimita lo de afuera y lo de adentro (tal cual también lo hace la piel) y se afianza en un objeto de intercambio con el mundo exterior (la alimentación, el habla, el gusto, etc.), la boca personaliza, hace reconocible lo propio de lo ajeno, en la boca estamos representados completamente. Por lo tanto, es entendible la dificultad de exponer esta zona del cuerpo que es muy íntima a otra persona como lo es el odontólogo, que en muchos casos es un desconocido y que además va a intervenir tanto objetivamente como subjetivamente provocando una agresión. No es tan sólo la agresión física, sino también la amenaza a la integridad psicológica, a la percepción de sí mismo.

- **Explicaciones De La Adquisición Del Miedo Dental:**

No hay una respuesta y concreta para justificar este fenómeno, en la gran mayoría de casos se debe a una experiencia negativa con el dentista la que se debe tener en cuenta como una experiencia traumática para el paciente. Los trabajos de Molin y Seeman, citados en Scott y Hirschman ⁵⁵, indican que los sujetos encuestados manifiestan experiencias con el dentista las cuales contribuyen a desencadenar la ansiedad dental. Estas personas declaraban que; la creencia de haber recibido un tratamiento inapropiado y el manejo brusco por parte del profesional, eran los factores que más aportaban al crecimiento de ansiedad frente al tratamiento odontológico.

En el mismo artículo se maneja la probabilidad de que la alta ansiedad tenga que ver con una mayor sensibilidad a los tratamientos dolorosos. De tal modo, una de las hipótesis que manejamos es que esos pacientes son hipersensibles al dolor en general, sin embargo, otros estudios citados por Scott y Hirschman ⁵³ indican que un umbral bajo al dolor es específico al tratamiento dental. Por otro lado, algunos investigadores proponen que la ansiedad dental es sólo una parte de una alta ansiedad generalizada la que se manifiesta de diferentes maneras.

Otras hipótesis indican que la ansiedad dental se inicia por herencia padres-hijos mediante actitudes negativas hacia el dentista como también por aprendizaje social, que se manifiesta por las relaciones con otras personas que relatan historias de horror al momento del tratamiento dental ⁵⁵.

Al respecto Gale ⁵⁶ confecciono una escala que le permitió evaluar situaciones relacionadas a la atención dental que provocaban mayor temor a los pacientes. Al hacer un ranking de las aseveraciones que recibieron más puntaje, resultaron como las más de temer; la extracción dentaria, el fresado dental y una mala fama de los dentistas con respecto a la situación de la salud oral del paciente, rebasando esta última al hecho de sostener la jeringa con la aguja expuesta delante del paciente. Gale indica que se debe tener muy en cuenta que la actitud del dentista hacia el paciente condiciona mucho la actitud de éste hacia el cuidado de la salud bucal y hacia el dentista en particular al

respecto señala que una crítica hacia la condición del estado oral es percibida por el paciente como una crítica al "sí mismo".

ANSIEDAD EN ODONTOLOGÍA

El temor al odontólogo se origina por una modificación anímica y psicológica de las personas que acuden a los consultorios odontológicos.

Sin embargo, una pequeña dosis de miedo, cuando el paciente se subyuga a una situación como la de recibir una sesión odontológica, puede ser normal.

Se habla de temor o ansiedad normal cuando se presenta una emoción con las siguientes características ⁵⁷.

- Sucesos breves o de leve intensidad.
- Tensión muscular temporal.
- Aumento leve y temporal y la frecuencia cardiaca.
- Reacción de cualquier forma de evento al estímulo.
- Sufrimiento limitado y temporal que perdura durante el tiempo de aplicación del estímulo (por ejemplo, mientras se aplicación de la anestesia).
- Ningún tipo de alteración de tipo psicosocial.
- Generalmente, el paciente relaciona la ansiedad con el temor al dolor, pero en efecto, gracias a las técnicas anestésicas el componente doloroso ha sido, si no anulado, por lo menos reducido a niveles de fácil tolerancia ⁵⁸.

Características de la ansiedad ⁵⁹.

- Situaciones repetidas y notable intensidad.
- Reacción inapropiada al estímulo (aun cuando se realiza una sola sesión).
- Sufrimiento persistente y notable, que anticipa la aplicación del estímulo (ansiedad anticipada).
- Compromiso de las funciones psicológicas, el paciente puede presentar malestar o, igualmente, problemas psicofísicos en vísperas a la intervención psicológica.

El fenómeno de la ansiedad está relacionada a todos los sistemas fisiológicos del cuerpo: el sistema musculoesquelético, el sistema neurovegetativo, el sistema endocrino, el sistema inmunitario.

Alteraciones neuroendocrinas:

Aumento de la adrenalina, noradrenalina, cortisol prolactina y hormonas esteroideas.

Alteraciones fisiológicas:

- Incremento de frecuencia cardiaca.
- Arritmia cardiaca.
- Incremento de la frecuencia respiratoria e irregularidad del ritmo respiratorio en sí.
- Vaso constricción periférica con palidez de piel y mucosas.
- Aumento de sudoración.
- Incremento de tensión muscular.
- Aumento de la movilidad gastroenteral.

Estos dos tipos de alteraciones dan inicio a dos series de síntomas:

Síntomas físicos:

- Xerostomía
- Inquietud
- Transpiración
- Disnea
- Nudo en la garganta
- Nauseas, mareos
- Palpitaciones, miedo
- Intranquilidad motora.
- Cefalea.
- Molestias gastrointestinales.

Síntomas psíquicos:

- Aprehensión.

- Estado de tensión.
- Inapetencia.
- Cansancio.
- Facilidad de distraerse.
- Insomnio.

FACTORES QUE FAVORECEN LA ANSIEDAD EN ODONTOLOGIA ⁶⁰:

- Variedad del umbral de tolerancia al dolor.
- Experiencias odontológicas anteriores traumáticas, producida en la infancia.
- Problemas faciales anteriores regresivos.
- Actitudes familiares: es obvio que la conducta de un niño se modela de acuerdo a la de su progenitor por lo que este puede “transmitir” sus miedos.
- Factores dependiendo de la personalidad: ansiosa, depresiva, paranoica, etc.

La ansiedad se expresa en el futuro (ansia anticipadora) mientras que, el temor al dentista inicia por un hecho traumático, o por lo menos vivido como tal y en el pasado, esto se conoce como fobia.

El odontofóbico, por lo general, presenta una serie de síntomas idénticos a los que se manifiesta en la ansiedad, precisamente al momento de recostarse en el sillón dental y accede, de esta forma, al recuerdo, desagradable.

Desde el punto de vista psicodinámico, por ende, el miedo la ansiedad es estrictamente diferente a la fobia y, por lo tanto, su tratamiento es diferente.

En esencia la fobia no es más que una respuesta interior a través de la cual un sujeto conecta, arbitrariamente, un suceso con otro.

Por esta razón el manejo de las fobias se basa en desconectar activamente el vínculo existente, entre los dos sucesos de manera que el primero no lleve automáticamente al segundo.

La reacción fóbica se desarrolla dentro de la historia del individuo y tiene que ver con el aprendizaje en el sentido de que un determinado suceso

es asociado con un cierto estado interno de forma tan amplificada y directamente relacionada con el tipo de estructura psíquica de la persona que a partir de ese momento y para siempre, a menos que aparezca un suceso igualmente comprometedor, que estímulo suceso estará siempre asociado automáticamente con la respuesta física ⁶¹.

INCIDENCIA, EDAD Y SEXO:

La ansiedad afecta a varones y mujeres en cualquier etapa. No se conoce relaciones entre grupos etarios o de sexo. En ausencia de estudios realizadas en el país, podemos decir que se reporta en Inglaterra que sólo el 50% de la población asiste frecuentemente a las citas dentales; el porcentaje que resta decide asistir a la consulta cuando el dolor es de tal magnitud que sobrepasa el temor al dentista. En norte américa se reporta que casi el 20% del total de la población rechaza la atención dental periódico por la ansiedad y el miedo que le produce esta atención.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La ansiedad, como todas las emociones, se manifiestan con cambios fisiológicos con respuestas motoras estereotipadas, sobre todo de los músculos faciales. Estas manifestaciones acompañan a las experiencias subjetivas que no se describen fácilmente, pero que son parecidas en todas las culturas humanas. La manifestación de las emociones está completamente asociada al sistema nervioso autónomo y esto implica a la acción de algunos núcleos del tronco encefálico, el hipotálamo y la amígdala, así como las neuronas preganglionares en la médula espinal, los ganglios autónomos y los efectores periféricos. Los centros de coordinación de respuestas emocionales están entrelazados con el sistema límbico. En el nivel cerebral, los dos hemisferios son diferentes en la administración de las emociones, siendo más relevante la intervención del hemisferio derecho.

Los signos más relevantes de la activación emocional comprenden cambios en la repuesta del sistema nervioso autónomo con participación tanto del sistema simpático como parasimpático. Se ha demostrado que las neuronas del sistema nervioso autónomo tienen patrones de activación

cambiantes que caracterizan a diferentes situaciones y a sus emociones asociadas.

Encontramos, en diferentes grados, los siguientes signos y síntomas de ansiedad: Taquicardia, boca seca, malestar gástrico, variaciones en la respiración (apnea, hiperventilación, disnea), incremento del estado de alerta, transpiración facial y de manos, desplazamiento corporal espontáneos, tensión muscular generalizada o localizada en hombros, piernas, pies y abdomen; sobresalto fácil, poliuria, diarrea, intranquilidad, aprensión.

Ocasionalmente los pacientes pueden presentar episodios sincopales y lipotimias, los cuales son los problemas más relevantes en la cita dental, con una frecuencia de 1 en 160 pacientes (0,6%)⁶², o situaciones de agitación y descontrol emocional.

COMPLICACIONES:

Los pacientes que manifiestan ansiedad y pueden controlarla, con o sin ayuda, no presentan complicaciones de ningún tipo. Si no se logra controlar la ansiedad, o si la atención se relaciona a un hecho desagradable que confirma sus temores ya vividos, su tendencia natural será evitar futuras atenciones.

Desde el punto de vista odontológica, la principal complicación de la ansiedad se da en casos inviables, en la que el paciente no logra asistir a la cita dental. En estos casos el mal estado de salud oral generará alteraciones de la dentición decidua o permanente, trastornos infecciosos o degenerativos de las estructuras vecinas, que puede poner en riesgo otros sistemas como el cardiovascular, respiratorio y en el caso de los niños afectará el aprendizaje, la comunicación, la nutrición y otras actividades indispensables para el crecimiento y desarrollo normal.

DIAGNÓSTICO:

Como se ha dicho anteriormente, la ansiedad es un suceso muy común en la cita dental, en la que le corresponde fundamentalmente al odontólogo evaluar su nivel a fin de planificar un método correcto para disiparlo. En la mayoría de los casos será el propio odontólogo quien controle este suceso,

utilizando para ello todos los métodos a su alcance. Es fundamental evaluar en forma sostenida, el estado de ansiedad.

En algunos casos sus recursos serán limitadas y deberá requerir la intervención de otros especialistas, ya sea preparando psicológicamente al paciente para la intervención, o para aplicar sedación o inclusive anestesia general.

Un caso particular, digno de mención, es el de las personas que presentan un tipo de fobia específica en que el objeto o situación de su temor está centrada en la atención odontológica. Estos pacientes manifiestan temores excesivos e irracionales, ligados tanto a la consulta como a su anticipación. Los adultos y adolescentes, pueden identificar que el miedo es excesivo, poco realista o desmedido, pese a esto no lo superan; los niños menores expresan su fobia mediante rabieta, llanto, quedando extenuados o aferrándose a sus padres. La respuesta fóbica puede ser bifásica con una descarga simpática inicial seguida de una descarga parasimpática, con hipotensión y bradicardia que lleva a la lipotimia. En este subtipo de fobia existe una fuerte alianza familiar. En estos casos el tratamiento farmacológico no es aconsejable, sino que su abordaje está fundamentado y basado en técnicas conductuales de desensibilización sistemática.

Brunob Biatto; Verónica Visnarra. Jornal de Clínica en Odontología pag. 46-48 año 15 N0 5, 1999/2000 d. en Español.

MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ODONTOLOGÍA

Existen diversos métodos para el tratamiento de la ansiedad; él que se va escoger debe adecuarse a su complejidad.

La mayoría pacientes logran vencerla a través de una conversación amena con el dentista aclarando la causa de su temor, siempre y cuando el dentista tenga empatía con el paciente; en algunas ocasiones es fundamental la participación de profesionales del área de la salud mental a fin de evaluar al paciente y prepararlo adecuadamente para su intervención.

Esquemáticamente las técnicas disponibles son las siguientes:

Técnicas no farmacológicas:

- Decir- Mostrar- Hacer
- Control del tono de voz
- Terapéutica de distracción y atención
- Ejercicio respiratorio
- Acupuntura
- Hipnosis

Técnicas Farmacológicas

- Oral
- Inhalatoria
- Endovenosa
- Mixta

MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE LA ANSIEDAD

Los métodos no farmacológicos indicados para la ansiedad, involucran mayormente a los niños.

Con el fin de lograr un buen soporte afectivo, es necesario tener buena comunicación, que permita crear un ambiente receptivo que refuerce apropiadamente los logros adaptativos del paciente, su cooperación y compromiso con las metas del tratamiento que, con él, y sus padres se hayan propuesto.

Los objetivos de estas técnicas son:

- Promover el bienestar y la seguridad del paciente
- Facilitar la entrega de calidad en la atención.
- Minimizar los efectos del comportamiento negativo.
- Impulsar acondicionamiento psicológico positivo al tratamiento.

Las técnicas no farmacológicas son muy beneficiosas para pacientes cooperadores.

Técnica Decir-Mostrar-Hacer:

Caracterizada por la utilización de un lenguaje de sustitución y un vocabulario que el niño pueda reconocer con facilidad, especialmente en la descripción de los procedimientos a realizar. Esto, sumado a la recreación de las maniobras que se efectuarán en boca, reafirmando lo que se ha explicado, permite transmitir seguridad al niño y obtener su atención y colaboración para el tratamiento a iniciar a continuación.

Técnica de Control de Voz:

Es recomendable usar un tono acogedor en todo momento, manejando la modulación oportunamente, ya que sus resultados son más efectivos. El control de la voz matiza, realza con su ritmo, entonación e intensidad, la comunicación verbal del odontólogo.

Terapéuticas de distracción y atención:

La utilización de terapéuticas de distracción como la imaginería, la música, los juguetes y la conversación, pueden disminuir también la ansiedad. Estas técnicas funcionan muy bien, al estar interrelacionadas a las acciones de tratamiento. Es necesario recomendar a la profesional empatía, es decir, colocarse en el lugar del otro con respeto, tiempo y buen humor.

En lo posible reducir el tiempo de espera antes de los procedimientos.

Respiración:

Se indica la realización de ejercicios continuos y rítmicos como la respiración profunda y la relajación corporal ascendente (de las extremidades inferiores hasta la cabeza). Se logra así un manejo del cuerpo, primero consciente y con la práctica automática, opuesto a la situación corporal en momentos de ansiedad.

Se logra una colaboración del paciente en la medida que los procedimientos no sean dolorosos y se realicen en un ambiente infantil acogedor, donde los padres intervengan.

Se deben utilizar todos los métodos para persuadir al niño, para que el tratamiento odontológico se realice bajo anestesia local, usando las diferentes técnicas de manejo no farmacológico.

Actualmente, en la práctica odontológica, muchos niños pueden ser manejados por técnicas no farmacológicas, de manera que sólo un número reducido de casos requerirán sedación o anestesia general.

En los adultos se pueden emplear también técnicas de Odontología No Convencional. Esta Odontología no convencional, rama de la Medicina Complementaria y Alternativa está adquiriendo con el paso de los años mayor presencia en nuestro medio. La homeopatía, hipnosis y acupuntura entre otros, han sido utilizadas para la disminución de la ansiedad.

Se postula que su vigencia en el tiempo, se explica ya que a pesar de los avances farmacológicos y técnicos en el área de la medicina en general, y de la odontología en particular, se mantienen ciertos estados o condiciones que responden correctamente a estas terapias de medicina complementaria y alternativa.

Por esta razón, su enseñanza ha sido incorporada en muchas escuelas de medicina.

Es necesario explicar a los pacientes que aun cuando es conocida como “medicina complementaria o alternativa”, puede traer riesgos y se requiere una adecuada evaluación del paciente, entrenar al profesional y equipos adecuados.

Acupuntura:

Investigaciones acerca de la acupuntura en atención odontológica han dado resultados contradictorios. Ekblom encontró que, si bien producían distintos grados de sedación en pacientes sometidos a intervenciones dentales, estos pacientes requerían más anestésicos locales intra operatorios, tenían más dolor y mayor consumo de analgésicos en el postoperatorio.⁶³ A la inversa, Lao señaló la eficacia de la acupuntura para reducir el dolor y el consumo de analgésicos postoperatorios en un grupo similar de pacientes,

estimulando los mismos puntos con las mismas técnicas. La discrepancia en este caso fue el contar con un acupunturista experimentado ⁶⁴.

Se aconseja que los dentistas que quieran hacer uso de estas técnicas adquieran las destrezas necesarias, incluyendo la evaluación del paciente y el uso de material adecuado. Al igual que en todo procedimiento, es necesario realizar un registro detallado tanto del hecho técnico, como de las indicaciones y resultados obtenidos.

Dentro de las ventajas de la acupuntura podemos citar su eficacia para provocar ansiolisis, la disminución de la cantidad de drogas requeridas y la cooperación que se puede obtener de parte del paciente.

Como desventaja debemos considerar el tiempo adicional requerido (requiere 20 ó 30 minutos previos para producir su efecto) y la necesidad de contar con una persona experimentada, además de la posibilidad de producir efectos opuestos a los buscados. Es inevitable tener presente que existe un porcentaje de pacientes refractarios a ella.

Se han reportado eventuales riesgos en la ejecución de esta técnica, entre los que podemos citar transmisión de infecciones (VIH, hepatitis, EBSA), traumas anatómicos (neumotórax, taponamiento cardíaco) y alteraciones del funcionamiento de marcapasos (relacionado con electroacupuntura).

Hipnosis:

Esta técnica psicológica utiliza la sugestión como elemento preponderante y se fundamenta en su acción sobre el consciente y el inconsciente, permitiendo identificar y tratar situaciones que son la etiología de traumas o fobias. Existe diferencias en la susceptibilidad hipnótica y no todos los pacientes responden de la misma manera a esta técnica, por otra parte, el tiempo durante el cual ésta es efectiva, en la mayoría de casos no es suficiente cubrir la duración de las sesiones de tratamiento.

Pese a ser una técnica más popular que la acupuntura, su uso sobre la ansiedad que sufren los pacientes frente a la atención dental no ha alcanzado niveles deseables. La técnica hipnótica más representativa tiene por objetivo “reprogramar” al sujeto acondicionando un nuevo patrón de comportamiento

que le permite visualizar el entorno odontológico y al dentista desde una perspectiva diferente. En ocasiones el sujeto es enseñado a autohipnotizarse o se le deja una orden posthipnótica que puede ser activada previo a la atención dental. El profesional encargado de la hipnosis puede asistir a las primeras atenciones dentales para ayudar al paciente a llegar al estado de relajación, lo que por cierto tiene un costo económico adicional que lo hace restrictivo a algunos pacientes.

Las ventajas de la hipnosis son la disminución en la necesidad de uso de drogas, de especial utilidad cuando la etiología de la ansiedad se basa en experiencias traumáticas de la infancia.

Dentro de sus desventajas debemos mencionar el tiempo que se requiere para la preparación del paciente antes que sea efectivo, la variabilidad entre sesiones que puede presentar el comportamiento de éste, y la dificultad para cuantificar su efectividad. Se ha identificado que aproximadamente el 40% de la población tiene la capacidad genética de mantener un trance profundo por lo menos unos 20 minutos. El 60% restante tiene mayor dificultad, pero lo consigue, luego de varias horas de trabajo de hipnosis.

Existe una cantidad limitada de publicaciones con criterios de validez que da cuenta de la aplicación de la hipnosis en la cita dental y de sus resultados obtenidos.

Ekblom A, Hansson P, Thomsson M, Thomas M. Increased postoperative pain and consumption of analgesics following acupuntura. Pain 1991; 44: 124-7

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA ANSIEDAD

Pese a no existir buena calidad de evidencia científica, ni haberse realizado meta-análisis sobre sedación en la atención odontológica ⁶⁵, debido a que los datos disponibles no entregan descripción adecuada de los resultados de los numerosos estudios realizados, se acordó normar la sedación como una técnica farmacológica para controlar la ansiedad en el tratamiento odontológico basados en la numerosa experiencia acumulada en diferentes países, incluido el nuestro. De esta forma, esta Norma se ha basado en la

mejor evidencia disponible a nivel nacional e internacional y que incluye protocolos validados para uso odontológico, de reconocidas asociaciones científicas y organismos públicos ⁶⁶⁻⁶⁹.

Según los fármacos empleados y sus dosis se producirán cambios, entre otros en: la actividad cortical, motora, del sistema límbico y del sistema nervioso autónomo originando ansiolisis, sedación de distintos grados y en último término anestesia general, acompañados de diversos cambios fisiológicos. La respuesta es diversa de paciente en paciente y los clasificaremos según grados de ansiolisis y sedación.

Niveles de sedación:

- Nivel mínimo (Ansiolisis)
- Nivel moderado o medio (Sedación moderada)
- Nivel profundo (Sedación profunda / Anestesia General)

Nivel Mínimo (Sedación mínima o ansiolisis pura):

Se obtiene mediante una de las siguientes vías:

Administración menor al 50% de óxido nitroso en oxígeno, sin sumar otra medicación sedante o analgésico por ninguna otra vía, o bien administración única de un sedante oral, administrado en dosis apropiada para el tratamiento no supervisado de ansiedad o dolor.

En el tratamiento dental se requiere asociar el uso de anestésicos locales o tópicos, siempre que se enfrenten procedimientos potencialmente dolorosos ⁶⁸.

Se define como un estado inducido por un fármaco con el cual se obtiene un grado menor de depresión de la conciencia, donde los pacientes responden normalmente a los órdenes verbales. No hay riesgo importante de las funciones cognitivas ni de la memoria; la actividad motora, refleja y cardiorespiratoria permanecen indemnes.

Nivel Medio (Sedación moderada):

Es un nivel de depresión de la conciencia provocado por drogas, en la que el paciente es capaz de dar respuestas adecuadas a estímulos verbales

solos o acompañados de estimulación táctil leve. La evitación refleja, desencadenada por un estímulo doloroso, es distinto a lo que en esta definición se entiende como respuesta adecuada al estímulo.

En este tipo de sedación el paciente no requiere intervención alguna para mantener la vía aérea y la función respiratoria y cardiovascular permanecen indemnes.

Este nivel de sedación en odontología se usa en pacientes cuando el nivel de ansiedad supera lo controlable con sedación mínima. Debemos considerar que, en ocasiones, en estos pacientes se produce agitación paradójica que los hace intratables.

Las técnicas de sedación moderada que se emplean con más prevalencia en Odontología, son:

- Oral
- Inhalatoria
- Parenteral
- Combinación de métodos

Como regla general debe ser usada la técnica más simple con la cual se obtengan los requerimientos deseados.

Nivel Profundo / Anestesia General

El nivel de depresión de la consciencia es mayor. Se obtiene respuestas adecuadas, con estimulación verbal y/o táctil importante. El límite entre el nivel de sedación profundo y la anestesia general es muy tenue, por lo que se ha adoptado esta denominación compuesta.

En esta condición puede haber compromiso de reflejos protectores de la vía aérea y algún grado de depresión respiratoria. La función cardiovascular tiende a mantenerse constante.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non- Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology 2002 Apr; 96(4):1004-17.

NIVELES DE LA ANSIEDAD DENTAL

La finalidad de esta investigación para entender el comportamiento en odontología ha sido el desarrollo de métodos que permitan medir la ansiedad en la cita dental. El principal instrumento desarrollado es el cuestionario. Entre uno de los principales y más confiable tenemos la "Escala de Ansiedad Dental (EAD)" desarrollado por Norman Corah en el año 1969. Es un instrumento sencillo, consta de 4 preguntas de autoadministración y sus respuestas son de alternativas, tipo Likert. Dispone de una alta validez y confiabilidad pese al reducido número de ítems. Los autores indican que esta validez y confiabilidad se debe a que el cuestionario está exento de respuestas prejuiciadas, ya que tener temor al odontólogo es socialmente aceptado, por lo cual, el entrevistado no trata de encontrar la respuesta adecuada, sino que responde honestamente. Como resultado tenemos cuatro niveles con características definidas:

- **Ansiedad Ausente:** El entrevistado no presenta ansiedad dental.
- **Ansiedad Moderada:** El entrevistado presenta ansiedad dental que puede ser manejada.
- **Ansiedad Alta:** El entrevistado necesita tratamiento especial para el control de la ansiedad dental.
- **Ansiedad Severa (Fobia):** El entrevistado muestra un rechazo marcado difícilmente se va lograr una colaboración de este tipo de pacientes.⁷⁰.

ESTADO CIVIL

El estado civil es la condición de las personas que se manifiesta por sus relaciones de familia, nacidas del matrimonio o del parentesco, que constituye ciertos derechos y deberes.

Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser cambiantes de un estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente:

- **Soltero/a**
- **Conviviente**
- **Casado/a**

- **Divorciado/a**
- **Viudo/a**⁷¹

GRUPO ETARIO

Personas quienes comparten una misma edad o viven en una determinada época histórica en común, se dice que son coetáneos. La coetaneidad o grupo etario es una de las variables estadísticas articuladas y no directa utilizada para el estudio científico.

Cada grupo etario conforma una categoría social, que produce ciertas expectativas a nivel sociológico y estas son:

Niños: de 0 a 11 años.

Adolescentes: de 12 a 17 años.

Jóvenes: de 18 a 29 años.

Adultos: de 30 a 59 años.

Adultos mayores: de 60 a más. ⁷²

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

ANSIOGENOS: son factores que producen ansiedad como por ejemplo el miedo el stress.

ANSIOLISIS: es la etapa en el cual se comienza a erradicar el sentimiento de aprehensión sin un cambio asociado en el estado de alerta del individuo.

APREHENSIÓN: expectativa de que algo desagradable va a suceder.

FOBIA: es un trastorno de salud emocional que se manifiesta por un temor intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas

GESTACION: Es la etapa que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el instante del parto.

HIPNOSIS: es un estado mental o un conjunto de actitudes generadas a raíz de un mecanismo llamado inducción hipnótica. Generalmente se compone de una serie de instrucciones y sugerencias preliminares.

HOMEOPATÍA: es un tipo de medicina alternativa caracterizada por el uso de preparados medicinales altamente diluidos que intentan crear los mismos síntomas que sufre el paciente.

LIPOTIMIA: síndrome que se presenta de forma inesperada y pasajera, caracterizado por varios síntomas que suelen percibirse como la sensación de un inminente desmayo, que raras veces se produce, Algunos de los síntomas comunes son vértigo, desanimo, miotonia, palidez, cefalea, trastornos visuales, sudoración, y ocasionalmente dolor estomacal.

SEDACIÓN: control del estado de alerta del paciente o de la sensación del dolor mientras se establecen los signos vitales, protección de la vía aérea y ventilación espontánea.

PARENTERAL: forma de alimentarse o dosificación de medicamentos que no se realiza por la vía digestiva normal o intestinal, sino por vía subcutánea, intramuscular o intravenosa.

2.4 SISTEMA DE HIPOTESIS

HI Existe niveles de ansiedad dental durante los trimestres gestacionales atendidos en odontología del centro de salud PERU-COREA Huánuco 2017

H0 No existe niveles de ansiedad dental durante los trimestres gestacionales atendidos en odontología del centro de salud PERU-COREA Huánuco 2017

SISTEMA DE VARIABLES:

- **Variable Dependiente:** trimestre gestacional
- **Variable Independiente:** ansiedad dental
- **Variable Interviniente:** grupo etario, estado civil.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicadores	Escala de medición
Variable Dependiente				
Trimestre Gestacional	Gestación	Cualitativo	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Ordinal
Variable Independiente				
Ansiedad Dental	Niveles de ansiedad	Cualitativo	Ausente Moderado Alto Severo o fobia	Ordinal
Variable Interviniente				
Características sociodemográficas	Edad	Cuantitativo	Adolescentes Jóvenes Adultas	De razón
	Estado civil	Cualitativo	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Nominal

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a los objetivos de la investigación y de la naturaleza de los problemas que interesa analizar, fue de tipo básica, porque se recogió la información de la realidad para enriquecer el conocimiento teórico científico. Avila (2005)

3.1.1 ENFOQUE

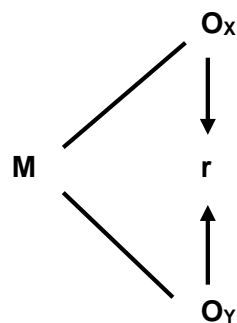
La investigación pertenece al enfoque cuantitativo, porque se hizo las estadísticas descriptivas e inferenciales para la contrastación de datos.

3.1.2 NIVEL

De acuerdo a la rigurosidad de la investigación fue de nivel descriptivo, porque tuvo como objetivo determinar las características de un fenómeno, así como establecer relaciones entre las variables en estudio en un determinado lugar o momento. Avila (2005)

3.1.3 DISEÑO

Para la investigación se utilizó el descriptiva correlacional. Dicho esquema corresponde:



DONDE:

M = Muestra

O_x = Variable Independiente

O_y = Variable Dependiente

r = Relación entre variables

3.2 POBLACIÓN

La población estuvo dada por las gestantes de diferentes trimestres gestacionales asistentes a las consultas odontológicas del centro de salud PERU-COREA Huánuco 2017

El total de gestantes registradas en el Centro de Salud Perú-Corea hasta el mes de noviembre fue de 657 gestantes con diferentes trimestres gestacionales⁷³

MUESTRA

Para la selección de la muestra se utilizó el método de muestreo no probabilístico por conveniencia. Es decir, dicha muestra estuvo representada por 150 gestantes, divididos en tres grupos de 50 gestantes según el trimestre (1° trimestre 50), (2° trimestre 50) y (3° trimestre 50).

Criterio de inclusión:

- Gestantes que acudieron a la consulta odontológica del centro de salud PERU-COREA.
- Primigestas y multigestas
- Gestantes que aceptaron participar en el estudio
- Gestantes que firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Gestantes con alteraciones mentales.
- Gestantes sin nivel de estudios.

Criterios de eliminación:

- Gestantes que se negaron a formar parte de la investigación.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la entrevista e interacción con los pacientes en la sala de espera del Centro de Salud Perú Corea.

El instrumento utilizado fue el Test Dental Concerns Assessment NORMAN CORAH, traducido el Test de Escala de Ansiedad Dental de NORMAN CORAH, en la cual se registraron nombres y apellidos, Grupo Gestacional, Edad, Firma y DNI. El cuestionario nos permitió estimar los niveles de ansiedad de las Gestantes asistentes a las consultas odontológicas pre tratamiento odontológico.

3.4 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El Test de escala de ansiedad dental consta de cuatro preguntas cada una con cinco ítems los cuales nos ayudan a estimar la ansiedad en cuatro niveles que son:

- Ansiedad Ausente: de 4 a 8 puntos.
- Ansiedad Moderada: de 9 a 12 puntos hay ciertos factores estresantes que hay que trabajar.
- Ansiedad Alta: 13 a 16 puntos.
- Ansiedad Severa (Fobia): 17 a 20 puntos.

Procesamiento, análisis y presentación de datos

La recaudación de datos se realizó de forma manual y se procesó de forma computarizada, luego elaboramos la base datos en Microsoft Excel, para la elaboración de tablas y gráficos de los diferentes datos.

Para el análisis se utilizaron tablas y gráficos entre las variables. Se calcularon las frecuencias y porcentajes. Se aplicó la estadística descriptiva. Utilizaremos el Chi X² de Pearson, para aceptar o rechazar la hipótesis.

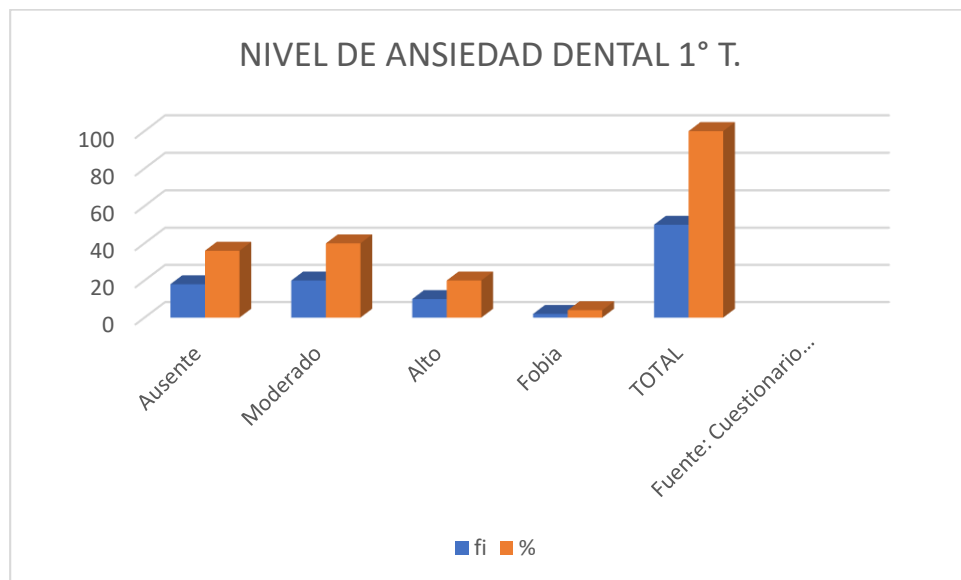
4. RESULTADOS

TABLA 01: Niveles de ansiedad dental durante el primer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco 2017

NIVEL DE ANSIEDAD DENTAL 1° T.	fi	%
Ausente	18	36.0
Moderado	20	40.0
Alto	10	20.0
Fobia	2	4.0
TOTAL	50	100.0

Fuente: Cuestionario de ansiedad dental

GRAFICO 01



INTERPRETACIÓN

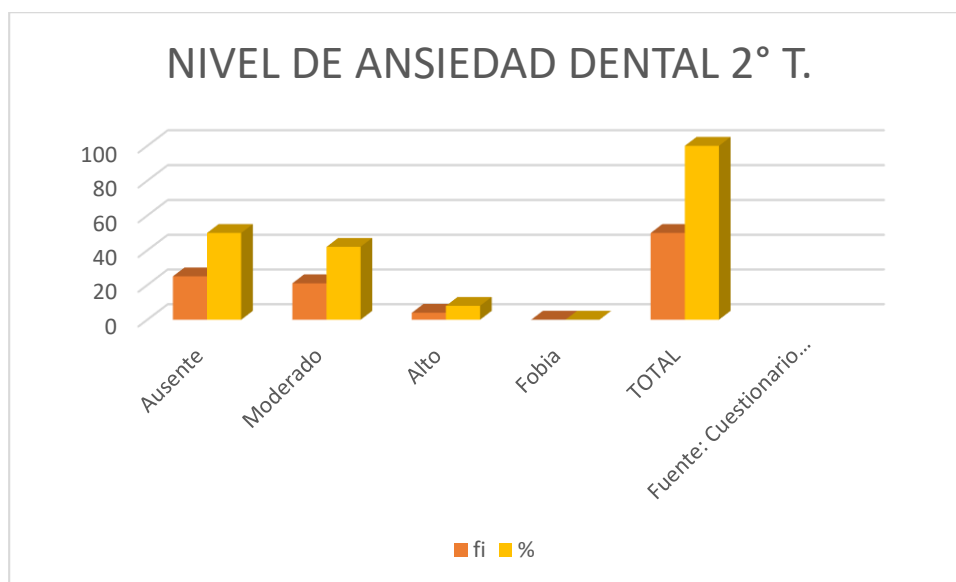
La tabla 01; nos indica que, el 40% (20) de gestantes de la muestra estudiada presentaron el nivel de ansiedad dental moderado en el primer trimestre gestacional, el 36% (18) indicaron ausencia de ansiedad, el 20% (10) con ansiedad alto y, el 4% (2) presentaron fobia.

TABLA 02: Niveles de ansiedad dental durante el segundo trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco 2017

NIVEL DE ANSIEDAD DENTAL 2° T.	fi	%
Ausente	25	50.0
Moderado	21	42.0
Alto	4	8.0
Fobia	0	0.0
TOTAL	50	100.0

Fuente: Cuestionario de ansiedad dental

GRAFICO 02



INTERPRETACIÓN

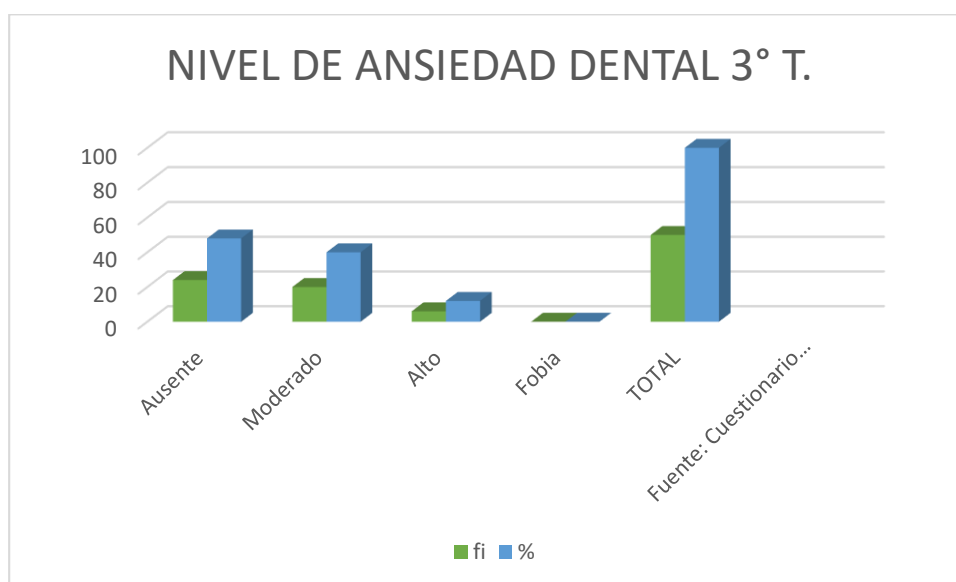
La tabla 02; muestra que un 50% (25) de gestantes de la muestra estudiada indicaron ausencia de la ansiedad dental, el 42% (21) presentaron el nivel de ansiedad moderado y, el 8% (4) ansiedad alto.

TABLA 03: Niveles de ansiedad dental durante el tercer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco 2017

NIVEL DE ANSIEDAD DENTAL 3° T.	Fi	%
Ausente	24	48.0
Moderado	20	40.0
Alto	6	12.0
Fobia	0	0.0
TOTAL	50	100.0

Fuente: Cuestionario de ansiedad dental

GRAFICO 03



INTERPRETACIÓN

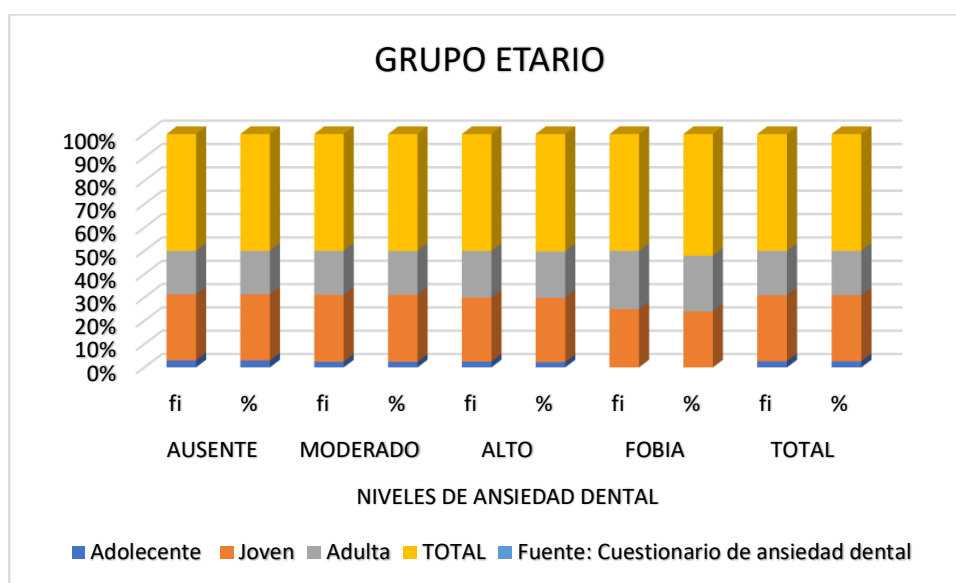
La tabla 03; señala que, el 48% (24) de gestantes de la muestra estudiada indicaron ausencia de la ansiedad dental, el 40% (20) presentaron el nivel de ansiedad moderado y, el 12% (6) ansiedad alto.

TABLA 04: Niveles de ansiedad dental según grupo etario de gestantes atendidas en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco 2017

GRUPO ETARIO	NIVELES DE ANSIEDAD DENTAL									
	AUSENTE		MODERADO		ALTO		FOBIA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adolecente	4	2.7	3	2.0	1	0.6	0	0	8	5.3
Joven	38	25.3	35	23.3	11	7.3	1	0.6	85	57
Adulta	25	16.7	23	15.3	8	5.3	1	0.6	57	38.0
TOTAL	67	44.7	61	40.7	20	13	2	1.3	150	100

Fuente: Cuestionario de ansiedad dental

GRAFICO 04



INTERPRETACIÓN

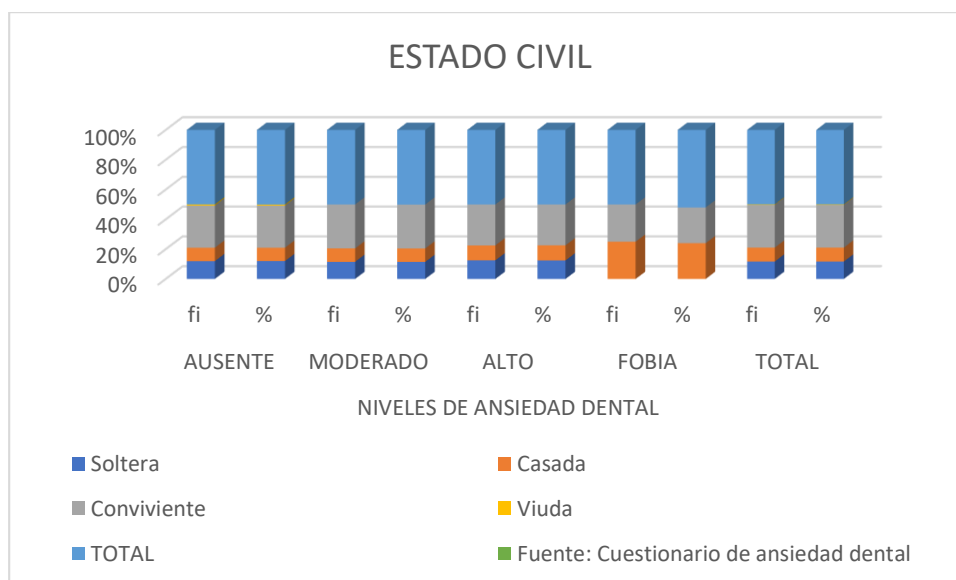
En la tabla 04; se observa que, el 56.7% (85) de gestantes de la muestra estudiada pertenecen al grupo etario joven, el 38% (57) al grupo adulta y, el 5.3% (8) al grupo adolescente. De los cuales, un 44.7 (67) de gestantes entre adolescentes, joven y adulta presentaron ausencia de ansiedad dental, el 40.7%(61) presentaron niveles de ansiedad dental moderado, el 13.3% (20) presentaron nivel de ansiedad alto y, el 1.3% (2) presentaron fobia.

TABLA 05: Niveles de ansiedad dental según estado civil de gestantes atendidas en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco 2017

ESTADO CIVIL	NIVELES DE ANSIEDAD DENTAL									
	AUSENTE		MODERADO		ALTO		FOBIA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltera	16	10.7	14	9.3	5	3.3	0	0	35	23
Casada	12	8.0	11	7.3	4	2.7	1	0.6	28	19
Conviviente	38	25.3	36	24.0	11	7.3	1	0.6	86	57.3
Viuda	1	0.6	0	0	0	0	0	0	1	0.7
TOTAL	67	44.7	61	40.7	20	13	2	1.3	150	100

Fuente: Cuestionario de ansiedad dental

GRAFICO 05



INTERPRETACIÓN

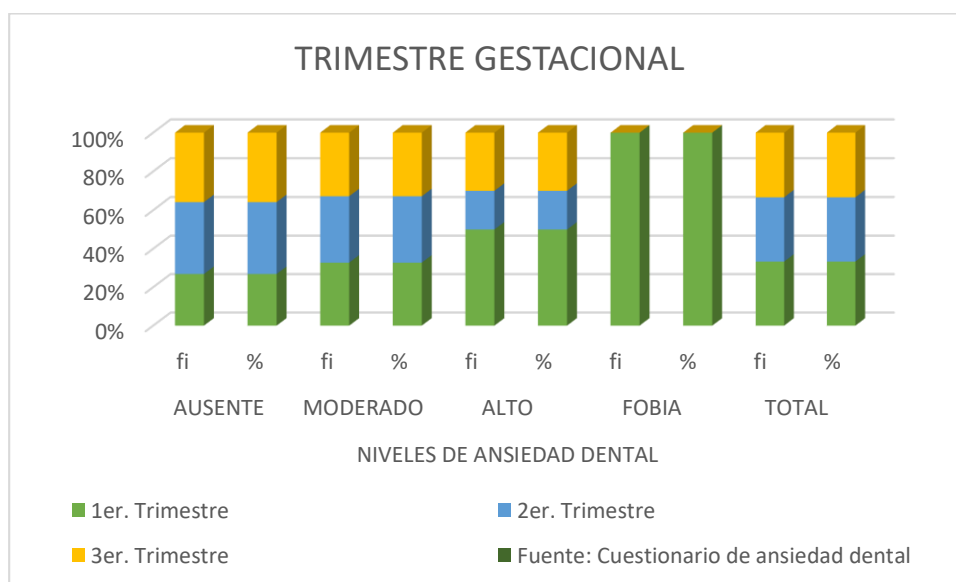
En la tabla 05; se observa que, el 57.3% (86) de gestantes de la muestra estudiada pertenecen al estado civil conviviente, el 23.3% (35) soltera, el 18.7%(28) casada y, el 0.7% (1) viuda. De los cuales, un 44.7 (67) de gestantes de estado civil soltera, casada, conviviente, y viuda presentaron ausencia de ansiedad dental, el 40.7%(61) presentaron niveles de ansiedad dental moderado, el 13.3% (20) presentaron nivel de ansiedad alto y, el 1.3% (2) presentaron fobia.

TABLA 06: Niveles de ansiedad dental según trimestre gestacional, atendidas en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco 2017

TRIMESTRE GESTACIONAL	NIVELES DE ANSIEDAD DENTAL									
	AUSENTE		MODERADO		ALTO		FOBIA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
1er. Trimestre	18	36	20	40	10	20	2	4	50	100
2er. Trimestre	25	50	21	42	4	8	0	0	50	100
3er. Trimestre	24	48	20	40	6	12	0	0	50	100

Fuente: Cuestionario de ansiedad dental

GRAFICO 06



INTERPRETACIÓN

En la tabla 06; nos muestra que, un 40% (20) de gestantes del primer trimestre gestacional presentaron nivel de ansiedad dental moderado, el 36% (18) con ausencia de ansiedad, el 20% (10) con ansiedad dental alta y, el 4% (2) presentaron fobia.

Un porcentaje de 50% (25) de gestantes del segundo trimestre gestacional presentaron ausencia de ansiedad dental, el 42% (21) presentaron nivel de ansiedad dental moderado y, el 8% (4) ansiedad dental alta.

Un porcentaje de 48% (24) de gestantes del segundo trimestre gestacional presentaron ausencia de ansiedad dental, el 40% (20) presentaron nivel de ansiedad dental moderado y, el 12% (6) ansiedad dental alta.

Contrastación y prueba de hipótesis según la estadística inferencial mediante la significación del chi cuadrado

$$x^2 = \sum \frac{(Fe-Fo)^2}{Fe}$$

Donde:

X2 = ¿?

Σ = Sumatoria

Fo= Frecuencia observada

Fe= Frecuencia esperada

NIVELES DE ANSIEDAD DENTAL	TRIMESTRE GESTACIONAL			TOTAL
	1°.T.	2°.T.	3°.T.	
AUSENTE	18	25	24	67
MODERADO	20	21	20	61
ALTO	10	4	6	20
FOBIA	2	0	0	2
TOTAL	50	50	50	150

Fuente: Cuestionario de ansiedad dental

La tabla corresponde a: $4.3 (4-1=3) (3-1=2) = 6$ grados de libertad a alfa 0.05 (12.59) $F_{0.05}$.

Para obtener la frecuencia esperada (Fe) se realizó el siguiente calculo:

$$\frac{67.50}{150} = 22.3 \quad \frac{61.50}{150} = 20.3 \quad \frac{20.50}{150} = 6.7 \quad \frac{2.50}{150} = 0.7$$

Reemplazando la formula tenemos:

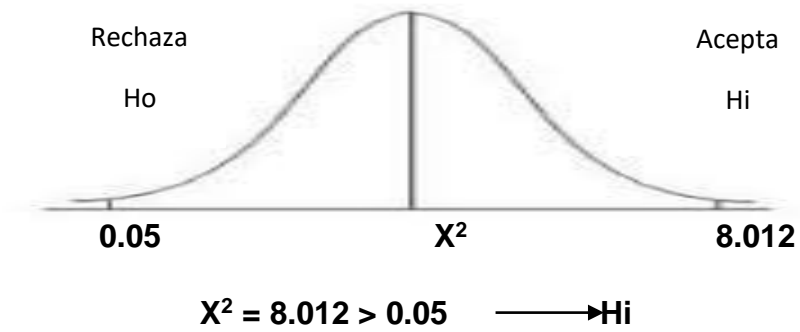
$$x^2 = \frac{(18-22.3)^2}{22.3} + \frac{(20-20.3)^2}{20.3} + \frac{(10-6.7)^2}{6.7} + \frac{(2-0.7)^2}{0.7} + \frac{(25-22.3)^2}{22.3} + \frac{(21-20.3)^2}{20.3} + \frac{(4-6.7)^2}{6.7} + \frac{(0-0.7)^2}{0.7} + \frac{(24-22.3)^2}{22.3} + \frac{(20-20.3)^2}{20.3} + \frac{(6-6.7)^2}{6.7} + \frac{(0-0.7)^2}{0.7}$$

$$x^2 = 0.83 + 0.004 + 1.63 + 2.41 + 0.33 + 0.2 + 1.09 + 0.7 + 0.13 + 0.004 + 0.07 + 0.7$$

$$x^2 = 8.012 (Fe)$$

Por tanto, $X^2 = 8.012 > 0.05$ entonces se acepta la hipótesis de investigación, que afirma: existe niveles de ansiedad dental durante los trimestres gestacionales atendidos en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco, 2017

Línea de significancia según la campana de gauss



5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Mediante los resultados obtenidos según la prueba de hipótesis afirmamos que: existe niveles de ansiedad dental durante los trimestres gestacionales atendidos en odontología del centro de salud Perú - Corea Huánuco; con un valor de ($X^2 = 8.012 > 0.05$). De los cuales, se llegaron a conclusiones: 40% de gestantes del primer trimestre gestacional presentaron un nivel de ansiedad dental moderado y 20% ansiedad alto; el 42% de gestantes del segundo trimestre gestacional presentaron ansiedad dental moderada y 8% ansiedad alto; el 40% de gestantes del tercer trimestre gestacional presentaron nivel de ansiedad moderado y 12% ansiedad alto; el 56.7% de gestantes pertenecen al grupo etario joven, el 38% al grupo adulto y, el 5.3 al adolescente; el 57.3 pertenecen al estado civil conviviente, el 23.3% soltera, el 18.7% casada y, el 0.7% viuda. Frente a ello, Diaz V.² manifiesta que el embarazo es una etapa de la vida reproductiva de la mujer durante el cual experimenta sentimientos entre los que se mezclan ansiedad, impulsividad y una feliz espera, y aun dentro de su entorno se puede encontrar un tanto deprimida o aturdida como soñadora y esperanzada. Del mismo modo, Marks y Nesse¹³ señalan en odontología este problema trae consecuencias negativas, para el paciente como para el odontólogo, la ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas, que la relacionan indirecta existente entre la ansiedad dental y la calidad de vida en relación a salud oral, la ansiedad dental suele ser predecesor de problemas en el manejo en la consulta dental.

Al respecto, Martínez, Ramos, Mantilla, Duran, Valencia¹⁴, en su estudio demuestran que la utilización del test de Norman Corah permitió establecer que un alto porcentaje de pacientes no refiere ansiedad frente a la atención odontológica, y en las personas que le reportan la ansiedad moderada es la más representativa. Los tratamientos de endodoncia y exodoncia requieren de anestesia troncular o infiltrativa, lo cual se encontró que incrementa la ansiedad durante el procedimiento. Resultados que mencionan dichos autores contiene relación con los resultados encontrados y estudiados en nuestra investigación.

De igual forma, Arrieta K¹⁵, señala en su estudio la prevalencia de temor y ansiedad dental en los pacientes fue alta; el sexo femenino, la influencia negativa de familiares y las experiencias negativas anteriores en la cita dental son factores de riesgo para el nacimiento del miedo y ansiedad en la cita odontológica. Datos que interpretan no presentan ninguna similitud con los resultados que presentamos y encontrados en nuestro proceso de estudio.

Por otra parte, Espinoza¹⁶ en su estudio presenta que no se manifestó un vínculo entre la ansiedad del protector con la ansiedad del niño. Si bien la prevalencia de ansiedad dental infantil es baja en relación a estudios previos, si se encuentran dentro de los rangos de revisiones anteriores. Resultados que indican no presentan ninguna semejanza con los datos que presentamos dentro de nuestra investigación.

Asimismo, Rodríguez¹⁷ en su estudio hace mención que el 4.30% de la muestra no presento ansiedad dental, el 60.75% presento baja ansiedad dental; el 31.18% presento ansiedad dental moderada y el 3.76% ansiedad dental elevada. No se encontró asociación entre la ansiedad dental y el sexo ($p=0.2824$), sin embargo, si se encontró relación entre la ansiedad dental y la edad ($p=0.0241$), y una asociación muy significativa entre ansiedad dental y las facultades universitarias ($p=0.0003$). Resultados que afirma presenta alguna similitud indirecta con los con los resultados encontrados en nuestra investigación.

Del mismo modo, Espejo¹⁸ su estudio presenta que la puntuación media total fue 12.05 siendo la perforación del diente y la inyección de anestesia local los ítems que alcanzaron el mayor puntaje de ansiedad. El sexo femenino presento más ansiedad que el masculino y, la adultez joven, mayor ansiedad que la adultez media. Resultados mencionados no concuerdan directamente con los datos que presenta nuestro estudio de investigación.

6. CONCLUSIONES

Según los objetivos y variables investigadas se llegaron a las conclusiones:

1. Un porcentaje de 40% de gestantes del primer trimestre gestacional evaluadas presentaron un nivel de ansiedad dental moderado y el 20% ansiedad alto.
2. Un promedio porcentual de 42% de gestantes del segundo trimestre gestacional estudiadas presentaron un nivel de ansiedad dental moderado y, el 8% ansiedad alto.
3. Un porcentaje promedio de 40% de gestantes del tercer trimestre gestacional estudiadas presentaron un nivel de ansiedad moderado y, el 12% ansiedad alto.
4. Según el grupo etario, un 56.7% de gestantes pertenecen al grupo joven; de los cuales (23.3% presentaron ansiedad dental moderada y 7.3% ansiedad alta), el 38% pertenecen al grupo adulto de los cuales (15.3% presentaron ansiedad dental moderado y 5.3% ansiedad alta), el 5.3% pertenecen al grupo adolescentes; de los cuales (2% presentaron ansiedad dental moderado y 0.6% ansiedad alta).
5. Según el estado civil, un 57.3% pertenecen al estado conviviente; de los cuales (24% presentaron ansiedad dental moderada y 7.3% ansiedad alta), el 23.3% pertenecen al estado soltera; de los cuales (9.3% presentaron ansiedad dental moderado y 3.3% ansiedad alta), el 18.7% pertenecen al estado casada; de los cuales (7.3% presentaron ansiedad dental moderado y el 2.7% ansiedad alta).
6. Según la prueba de hipótesis se tuvo el resultado de $X^2 = 8.012 > 0.05$ afirmando: existe niveles de ansiedad dental durante los trimestres gestacionales atendidas en odontología del centro de salud Perú – Corea Huánuco.

RECOMENDACIONES

1. Los cirujanos dentistas de la región Huánuco, tomen en cuenta las conclusiones del presente estudio a fin de continuar mejorando la atención de los pacientes, de esta forma evitar o dar solución a problemas de ansiedad dental en mujeres gestantes con honradez y lealtad respetando los derechos del paciente sin distinción de raza, credo, nacionalidad ni condición social.
2. Los profesionales odontólogos de los servicios hospitalarios externos de las instituciones de salud tienen la necesidad y el derecho de información respecto a los que se les realizara (exploraciones, tratamientos, cuidados, etc...) para que pueda tomar las decisiones más oportunas en disipar la ansiedad de pacientes gestantes, según sus valores y/o creencias del paciente.
3. Se debe ampliar esta investigación considerando otros grupos de muestras e instituciones de salud odontológica para contar con mayor cobertura de información y así realizar comparaciones a nivel nacional, regional y local.
4. Se recomienda a la dirección del centro de salud Perú-Corea tomar en cuenta los resultados del estudio para acondicionar los ambientes de la institución con el fin de disminuir la ansiedad en pacientes gestantes.
5. La comunidad odontológica tiene que tomar un gran interés en este tema, ya que siempre se piensa en desarrollar especialidades y tener mayor destreza en los tratamientos, dejando de lado al paciente y tratándolo con desinterés sin tener en cuenta la condición emocional; nos debemos a nuestros pacientes y es importante un trato digno más aun en el caso de las gestantes ya que ellas llevan un nuevo ser.
6. Para erradicar la ansiedad dental en gestantes lo principal es una buena relación paciente-odontólogo.
7. Decir- Mostrar- Hacer: una explicación breve de lo vamos a realizar, mostrar los instrumentos a utilizar para disipar la ansiedad dental en las gestantes es de gran ayuda para reducir la ansiedad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armengol AR, Chamarro LA, Garcia-Dié MMT. Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de psicología*. 2007; 23(1): 25-32.
2. Díaz V. (2006). La jornada en la Ciencia. Recuperado el 12 de julio de 2009, de <http://ciencias.jornada.com.mx/ciencias/foros/despenalizacion-del-aborto/opinion/segunda-sesión/los-embarazosno-planeados-y-no-deseados>.
3. Astrom AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-yearolds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health* 2011;11:10.
4. Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J* 2006;51(1):78-85.
5. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20(2):97-101.
6. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(1):67-72.
7. Oliveira MMT, Colares V. A relação entre ansiedade odontológica e a dor de dente em crianças com idade entre 18 e 59 meses: estudo em Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009;25 (4):743-50.
8. Caraciolo G, Colares V. Prevalência de medo e/ ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade nascidas no Recife. *Rev Odonto Ciênc* 2004;19(46):348-53.
9. Rowe M, Moore T. Self-Report Measures of Dental Fear: Gender Differences. *Am J Health Behav* 1998;22(4):243-7.
10. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003. Lima: IESM HDHN; 2003.

11. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Lima: IESM HD-HN; 2004.
12. Dirección Regional de Salud Huánuco. DIRESA 2011.
13. Marks IM, Nesse RM. Fear and fitness: an evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethol Sociobiol* 1994; 15: 247-61.
14. Martínez CA, Ramos AP, Mantilla MA, Durán AL, Valencia LA. Niveles de ansiedad en la consulta odontológica en pacientes adultos de la Universidad Santo Tomás. *Ustasalud*. 2014;13(2): 112 – 119.
15. Arrieta K, Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología *REV CLÍN MED FAM* 2013; 6 (1): 17-24.
16. ESPINOZA PA, ANSIEDAD DENTAL EN NIÑOS DE 6 AÑOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL INTEGRAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA Santiago – Chile 2013
17. RODRÍGUEZ OA, “PREVALENCIA DE ANSIEDAD DENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO, TRUJILLO - 2015” PERU 2015
18. ESPEJO RE, PERÚ (2014) ANSIEDAD DENTAL EN PACIENTES ADULTOS DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LOS HOSPITALES REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y BELÉN DE TRUJILLO. TRUJILLO, 2014. Perú 2014.
19. Claudio MS, “Nivel De Ansiedad Dental En Jóvenes Atendidos En Consultas Odontológicas De Cinco Centros De Salud De Huánuco Primer Trimestre-2012” Perú 2012.
20. “La teoría interpersonal de la psiquiatría”, Harry Snack Sullivan, Editorial Psique, Buenos Aires, 1974.
21. Duane P. Schultz, Sydney Ellen Schultz “Teorías de la personalidad” 9na. Edición. Editorial Cengage Learning. Australia. Pág.59.

22. Shapiro M, Melmed RN, Sgan-Cohen HD, Eli I, Parush S. Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 2007;115 (6):479-83.
23. Armfield JM. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev Dent* 2010;8(2):107-15.
24. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. *Caries Res* 2012;46(1):3-8.
25. Kinirons MJ, Stewart C. Factors affecting levels of untreated caries in a sample of 14-15-year-old adolescents in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(1):7-11.
26. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety-an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil* 2006;33(8):588-93.
27. Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppä L, Kärkkäinen S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand* 2004;62(4):207-13.
28. Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *J Oral Sci* 2009;51(2):245-54.
29. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent* 2010;20(4):242-53.
- 30 Urbina CC, Villaseñor SJ. Trastornos mentales y el embarazo. *Revista Digital Universitaria*. 2005; 6(11). URL disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/art108.htm>
31. Isaza ODC, Reyes EL, Caviedes J. Consideraciones de la mujer embarazada en la consulta endodóntica. URL disponible en:

http://www.javeriana.edu.co/academiapgendodoncia/art_revision/revision_2006/i_a_revision13.html

32. Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 97: 672 - 682

33. Fontaine Machado O, García Martínez A, Hernández Meléndez E, Castañeda Abascal I. Intervención psicológica en salud bucal en embarazadas. *Psicología y Salud* 2009; 19: 83 - 89

34. Vera-Delgado MV, Martínez Y, Pérez L, Fernández A, Mauradin A. Nivel de salud oral de la mujer embarazada de la comunidad autónoma de la región de Murcia. *Odontología Preventiva* 2010; 2: 1 - 7

35. Bastarrechea M, Fernández L, Martínez T. La embarazada y su atención estomatológico integral como grupo priorizado área de salud Moncada. *Rev Cubana Estomatol* 2009; 46: 59 - 68

36. Escobar G. Sosa C. Burgos LM. Representaciones sociales del proceso de salud enfermedad bucal en madres gestantes de Medellín, Colombia. *Salud Pública de México* 2010; 52: 46 – 51

37. Genolet A, Lera C, Gelsi C, Schonfeld Z, Musso S, Mulone MS, Schumck MS. La experiencia del embarazo en el tránsito de la adolescencia. *Ciencia, Docencia y Tecnología* 2004; 28 (XV): 51 - 94

38. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2006; 23: 22 - 27

39. Chávez RE, Arcaya MJ, García G, Surca TC, Infante MV. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16: 680 - 687

40. Gómez López ME, Aldana Cava E. Alteraciones psicológicas de la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud* 2007; 17: 53 - 61

41. Garbero I. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. 2005; *Acta Odontol Venez* 43 (2) [Fecha de acceso: abril de 2010]. URL disponible

en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/salud_oral_embarazadas.asp

42. Fernández OM, Chávez MG. Atención odontológica en la mujer embarazada. Arch Inv Mat Inf 2010; 11: 80 – 84

43. Marín D, Bullones MA, Carmona FJ, Carretero MI, Moreno MA, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. 2008 Nure Investigación, 37 [Fecha de acceso: abril de 2010]. URL disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf

44. Barclay RL, Barclay ML. Aspects of the normal psychology of pregnancy: the midtrimester. Am J Obstet Gynecol 1976; 125: 207 – 211

45. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K; Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989; 57: 269 – 274

46. Rodríguez HE, López M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol 2003;48 (2). [Fecha de acceso: abril de 2010]. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est09203.htm

47. Montes-Muñoz MJ, Martorell Poveda MA, Jiménez Herrera MF, Verdura Anglada T, Burjalés Martí D. Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencia de las mujeres. Matronas Prof 2009; 10: 5 - 10

48. Torres Gutiérrez, M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. Revista Colombiana de Psiquiatría 2004; 23: 285 – 297

49. Rengifo HA. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009; 20: 171 - 178

50. Marc JNC, Plutzer K, Plutzer k. Women attitudes and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. J Perinat Med 2010; 38: 3 – 8

51. Álvaro CQ, Ginecoobstera – Alto Riesgo Obstétrico De La Clínica De La Mujer. Luz Ángela Uribe, Ginecoobstetra Bogotá 2012.

52. Atkin C, Arcelus M, Fdz MG, Katryn T. La psicología en el ámbito perinatal. México. Ed. INPer. 1988; 106(119): 134-153.
53. Fadiman, J. y Frager, R. "Teorías de la Personalidad". Cap. 1. Oxford University Press México. México. 1976
54. Ewen, S.J. "Psicología de las Enfermedades Orgánicas". Cap. 14. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1977
55. Jeammet, P.; Reynaud, M. y Consoli, S.M. "Psicología Médica". Editorial Masson. 2a edición. Barcelona. 1999.
56. Scott, D. y Hirschman, R. "Psychological aspects of dental anxiety in adults". J. American Dent. Assoc. 104: 27-31
57. Gale, E. "Fears of the dental situation". J. Dent. Res. Vol. 51: 964-6. 1972.
58. Battistoni M, Odontoiatra Olistica Ed. Funa, 1998.
59. Neuris d. Odontostomatologia Omeopaaatica. Ed Red, 1979.
60. Giangregorio N. Manuale di Odontostomatologia Psicosomatica e Psicostomatologia. Piccin, Padova, 2000.
61. Medicina Natural en odontología, tratamiento de la ansiedad.
62. Brunob Biatto; Verónica Visnarra. Jornal de Clínica en Odontología pag. 46-48 año 15 N0 5, 1999/2000 d. en Español.
63. D'eramo EM, Bookless SJ, Howard JB. Adverse events with outpatient anesthesia in Massachusetts. J Oral Maxillofac Surg 2003 Jul; 61(7): 793-800
64. Ekblom A, Hansson P, Thomsson M, Thomas M. Increased postoperative pain and consumption of analgesics following acupuncture. Pain 1991; 44: 124-7
65. Lao L, Bergman S, Hamilton GR, Langenberg P, Berman B. Evaluation of acupuncture for pain control after oral surgery. A placebo-controlled trial. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 125:567-72.

66. Matharu LM, Ashley PF. Sedation of anxious children undergoing dental treatment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software
67. American Dental Association. Guidelines for the use of conscious sedation, deep sedation and general anesthesia for dentists. October 2003 www.ada.org/prof/resources/positions/statements/anesthesia_guidelines.pdf
68. Royal College of Dental Surgeons of Ontario. Guidelines: Use of Sedation and General Anesthesia in Dental Practice. January 2005. Available from: URL: www.rcdso.org/pdf/guidelines/Guidelines_sedation_01_05.pdf
69. American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology* 2002 Apr; 96(4):1004-17.
70. Corah, N. "Development of a dental anxiety scale". *J. Dent. Res.* Vol. 48: 596. 1969.
71. Arturo Valencia Zea, Álvaro Ortiz Monsalve, Derecho Civil, Tomo I. Parte General y Personas.
72. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2016
73. Centro de Salud Perú Corea 2017

ANEXOS

CUESTIONARIO EN BASE A VARIABLES E INDICADORES

DENTAL CONCERNS ASSESSMENT*

ANEXO 1

CENTRO DE SALUD PERU COREA

Gracias por su tiempo para rellenar este cuestionario. Esto es solo una vez y nos va ayudar a servirle mejor durante su visita dental. Aunque tenga/ o no tenga ansiedad en su visita dental. Su comodidad completa es muy importante para nosotros y nos esforzamos para entender sus necesidades y darle la cita más cómoda posible.

Nombres y Apellidos: _____ **Estado civil:** _____

Grupo etario: _____ **Trimestre Gestacional:** 1 2 3

Norman Corah's Balance Cuestionario de Ansiedad Dental

--

Cuando vas al dentista para un chequeo, ¿cómo te sientes?

- 1 Me agrada y es una experiencia razonable y agradable.
- 2 No me importa de ningún modo.
- 3 Me siento un poco incómodo al respecto.
- 4 Me da miedo que pudiera ser desagradable o doloroso.
- 5 Estaría muy asustado de lo que va hacer el dentista.

Cuando esperas en la oficina dental para su turno en la silla, ¿como te sientes?

- 1 Relajado.
- 2 Un poco inquieto.
- 3 Tenso.
- 4 Ansioso.
- 5 Tan ansioso que a veces comienzo a sudar y siento que físicamente me enfermo.

¿Cuándo estas en la silla del dentista esperando que el dentista aliste el taladro para empezar el trabajo en sus dientes, como te sientes?

- 1 Relajado.
- 2 Un poco inquieto.
- 3 Tenso.
- 4 Ansioso.
- 5 Tan ansioso, que a veces comienzo a sudar y siento que físicamente me enfermo.

Imagínate que estas en la silla del dentista para la limpieza dental. Mientras esperas y el dentista o higienista está sacando los instrumentos que va utilizar para raspar sus dientes alrededor de la encía, como te sientes?

- 1 Relajado.
- 2 Un poco inquieto.
- 3 Tenso.
- 4 Ansioso.
- 5 Tan ansioso que a veces comienzo a sudar y siento que físicamente me enfermo.

*Developed by J.H. Clarke and S. Rustvold, Oregon Health Sciences University School of Dentistry, 1993 (Revised 1998)

FIRMA _____ DNI _____
FIRMA Y DNI de la Paciente Gestante.

ANEXO 2

ASPECTOS ÉTICOS:

Esta investigación busca conocer los niveles de ansiedad dental en gestantes para brindar un trato más eficaz por parte del profesional odontólogo hacia este grupo; ya que en la mayoría de los casos el profesional odontólogo es indiferente del estado emocional de la gestante al momento de la consulta; esta falta de empatía trae como consecuencia reacciones fisiológicas y psicológicas negativas, esta estudio es útil para entender y comprender los problemas que se presentan por las reacciones emocionales de las gestantes; del mismo modo todas las participantes serán informados de forma detallada sobre los objetivos que pretende alcanzar con el estudio, así como el llenado del cuestionario que utilizaremos para la recolección de datos; en caso de no participar con la investigación, por diferentes motivos, los participantes tienen la libertad de retirarse del estudio en cualquier etapa que lo deseen; toda la información que se extrae de cada paciente mediante el cuestionario de recolección de datos, será manejada de manera muy confidencial, para salvaguardar la integridad física y moral de la persona; todos los participantes que deseen formar parte del estudio deberán firmar un formulario de consentimiento que está dentro del cuestionario, donde consta su libre decisión y compromiso con el investigador; todos estos aspectos mencionados serán presentados al comité de ética de la respectiva institución que respaldará la investigación.

ANEXO 3

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN Y DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Se declara que toda la información recopilada es veraz y que fue minuciosamente revisada. Así mismo, se declara que se conocen y aceptan en el caso de ser aprobada la investigación propuesta, todas las condiciones y disposiciones especificadas por el investigador interesado.

Institución: _____

Firma del Titular: _____

Nombre y Apellido: _____

Cargo: _____

Numero de colegiatura: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Declaro conocer y aceptar todas las condiciones y términos de la institución para la investigación. Declaro, también, que en el caso de ser aceptada la investigación propuesta me comprometo a cumplir con la entrega de los productos definidos en el Plan de Trabajo en los plazos previstos, aceptando hacerme cargo de los eventuales costos en que se pudiera incurrir por el no cumplimiento de lo acordado.

Firma del Investigador: _____

Nombre y Apellido: _____

Fecha: _____

ANEXO 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES			METODOS Y TECNICAS
<p>PRINCIPAL ¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental según trimestre gestacional, atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017?</p> <p>ESPECÍFICO Pe1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad en el primer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017? Pe2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad en el segundo trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017? Pe3. ¿Cuál es el nivel de ansiedad en el tercer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017? Pe4. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental según grupo etario? Pe5. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad según estado civil?</p>	<p>GENERAL Conocer los niveles de ansiedad dental según trimestre gestacional, atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017.</p> <p>ESPECÍFICO Oe1. Identificar los niveles de ansiedad dental durante el primer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017. Oe2. Determinar los niveles de ansiedad dental durante el segundo trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017. Oe3. Describir los niveles de ansiedad dental durante el tercer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017. Oe4. Identificar los niveles de ansiedad dental según grupo etario. Oe5. Identificar los niveles de ansiedad según estado civil.</p>	<p>HI Existe niveles de ansiedad dental durante los trimestres gestacionales atendidos en odontología del centro de salud PERU-COREA Huánuco 2017 HO No Identificar los niveles de ansiedad dental durante el primer trimestre gestacional atendidas en odontología del centro de salud Perú-Corea Huánuco 2017.</p>	<p>IDENTIFICACION VI: Ansiedad Dental VD: Trimestre Gestacional VI: Grupo Etario Estado civil</p>	<p>DIMESNIONES/ INDICADOR VI: Ansiedad Dental Ausente Moderada Alta Severa VD: Trimestre Gestacional Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre VI: Grupo Etario Adolescentes Jóvenes Adultas VI: Estado civil Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda</p>	<p>SUB INIDCADOR ES/ CES Respuesta al Test</p>	<p>TIPO ANALITICO POBLACION La población está dada por las gestantes de diferentes trimestres gestacionales asistentes a las consultas odontológicas del centro de salud PERU-COREA Huánuco 2017</p> <p>MUESTRA La muestra será aleatoria simple, un total de 150 gestantes divididos en tres grupos de 50 gestantes cada grupo perteneciente al trimestre gestacional en el momento de la investigación.</p> <p>DISEÑO Descriptivo Correlacional</p>

ANEXO 5

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Apellido y Nombre: Pérez Arnao Jesica

DNI: 71069456

Paciente joven del primer trimestre conviviente



Apellido y Nombre: Gómez Meza Susan Karol

DNI: 45762395

Paciente joven del segundo trimestre conviviente



Apellido y Nombre: Lazarte Pulido Yina

DNI: 76070346

Paciente adolescente del tercer trimestre conviviente