



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**“NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS OPERADORES DE LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA I Y II DE LA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS, PERIODO AGOSTO – OCTUBRE 2015”**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR LA BACHILLER

ANA MANUELA ORUE MAMANI

LIMA – PERÚ

2015

Dedicatoria

El presente trabajo se lo dedico a mis padres, por soportar con mucho amor y coraje este tiempo de preparación, por ser mi soporte en mis momentos de debilidad, siempre alentando y brindando su apoyo en cada una de mis decisiones.

Agradecimiento

Al C.D. ESP. ODP. Juan Eduardo Aguilar Pasapera por haber aceptado gustosamente la asesoría de la presente investigación y la motivación constante para el desarrollo de esta.

A la Universidad Alas Peruanas, en la persona de su Rector PhD. Fidel Ramírez Prado, por su apoyo a la investigación.

**“Cuando quieres realmente
una cosa, todo el universo conspira
para ayudarte a conseguirla”**

Paulo Coelho

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo, transversal tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas periodo Agosto-Octubre 2015, en una muestra de 130 alumnos (50 % de la CEP I y 50 % de la CEP II).

La recolección de los datos se realizó aplicando el Inventario IDARE versión en español de test psicológico de ansiedad Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory) a los operadores de ambas clínicas antes de realizar un tratamiento pulpar en un paciente niño sin experiencia previa.

Los resultados mostraron que el nivel de ansiedad en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica antes de realizar un tratamiento pulpar fue: 17 (13,1%) operadores presentaron un Estado alto, 96 (73,8%) un estado medio y 92 (70,8%) un estado bajo. Además, 16 (12,3%) presentaron un nivel de ansiedad-rasgo alto, 92 (70,8%) un rasgo medio y 22 (16,9%) un rasgo bajo. Se observó que la mayoría de los operadores que pertenecen a la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II, presentaron un nivel de ansiedad-estado y rasgo medio, existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,033$) entre ellos para la ansiedad- estado, pero no para la ansiedad-rasgo.

La mayor parte de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas peruanas presentaron un nivel de ansiedad medio tanto Estado como Rasgo.

Palabras claves: Ansiedad, Odontología, estudiantes de odontología, estado, rasgo.

ABSTRACT

This descriptive study, cross-sectional aimed to determine the level of anxiety operators Pediatric Dental Clinic I and II of the University Peruvian Wings period August-October 2015, in a sample of 130 students (50% CEP I and 50% of CEP II).

The data collection was performed by applying IDARE Spanish version of psychological test of anxiety Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory) operators of both clinics Inventory before a pulp treatment on a child patient with no previous experience.

The results showed that the level of anxiety operators Pediatric Clinic Stomatology before a pulp treatment was: 17 (13.1%) operators presented a high state, 96 (73.8%) average state and 92 (70.8%) a low state. In addition, 16 (12.3%) had a level of high trait anxiety, 92 (70.8%) an average trait and 22 (16.9%) low trait.

It is observed that most of the operators belonging to the Stomatology Pediatric Clinic I and II, presented a level of anxiety state and trait means, with statistically significant difference ($p = 0.033$) between them for anxiety state, but not for trait anxiety.

Most operators Stomatology Pediatric Clinic of the "Alas Peruanas University" had a medium level of anxiety both State and Trait.

Keywords: Anxiety, Dentistry, dental students, state, trait.

ÍNDICE

Lista de tablas

Lista de abreviaturas

1. INTRODUCCION	13
1.1. Problema	
1.1.1. Problema principal.....	15
1.1.2. Problemas específicos.....	16
1.2. Hipótesis	17
1.3. Objetivos de investigación	
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos.....	17
1.4. Justificación.....	18
2. MARCO TEÓRICO DE INVESTIGACIÓN	
2.1. Marco referencial.....	20
2.2. Base teórica.....	28
2.2.1. Ansiedad.....	28
2.2.1.1. Ansiedad y angustia.....	28
2.2.1.2. Ansiedad normal.....	28
2.2.1.3. Ansiedad patológica.....	30
2.2.1.4. Ansiedad elevada y muy elevada.....	31
2.2.1.5. Estrés y ansiedad.....	32
2.2.2. Síntomas de ansiedad.....	32
2.2.2.1. Trastornos somáticos (fisiológicos).....	33
2.2.2.2. Trastornos psíquicos (cognitivos).....	33
2.2.2.3. Trastornos conductuales (motora o relacional).....	34
2.2.3. Clasificación de trastornos de ansiedad.....	34
2.2.4. Test de autoevaluación IDARE.....	41
2.2.5. Comportamiento del niño frente a la atención odontológica.....	42
2.2.6. Clasificación del paciente niño según Frankl.....	46

3.	MARCO METODOLÓGICO	
3.1.	Diseño metodológico.....	48
3.2.	Población y muestra.....	48
3.3.	Variables.....	51
3.3.1.	Matriz de operacionalización de variables.....	52
3.4.	Técnica de recolección de datos.....	53
3.5.	Plan de análisis de datos.....	56
3.6.	Implicaciones éticas.....	56
4.	RESULTADOS	58
5.	DISCUSIÓN	74
6.	CONCLUSIONES	79
7.	RECOMENDACIONES	81
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
9.	ANEXOS	85
10.	GLOSARIO	92

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de frecuencia de las características demográficas de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio.

Tabla 2. Distribución de frecuencia de las características demográficas de los niños atendidos por los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio.

Tabla 3. Medidas de tendencia central de la puntuación del nivel de ansiedad obtenida en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas hallada mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Tabla 4. Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio.

Tabla 5. Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según el género del alumno.

Tabla 6. Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según la edad del alumno.

Tabla 7. Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según el número de cursos que lleva el operador durante el semestre 2015-II.

Tabla 8. Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según la clínica a la cual pertenece.

Tabla 9. Medidas de tendencia central de la puntuación del nivel de ansiedad obtenida en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas hallada mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), según la clínica a la cual pertenece.

Tabla 10. Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según el comportamiento del niño atendido, de acuerdo a la escala de Frankl.

Tabla 11. Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según la edad del niño atendido.

Lista de abreviaturas

CEP I : Clínica Estomatológica Pediátrica I

CEP II: Clínica Estomatológica Pediátrica II

DE : Desviación Estándar

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Manual
Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado

PRC : Pendientes Requisitos Clínicos

STAI : State-Trait Anxiety Inventory

TAG : Trastorno de Ansiedad generalizada

1. INTRODUCCIÓN

La odontología está catalogada como una de las profesiones más estresantes en la actualidad. Las raíces de esta tensión podrían tener su origen en el transcurso del proceso educativo, ya que estos experimentarían altos niveles de ansiedad o estrés durante su entrenamiento.¹

El estilo de vida de los estudiantes de odontología se ve modificado por las exigencias académicas sobre cómo preparar sus trabajos, exposiciones teóricas, intervenciones en clase, administrar su tiempo y principalmente por sus prácticas clínicas y todo lo que esto demanda.² por lo que muchos estudiantes exhiben conductas de ansiedad ante la multiplicidad de tareas que tienen que realizar.³

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.⁴

La ansiedad se describe como la activación del sistema nervioso y del sistema endocrino, cuyo inicio se relaciona con estímulos externos y como resultado de un trastorno endógeno de la función cerebral.⁵

En este caso, la atención a un paciente pediátrico puede provocar en el profesional un cuadro de ansiedad manifestado en una serie de cambios, tanto físicos como mentales, tales como: latidos del corazón, respiración irregular y defectuosa, pérdida del apetito, tendencia a orinar con frecuencia, mareos, propensión a sudar y anomalías en el funcionamiento de la conducta.⁶

Debemos recordar que el niño está pendiente de las actitudes del profesional, por lo que debe mostrarse sereno, calmado al momento de la atención, debe ser cuidadoso con su personalidad y su expresión, aunque firme debe ser alegre.⁷

El presente trabajo de investigación evaluará básicamente el nivel de ansiedad según el inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas, periodo Agosto – Octubre 2015; tomando en cuenta distintas variables o factores que podrían alterar el nivel de ansiedad presentado.

1.1 PROBLEMA:

En la actualidad vemos que la labor del Odontólogo es muy diversa, la vida cotidiana cada vez se hace más ardua y la odontología no escapa de ello distintos factores desencadenan grados de estrés y ansiedad en los profesionales, representados en diversas manifestaciones que no siempre son detectadas o percibidas por el odontólogo; qué podríamos decir entonces de aquellos estudiantes de odontología que cursan ciclos de práctica clínica que seguro todo profesional ha pasado, no suficiente con ello se piensa que el hecho de tratar pacientes pediátricos genera aún más ansiedad puesto que ellos requieren cierto ambiente de tranquilidad , seguridad y amistad que muchas veces es alterada por el grado de ansiedad del operador generando una barrera entre la relación odontólogo – padre – niño. El estudiante de odontología tiene que cumplir con un record académico, conseguir al paciente ideal para ello, asegurarse que este asista a sus citas y por si fuera poco tratar de mantener la calma ante los tratamientos que deba realizar, generando en unos más ansiedad que otros.

1.1.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas periodo Agosto-Octubre 2015?

1.1.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Ps1: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según género del alumno periodo Agosto- Octubre 2015?

Ps2: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según edad del alumno periodo Agosto- Octubre 2015?

Ps3: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según el número de cursos que lleva el alumno durante el semestre periodo Agosto- Octubre 2015?

Ps4: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según la Clínica Estomatológica Pediátrica a la cual pertenece el alumno, en el periodo Agosto- Octubre 2015?

Ps5: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según el comportamiento del niño atendido, periodo Agosto- Octubre 2015?

Ps6: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según la edad del niño atendido, periodo Agosto- Octubre 2015?

1.2 HIPÓTESIS:

El presente proyecto no consta de hipótesis general ni de hipótesis específicas por motivo de ser un trabajo observacional y que no establece una relación de variables.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas periodo Agosto- Octubre 2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oe1: Definir el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según género del alumno periodo Agosto- Octubre 2015.

Oe2: Determinar el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según la edad del alumno periodo Agosto- Octubre 2015

Oe3: Determinar el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según el número de cursos que lleva el alumno durante el semestre periodo Agosto- Octubre 2015.

Oe4: Definir el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas

Peruanas según la Clínica Estomatológica Pediátrica a la cual pertenece el alumno, en el periodo Agosto- Octubre 2015.

Oe5: Observar el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según el comportamiento del niño atendido, periodo Agosto- Octubre 2015.

Oe6: Establecer el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas según la edad del niño atendido, periodo Agosto- Octubre 2015.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Según tesis consultadas en la biblioteca de la Escuela Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas se encontró investigaciones sobre la ansiedad del niño con respecto al tratamiento de operatoria dental, la influencia que tienen un dispositivo audiovisual para controlar dicha ansiedad, la ansiedad de alumnos relacionada con otras patologías como los trastornos temporomandibulares. Sabiendo que estos estudios son muy interesantes y de mucha ayuda para la mejora de la salud del alumno y no habiendo una investigación que evalúe la ansiedad en los alumnos de estomatología que cursen las etapas clínicas especialmente las Pediátricas, es aquí donde decidimos observar la medición del Nivel de ansiedad en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas. Considerando la ansiedad como influencia en el desempeño del trabajo clínico es importante determinar si existe un grado de ansiedad alto , medio , o bajo en los operadores de las Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y

noveno ciclo de la Universidad Alas peruanas para poder detectar, prevenir y controlar los factores que pueden influenciar en el grado de ansiedad presentado, por otro lado el tipo de tratamiento a realizar al niño principalmente los invasivos puede aumentar el nivel de ansiedad del alumno, con el presente trabajo lograremos determinar el nivel de ansiedad de acuerdo al inventario IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas, de esta manera controlar el estado del alumno y lograr un mejor desempeño en su trabajo clínico y académico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO REFERENCIAL

Mejía (2013) realizó un estudio de tipo básico, descriptivo, transversal que tuvo como propósito evaluar el nivel de ansiedad de los estudiantes de Estomatología, respecto a la atención de pacientes odontopediátricos en la Clínica de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú; en una muestra de 57 estudiantes, divididos en dos grupos, cuarto y quinto año. Se aplicó el test psicológico, Inventario IDARE, a los estudiantes antes y después de la realización de tratamiento invasivos y no invasivos. Los resultados muestran que el nivel de ansiedad-estado antes de realizar un tratamiento no invasivo fue bajo en 58.6% en estudiantes de quinto año, y en el 50% de cuarto año; al finalizar fue bajo en el 71.4% en cuarto año y 69% en quinto año. El nivel de ansiedad-estado antes de realizar un tratamiento invasivo en alumnos de cuarto año fue alto en 60.7% y en estudiantes de quinto año fue medio en 51.7%. Al concluir el tratamiento el nivel de ansiedad en cuarto año fue bajo en 50% y 51.7% en quinto año. Se concluye que los estudiantes experimentan niveles elevados de ansiedad antes de realizar un tratamiento invasivo en niños, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en cuarto año y que los estudiantes presentan niveles de ansiedad bajo y medio como parte de su vida cotidiana.⁸

Corsini y colaboradores (2012) realizó un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de los niveles de ansiedad (rasgo y estado) en los alumnos de Odontología de la Universidad de La Frontera, Temuco -Chile. Se realizó un estudio de corte transversal basado en una cohorte estratificada por avance curricular, edad y sexo, evaluada con el cuestionario IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado). La muestra fue constituida por 269 alumnos de primer a quinto año quienes consintieron participar y estar presentes en la actividad. El 56,9% correspondió a mujeres y 43,1% a hombres, la edad promedio fue 21,9 años ($DE \pm 2,94$). Los puntajes promedios de escala Ansiedad-Estado fueron 45,3 (2° semestre); 46,4 (4° semestre); 48,7 (6° semestre); 48,8 (8° semestre) y 55,5 (10° semestre) ($p=0,0002$). En la escala Ansiedad-Rasgo, los promedios fueron 36,4; 41,5; 43,9; 41,5 y 47,0 respectivamente ($p=0,0000$). Según sexo, en las escalas Ansiedad-Estado y Ansiedad- Rasgo no se observaron diferencias significativas ($p>0,05$). Según edad, la escala Ansiedad-Estado presenta asociación significativa y correlación baja ($p=0,0122$, $r=0,1523$). La correlación no fue significativa para edad en la escala de Ansiedad-Rasgo ($p=0,0597$, $r=0,1147$). Las pruebas estadísticas utilizadas fueron en la investigación fueron: t de student, análisis de varianza y prueba de comparaciones múltiples de Scheffe y coeficiente de correlación de Pearson. Se concluye que la ansiedad aparece como fenómeno frecuente en nuestros estudiantes con tendencia al aumento según su avance curricular. La relación de estos niveles con sexo y edad no fue estadísticamente significativa ($p>0,05$).¹

Shankarapillai y colaboradores (2012) evaluaron la eficacia del yoga en la reducción de la ansiedad - rasgo de los estudiantes de odontología antes de su primera cirugía periodontal. Un estudio controlado aleatorizado utilizando un diseño de dos vías se llevó a cabo en el Departamento de Periodoncia del Pacific Dental College, Udaipur- India. Donde 100 estudiantes en la parte Clínica de Odontología que estaban listos para realizar su primera cirugía periodontal fueron seleccionados. Los estudiantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos y se les dio una sesión de 60 min en la reducción del estrés. Grupo A, grupo de intervención con yoga, fueron instruidos para hacer yoga y sus actuaciones fueron monitoreados durante un periodo de una semana y el Grupo B, grupo de control, se les dió una conferencia sobre la reducción del estrés y sin ninguna instrucción de yoga. El investigador que desconocía los grupos había tomado la puntuación de ansiedad rasgo de los estudiantes tres veces a) antes de asignar a cada grupo, b) antes para el procedimiento quirúrgico y c) inmediatamente después de la actuación de la cirugía. El análisis estadístico utilizado fueron: los análisis de varianza (ANOVA) por SPSS V.16. Los resultados estadísticos mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos evaluados, el grupo A mostraron un VAS reducida ($59,42 \pm 15,09$) y el STAI ($34,140 \pm 3,98$) en el grupo B (VAS $82,66 \pm 11,97$ y STAI $49,840 \pm 6,188$) justo antes del procedimiento quirúrgico periodontal, también se puede observar una reducción significativa en la VAS y el grado de ansiedad - rasgo del Grupo A en comparación con Grupo B (ANOVA, $p < 0,001$). Este estudio concluyó que la respiración yóguica tiene un efecto significativo en la reducción del nivel de ansiedad Rasgo -Estado de los estudiantes de odontología.⁹

Dávila y colaboradores. (2011) describió las variables ansiedad, depresión y apoyo social percibido en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile en dos momentos del semestre académico; y comprobar si con las exigencias curriculares de esta carrera aumentan sus niveles de ansiedad y depresión. Se aplicaron la escala HADS y Duke University Functional Social Support –DUFSS. El estudio fue transversal y longitudinal, descriptivo, correlacional y con una muestra no probabilística ($n=440$). Se encontró una correlación directa, moderada y significativa entre las variables ansiedad y depresión, tanto en la muestra del PRE (Rho de Spearman= 0,631; $p=0,000$) como en la muestra POST (Rho de Spearman= 0,630; $p=0,000$) Sin embargo al controlar la variable apoyo social, esta asociación disminuyó (PRE= 0,575; POST= 0,553). Se concluyó que los estudiantes se encuentran considerablemente más ansiosos que deprimidos, especialmente los de género femenino y aquellos que cursan tercer y cuarto año, sin embargo, al aplicar la Prueba U de Mann-Whitney, se puede concluir que estas diferencias son significativas solo en el segundo momento de evaluación.¹⁰

Méndez (2004) midió el nivel de ansiedad de los odontólogos generales, respecto a la atención de pacientes niños atendidos en la clínica privada en las zonas 1,7,9,10 y 11 de la ciudad capital San Carlos - Guatemala. La investigación se realizó con una muestra de sesenta y ocho odontólogos graduados, divididos en cuatro grupos, sobre la base del tiempo de experiencia en la profesión, se dividieron así: de 0-5 años de experiencia, 6-10 años, de 11-15 y de 16 años a más; los cuales fueron seleccionados al azar, sin tomar en cuenta el género, ni la edad. La muestra se tomó de una población total de 804

Odontólogos que existen en dichas zonas y se incluyó solamente aquellos que referían atender pacientes niños, los cuales fueron de 289. Se excluyeron a los odontólogos especializados en alguna rama de la profesión y a aquellos que no atendiesen pacientes niños. La recolección de los datos se hizo mediante el inventario IDARE con una adaptación hecha especialmente para Guatemala, por C.D. Spielberger y colaboradores. Dicho test evalúa en su primera parte la ansiedad de tipo situacional (SE), y la segunda parte se refiere a una ansiedad residente (SR), es decir determina si la persona es ansiosa durante toda su vida y no solamente en ocasiones específicas. Se les pidió a los profesionales que voluntariamente respondieran al test, constanding cada parte con veinte preguntas, y cuatro opciones de cada pregunta, debiendo marcar una opción solamente. La prueba no tuvo un tiempo determinado, pero de acuerdo al inventario evaluativo, se contempló como razonable un tiempo de 15 minutos. Sin embargo ningún profesional se excedió de 15 minutos. Los resultados obtenidos se tabularon en una base de datos EPI-INFO5; utilizándose cuadros y estadísticas para su presentación y análisis. Se determinó que los odontólogos y odontólogas que tienen un nivel de experiencia de 0-5 años presentan mayores niveles de ansiedad (en un 60%) ,previa a la consulta del paciente niño en la clínica privada comparado con profesionales que tienen más tiempo de experiencia. Así mismo no hubo diferencia significativa ($p>0,05$) de género ya que tanto los odontólogos como las odontólogas presentan similares proporciones en cuanto a distribución de los niveles de ansiedad. En general, el mayor porcentaje (67,64%) de los profesionales de la Odontología no presenta niveles de ansiedad residente muy elevados que puedan ocasionar trastornos de personalidad.⁶

Esser de Rojas y colaboradores (2005) realizaron un estudio con el propósito de medir los niveles de ansiedad rasgo-estado y establecer su correlación con la autovaloración afectiva en estudiantes de Odontología de la Universidad de Carabobo, Venezuela. La muestra estuvo constituida por 82 estudiantes de primero y cuarto año. Se utilizaron como instrumentos de medición el inventario IDARE y la Escala de Autovaloración Afectiva. Estadísticamente se calcularon las pruebas “t” de Student, y Correlación de Pearson. Los resultados establecen que 78% de los estudiantes de cuarto año y 79 % de primer año, evidencian “muy alto” grado de valoración afectiva; 86% y 91% de los estudiantes respectivamente, presenta niveles de ansiedad “moderada”. Hay una relación significativa ($p= 0.0328$), entre las variables. Se concluye que se está en presencia de un grupo satisfecho de su ámbito familiar, académico y social, pero, que presentan significativos niveles de ansiedad rasgo-estado, y que a mayor nivel de autovaloración afectiva, menor es el estado de ansiedad manifiesta.¹¹

Martínez (2004) realizó un estudio donde midió el nivel de ansiedad de los estudiantes de Odontología, respecto a la atención de pacientes atendidos en la Clínica del Área de Odontopediatría de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, Guatemala. La investigación se realizó con una muestra de 150 odontólogos practicantes, divididos en tres grupos, cada uno de cincuenta estudiantes, de acuerdo al nivel académico, en este caso, cuarto año, quinto y quinto pendientes de requisitos clínicos (PRC), los cuales fueron seleccionados al azar, sin tomar en cuenta el género, ni edad. La recaudación de los datos se hizo mediante test psicológicos de ansiedad IDARE con una

adaptación hecha especialmente para Guatemala, por Spielberger y colaboradores; dicho test evalúa en su primera parte la ansiedad de tipo situacional (SE), y la segunda parte se refiere a una ansiedad residente (SR), es decir determina si la persona es ansiosa durante toda su vida y no solamente en ocasiones específicas. Se les pidió a los estudiantes que voluntariamente respondieran al test, constanding cada parte de este con veinte preguntas, y cuatro opciones en cada pregunta de acuerdo al nivel, debiendo marcar una opción solamente, la prueba no tiene un tiempo determinado, pero de acuerdo al inventario evaluativo, se contempla que un tiempo de 15 minutos es razonable, aunque ningún estudiante se excedió de 10 minutos. Los resultados se tabularon en una base de datos EPI-INFO5. Se puede decir que hay una tendencia mayor de experimentar ansiedad –estado hacia el género femenino 23 operadores de 4° año, 13 de 5° año y 14 de 5° año PRC. De igual manera en la ansiedad –rasgo, la tendencia sigue siendo el género femenino. Se determinó que los odontólogos practicantes, experimentan niveles ansiosos elevados (52,67%) ansiedad-estado y (36,67%) ansiedad rasgo en la Clínica Odontopediátrica, no importando el nivel académico, y que hay una leve diferencia ascendente de cuarto año, que no es significativa ($p < 0,05$). Es decir el comportamiento de los tres grupos es similar.¹²

Piazza-Waggoner y colaboradores (2003) realizaron una investigación donde describían el estrés de los estudiantes de odontología de la Universidad de Virginia Occidental durante su formación. La ansiedad de los estudiantes es probable que sea especialmente alta cuando realizan su primer procedimiento de restauración pediátrica. Los objetivos de este estudio fueron proporcionar

una descripción del nivel de ansiedad de los estudiantes de odontología “y típicas estrategias de afrontamiento y evaluar el uso de una gestión de la angustia, intervención para reducir la ansiedad en torno a su primer procedimiento restaurador pediátrico. Los estudiantes fueron asignados aleatoriamente a un manejo de la ansiedad y un grupo de control de atención. El grupo de gestión recibió capacitación sobre estrategias de relajación (respiración profunda, relajación muscular progresiva). El grupo control asistió a una conferencia sobre la relación entre el estrés, la ansiedad y la salud. Examinando los datos correspondientes a las diferencias de género en calificaciones de ansiedad (STAI-rasgo, STAI-estado y las calificaciones del VAS) revela una diferencia estadísticamente significativa. Estudiantes de odontología de género femenino ($M = 38,4$, $SD = 29,6$) informó ansiedad más alta después del procedimiento que la ansiedad en la EVA de los estudiantes de odontología de género masculino ($M = 14,7$, $SD = 12,5$; $t = -2,4$, $p < 0,05$).

No se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los niveles de ansiedad de los grupos relacionados con su primer procedimiento restaurador pediátrico.¹³

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Ansiedad

La ansiedad es un estado o sensación de aprehensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor; resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intra-psíquico más externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse. En donde la causa permanece oculta para el observador y para el propio sujeto.⁶

2.2.1.1. Ansiedad y angustia

Se conoce la ansiedad por la vivencia de la misma, pero es difícil hablar de ella, aunque forme una parte muy importante, en algún momento dado, de la estructura de la vida de los sentimientos. Muchos psicólogos y psiquiatras investigadores la confunden con la angustia, de modo que las definen a la vez, aunque hagan ligeras diferencias etológicas o fenomenológicas.¹⁴

“La ansiedad se considera más psíquica, mientras que la angustia posee un carácter más somático. La angustia es la sensación de espera e inmovilización, mientras la ansiedad es la sensación de inquietud”^{14,15}

Durante mucho tiempo, el término angustia fue diferenciado de la ansiedad, caracterizando a la angustia como una expresión predominantemente somática en forma de constricción y opresión, vivenciada en un presente sufriente, es decir, por un sufrimiento físico general además de esa sensación difusa y generalizada de anticipación a un peligro, común a la ansiedad. Actualmente se lo utiliza como sinónimo de ansiedad, debido a que se considera a ambos como un estado psicológico desagradable acompañado frecuentemente de síntomas fisiológicos, descritos como expectación penosa o desasosiego ante

un peligro impreciso. Aunque no se dispone de estudios epidemiológicos que estimen la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general consensualmente se los considera trastornos muy frecuentes. Las cifras que se tienen oscilan entre un 15 y un 25% de probabilidad de incidencia de los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida.⁶

La ansiedad es un sentimiento experimentado prácticamente por todos los seres humanos. Es una sensación normal que acompaña a las personas durante todo su desarrollo, estando presente al vivir cambios y situaciones nuevas, como pueden ser el primer día de escuela, una primera cita, los exámenes, entrevistas de trabajo, enfrentarse a la muerte.⁶

2.2.1.2. Ansiedad normal

Se dice que es normal la ansiedad, cuando su intensidad y su carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni malas adaptaciones. La ansiedad normal cumple funciones útiles, pues incrementa la prontitud de la persona para la acción inmediata y vigorosa, le da sabor a la espera de algo placentero y suele ser la raíz de la risa y del goce.⁶

La ansiedad normal se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, indiferenciada y generalizada ante una amenaza inespecífica, vaga u originada por algún conflicto. La persona ansiosa suele sentirse inquieta y puede presentar síntomas corporales como dolor de estómago, sequedad bucal, sudoración, dolor de cabeza. También se considera a la ansiedad como un signo de alerta que permite a las personas prepararse para enfrentar las amenazas ordinarias del ambiente, como un mecanismo para la supervivencia,

es decir, se activa el sistema defensivo frente a una situación de peligro real. La ansiedad desaparece una vez que el peligro ha pasado.⁶

La ansiedad es una experiencia común a todos los seres humanos en mayor o menor medida y una característica constante de todos los comportamientos patológicos. Podríamos decir que todos o casi todos los comportamientos patológicos del ser humano están acompañados por la experiencia y manifestaciones visibles de la ansiedad.^{14, 15}

Sin embargo la ansiedad normal tiene desventajas. Si una persona no puede hacer nada en una situación que justificadamente la pone ansiosa, sufrirá sin propósito ninguno una sensación de tensión, de preocupación y de expectativa vaga. Con el tiempo tal tipo de reacción fatiga y agota los recursos de una persona. Incluso si la ansiedad prepara a la persona normal para una acción rápida y eficiente, la hace perder su libertad y su flexibilidad. La persona se limita sus intereses en la búsqueda de posibles peligros, a una predisposición a reaccionar y a una evitación de que se le pesque descuidada con posibles reacciones de agresividad o violencia.⁷

2.2.1.3. Ansiedad patológica

Al referirse a la ansiedad patológica, se habla de una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en función de su intensidad o su duración. Se trata de un padecimiento importante sin un referente externo válido que es vivenciado por la anticipación de un futuro incierto, inseguro y amenazante acompañando de un sentimiento de inseguridad predominante. A diferencia de la ansiedad normal en la ansiedad patológica la persona no puede detener la reacción defensiva una vez que el peligro ha pasado.⁶

Esta ansiedad patológica puede generar una serie de trastornos que se denominan trastornos de ansiedad, que en líneas generales son una respuesta disfuncional basada en la sobreestimación del grado de peligro (tanto de un estímulo interno como externo) y una subestimación de las habilidades o recursos personales para afrontarlo. Un trastorno de ansiedad puede ser conceptualizado metafóricamente como un sistema de alarma hipersensible. El paciente patológicamente ansioso experimenta innumerables "falsas alarmas" lo que lo mantiene en un estado de estrés constante.⁶

En algunos casos, la ansiedad representa el único elemento patológico observable y entonces puede considerarse como una entidad nosográfica suficientemente individualizada (neurosis de ansiedad), mientras que en otros casos es solo uno más de los numerosos síntomas representados por el paciente y entra a formar parte de la sintomatología específica de diversos cuadros patológicos.^{14, 15}

2.2.1.4. Ansiedad elevada y muy elevada

Se menciona como ansiedad elevada y muy elevada a la que interfiere con la conducta normal, con frecuencia necesita tratamiento terapéutico y farmacológico. La ansiedad elevada y muy elevada se cuantifica por medio de un test de psicometría y no es el mismo en todos los pacientes ya que hay parámetros por edad y sexo que determina la misma. La ansiedad elevada y muy elevada se puede determinar en cualquier momento por medio de un test.¹⁴

2.2.1.5. Estrés y ansiedad.

En relación a estrés, debemos saber que “stress” es una palabra inglesa que significa carga y “strain” tensión o esfuerzo. Selye, por no tener un buen conocimiento del inglés tomó equivocadamente la palabra “stress” en lugar de “strain” para designar la reacción fisiológica de un organismo ante cualquier demanda. Cuando quiso rectificar ya el vocablo “stress” se había impuesto y tuvo que acuñar el neologismo “stressor” para designar en el léxico médico el factor demanda o amenaza. Selye definió el estrés como la respuesta del organismo a contrarrestar o prevenir las amenazas, es decir, a conseguir la homeostasis; mientras Lazarus, la consideró como factor de riesgo al conceptualizarla como “las exigencias impuestas a un individuo que agotan o rebasan la capacidad de adaptación”. En el estrés es indispensable un estresor (demanda, amenaza) y en la ansiedad no. La ansiedad puede formar parte del estrés integrando la respuesta fisiológica de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona cuando no puede superar una demanda. El estrés no necesariamente se acompaña de ansiedad: por ejemplo si alguien entra a una competencia de maratón, tendrá una gran demanda que provoca estrés, pero se acompañará de alegría, ansiedad o enojo de acuerdo a la expectativa de ganar o perder la competencia.¹⁷

2.2.2. Síntomas de ansiedad

La ansiedad se manifiesta a través de tres grupos de síntomas usualmente presentes de manera simultánea, pero que pueden estar representados de diferente manera en cada paciente: en ocasiones basta uno de tales síntomas para suponer un estado de ansiedad y un examen más profundo permitirá

generalmente descubrir la esencia de las otras alteraciones.⁶ Tal grupo de síntomas están constituidos por:

2.2.2.1 Trastornos somáticos (fisiológicos)

Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad.

Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.¹⁸

2.2.2.2 Trastornos psíquicos (cognitivos)

Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a la locura. Suicidio.¹⁸

2.2.2.3 Trastornos conductuales (motora o relacional)

Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.¹⁸

Estas tres áreas de respuesta no se activan por igual en todos los sujetos y lo que es más importante, tampoco tiene que hacerlo en el mismo sujeto. Es decir, se puede encontrar pacientes que presenten una mayor repercusión de la ansiedad en un área que en otra. Este fenómeno llamado disociación o fraccionamiento de respuestas, puede tener importancia clínica y de cara al tratamiento del paciente por parte del psicólogo.⁶

2.2.3. Clasificación de trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad por separación

Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos

cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos; provocando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.¹⁹

Mutismo selectivo

Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones, esta alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social, cuya duración es como mínimo de un mes. El fracaso de hablar no se atribuye a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.¹⁹

Fobia específica

Miedo o ansiedad intensa de respuesta inmediata por un objeto o situación específica (p.ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre), En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.¹⁹

Las fobias específicas se basan en miedos circunscritos a un objeto, situación o actividad en concreto. El síndrome tiene tres componentes:

1. Ansiedad anticipatoria, que aparece ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico.
2. El temor central en sí mismo.
3. La conducta de evitación que el paciente utiliza para minimizar la ansiedad.⁶

Subtipos

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica (p. ej., fobia específica, tipo animal).

-Tipo animal. Hace referencia a animales o insectos y suele iniciarse en la infancia.

-Tipo natural. Referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

-Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

-Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

-Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).¹⁹

Trastorno de pánico

Se trata de ataques de pánico imprevistos recurrentes. Para definir, un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.

7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización o despersonalización.
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

La aparición súbita de un trastorno de pánico se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

Agorafobia

Este trastorno hace referencia al miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones que presentaremos:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

En estos casos la persona teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia). Este miedo es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones

agorafóbicas y al contexto sociocultural, tiene una duración típicamente de seis o más meses.

El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.) es la principal categoría diagnóstica para los estados de ansiedad elevada y crónica en ausencia de un trastorno de angustia en la que existe Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).^{6,19}

Los pacientes con T.A.G. se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten mayor temor y anticipan lo peor siéndoles difícil controlar este estado de preocupación. La tensión muscular, la inquietud, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad, la hipervigilancia y la fatiga son signos característicos de T.A.G.⁶

Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.¹⁶

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Esta categoría está reservada para aquellos casos en los que la ansiedad manifestada por el sujeto se considere secundaria a los efectos de una droga,

fármaco o tóxico. Intoxicaciones por alcohol, anfetaminas, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, etc. Pueden provocar este trastorno. Se necesita que los síntomas antecedan al consumo de sustancias o medicamento, persistiendo durante alrededor de un mes después del periodo agudo de abstinencia o intoxicación; o que sean claramente excesivos en función al tipo y cantidad de sustancia ingerida.⁶

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Desarrollo de ataques de pánico o ansiedad considerados secundarios a los efectos fisiológicos de una patología médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Si bien estos síntomas son un fenómeno común, la prevalencia va a depender de la enfermedad médica en cuestión. Por ello es necesario poseer evidencias mediante exámenes físicos, historia clínica, hallazgos de laboratorio.^{6,16}

Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.¹⁹

Otro trastorno de ansiedad no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).¹⁹

2.2.4. Test de autoevaluación IDARE

El Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE), versión en español del STAI (State-Trait Anxiety Inventory), es un inventario auto-evaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada.²⁰

Ansiedad Estado, es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar de intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Ansiedad- Rasgo, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad –estado.²¹

Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo. Existen diferentes versiones al español de la prueba, siendo una de las más utilizadas la de Ch. Spielberger, R. Díaz Guerrero y otros (1966).²⁰

Se han realizado estudios relacionados y aplicados con los alumnos universitarios de odontología , en donde el IDARE muestra evidencia de su utilidad al obtener confiablemente los niveles de ansiedad; Mejía (2013)⁸, Méndez (2004)⁶, Martínez (2004)¹², Piazza-Waggoner y colaboradores (2003)¹³ realizaron evaluaciones del nivel de ansiedad de los alumnos odontólogos practicantes y odontólogos generales frente al ambiente odontopediátrico y la atención de paciente niños.^{8,6,12,13} Shankarapillai y colaboradores (2012)⁹, Corsini y colaboradores (2012)¹, Dávila y colaboradores(2011)¹⁰ utilizaron el IDARE para observar los niveles de ansiedad de los alumnos de odontología con respecto al avance curricular de la carrera ,concluyendo que el instrumento IDARE constituye una herramienta válida y confiable.^{9, 1,10}

Respecto a los análisis psicométricos del inventario, las investigaciones han arrojado adecuados resultados de validez y confiabilidad. Se encontraron altos coeficientes Alpha de Cronbach (mayores a 0.83 tanto para ansiedad-rasgo como para ansiedad- estado) en varios países de habla hispana (Argentina, Ecuador y Perú).²²

2.2.5. Comportamiento del niño frente a la atención odontológica

El comportamiento del niño frente al tratamiento odontológico es el resultado de una serie de variables del ambiente en que se desarrolla física y psicológicamente.

Influencia de los padres

Dentro de la triada: odontólogo-niño-padres, el papel de la madre, puede ser de doble efecto. Unas veces de gran ayuda por su comprensión con el profesional y en otras su posición es negativa incluso en ocasiones obstaculiza el buen manejo de su niño, a los que podemos llamar "padres problema".

Influencia de hermanos y otros familiares

En este grupo debemos considerar también los factores positivos y los negativos. Por ejemplo aquellas que "inocentemente" los hermanos aumentan los miedos por experiencias vividas y en forma maliciosa la transmiten, muchas veces falseando la verdad de los hechos.²³

Influencia de la escuela

En este punto se puede influir de manera positiva si la información llega correctamente. Sin embargo, puede ocurrir que la información llegue de forma malévola causando una imagen negativa del odontólogo.

Influencia de la información masiva no dirigida

Los niños están expuestos a, en muchas ocasiones, a bastante información y los cuales pueden quedar grabados en el subconsciente y aflorar inmediatamente cuando van a tener alguna experiencia relacionada con la información previamente recibida. Por ejemplo en periódicos, revistas, televisión, películas con frecuencia presentan al odontólogo como aquel que causa dolor y ansiedad, creando de esta manera, miedo.

Influencia de antecedentes: médico- odontológicos

Esta es una variable muy difícil de corregir, ya que el niño ha tenido una mala experiencia previa odontológica y sabe qué procedimiento le causará dolor. Por tal motivo no se le puede engañar al niño.

Lo más recomendable es comprender la experiencia previa que el niño refiere, que podría haber sido mal manejado y más bien, ofrecerle un mejor método que debe ser exitoso para finalmente alcanzar su confianza.

Existen otras variables que están bajo el control directo del odontólogo, las que influyen directa o indirectamente en la conducta del niño.

Efecto de la actividad del odontólogo y sus actitudes

Existen actitudes odontológicas que apoyan a un niño en su intento de establecer una conducta adecuada.

Atuendo del odontólogo

La vestimenta del odontólogo de color blanco y de diseño hospitalario, describe a un personaje que en edades tempranas, ha causado algún tipo de malestar al niño. El odontólogo debe usar una vestimenta atractiva pero sobria, sport pero sería, cómoda pero elegante, sin exageraciones con el objetivo de inspirar confianza al niño y hacerlo sentir cómodo.

Duración y hora de la cita

Serán mejor aceptadas por los niños aquellas citas de duración corta, volviéndose como un paseo o una distracción que es de carácter agradable.

Cuando se trata de niños infantes o pacientes problema, las mejores horas son las mañanas, debido a que el odontólogo como el niño se encuentra emocionalmente mejor dispuesto a abordar una acción delicada.

Efecto del ambiente físico y su atmósfera

Un lugar agradable y cómodo, ofrece mejores posibilidades de buen comportamiento; si a esto se agrega un equipamiento sencillo, que cause extrañeza al niño el manejo se beneficia.²³

2.2.6. Clasificación del paciente niño según Frankl

La escala de comportamiento descrita originalmente por Frankl y Wright es el instrumento que más se ha reportado y aplicado en los estudios sobre manejo de comportamiento, a su vez es ampliamente utilizada en la clínica debido a que se trata de una medición sencilla, práctica y fácil de aplicar. La clasificación consiste en cuatro categorías: ²⁴

Definitivamente negativo

- Rechaza el tratamiento
- Llanto intenso
- Movimientos fuertes de las extremidades
- No es posible a la comunicación verbal
- Comportamiento agresivo

Levemente negativo

- Rechaza el tratamiento
- Llanto monotónico
- Movimientos leves de las extremidades
- Comportamiento tímido-bloquea la comunicación
- Acepta y acata algunas órdenes.

Levemente positivo

- Acepta tratamiento de manera cautelosa
- Llanto esporádico
- Es reservado
- Se puede establecer comunicación verbal
- Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo

Definitivamente positivo

- Cooperación
- Buena comunicación
- Motivación e interés por el tratamiento
- Relajación y control de las extremidades. ²⁴

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

NIVEL DE INVESTIGACIÓN: La presente investigación por la forma como se ha planteado reúne las condiciones suficientes para ser considerada como investigación Aplicada.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: La investigación de trabajo conforme a sus propósitos y naturaleza se ubica en un estudio Cuantitativo no experimental porque el investigador no interviene en el desarrollo del fenómeno

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo observacional transversal porque describe el suceso de un fenómeno sin relacionar dos variables principales por el contrario relaciona una sola variable con distintas covariables.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El investigador cuenta con una población de estudio de 190 operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

MUESTRA

La muestra del estudio está constituida por un grupo representativo de la población. El cálculo se basará en la siguiente fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{Z^2 * Pq}{e^2} \qquad n' = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{n^{\circ} - 1}{N}}$$

Dónde:

n: es el tamaño de la muestra; N= tamaño de la población; Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%); e= límite de error = 0.05; p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05); q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.5)

Desarrollo de la fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025} = 384$$

$$n' = \frac{384}{1 + \frac{(384-1)}{190}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{190}} = \mathbf{127}$$

Luego de aplicar la fórmula mediante la aplicación señalada, se determinó un número muestral de 127 alumnos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

-Alumnos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

-Operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas que asistan con regularidad a las clases prácticas.

-Alumnos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas que firmen el consentimiento informado.

-Operador de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas que este atendiendo a un niño entre los 4-12 años.

-Operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas que realizarán en el momento algún tratamiento pulpar (pulpotomía o pulpectomía).

- Operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas cuyo paciente no tenga experiencia previa.

Criterios de Exclusión

-Alumnos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas que refieran trabajar en el ámbito odontológico.

-Alumnos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas que padezcan de alguna enfermedad sistémica, psicológica y psiquiátrica.

-Alumnos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas que se encuentren llevando nuevamente el curso.

-Alumnos de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II del octavo y noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas con experiencia odontológica previa fuera de la universidad.

3.3 VARIABLES

VARIABLE: Nivel de ansiedad

INDICADORES: Inventario IDARE
Sistema de Frankl

COVARIABLES:

- Género del operador
- Edad del operador
- Número de cursos que lleva el operador durante el semestre
- Clínica a la cual pertenece el operador
- Comportamiento del niño
- Edad del niño

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nivel de ansiedad según el inventario IDARE en operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas periodo Agosto – Octubre 2015

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CLASIFICACIÓN	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
Nivel de Ansiedad	Estado emocional evaluada como ansiedad-estado y ansiedad rasgo.	variable	Cualitativo	Ordinal	Ansiedad Estado	Inventario IDARE	Alta (> = 45 puntos) Moderada (30-44 puntos) Baja (< = 29 puntos)
					Ansiedad Rasgo		
Género del operador	Grupo de características comunes	covariable	Cualitativo	Dicotómica	--	DNI	Femenino
							Masculino
Edad del operador	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el año actual	covariable	Cualitativo	Ordinal	--	ficha	20-22 años 23-25 años 26-28 años 29 a más años
Número de cursos que lleva el operador durante el semestre	Cantidad de cursos que lleva el alumno en el semestre 2015 – II	covariable	Cualitativo	Ordinal	--	ficha	1-2 cursos 3-4 cursos 5 a más cursos
Clínica a la cual pertenece el operador	Clínica Estomatológica Pediátrica a la cual pertenece en el semestre el operador	covariable	Cualitativo	Dicotómica	--	ficha	CEP I CEP II
Comportamiento del niño	Actitud del niño frente al tratamiento odontológico	covariable	Cualitativo	Ordinal	--	Escala de Frankl	Definitivamente negativo: Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso u otra evidencia de negativismo extremado. Negativo: Dificilmente acepta el tratamiento, no coopera, algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano). Positivo: Acepta el tratamiento, a veces cauteloso, con reservas, muestra voluntad, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando. Definitivamente positivo: Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.
Edad del niño	Tiempo de existencia del niño desde su nacimiento hasta la fecha actual	covariable	cualitativo	Ordinal	--	ficha	4 a 6 años 7 a 9 años 10 a 12 años

3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó una carta de autorización a la directora de la Escuela Profesional de Estomatología, con el fin de autorizar la recolección de datos en la Clínica Estomatológica Pediátrica (CEP) para lo cual el investigador se presentará como Bachiller de Estomatología.

La carta de autorización fue presentada por la investigadora a la docente responsable coordinadora de la Clínica Estomatológica Pediátrica Dra. Jacqueline Céspedes, para luego presentarla a cada uno de los doctores encargados de los módulos pertenecientes a la CEP I y II, a los que se les informó sobre el procedimiento de intervención y recolección de datos. A su vez se les solicitó la información sobre qué alumnos (operadores) realizarán algún tratamiento pulpar en el día.

La recolección de datos se realizó en un solo tiempo (minutos antes de empezar el tratamiento odontológico), para ello se preguntó en cada módulo qué alumnos realizarán algún tratamiento pulpar durante el día; contando con ellos se presentaron la misma información brindada a los docentes explicándoles cómo se llevará a cabo el estudio y entregando el consentimiento informado (ver anexo 1) para ello evitaremos utilizar las palabras "ansiedad, miedo, evaluación"; una vez el operador acepte y firme el consentimiento se precederá a entregarle el inventario IDARE rasgo-estado (ver anexo 2) para su respectivo llenado por el mismo operador.

Luego se procedió a la observación del comportamiento del niño estando el investigador en un lugar estratégico (mesa del docente a cargo del módulo) que

le permita la visión del desempeño del tratamiento por parte del operador. Se procedió a clasificar al niño según el Sistema de Frankl. (ver anexo 3)

Frankl encuadra el comportamiento del niño en una de las cuatro categorías:

Tipo 1: Definitivamente negativa.

Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.

Tipo 2: Negativo.

Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).

Tipo 3: Positivo

Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

Tipo 4: Definitivamente positivo.

Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.

Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado

Se proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 puntos.

Primer paso. Se debe determinar la suma del puntaje alcanzado en cada ítem para los reactivos directos (A) en la escala A-estado como en la escala A-Rasgo.

Segundo paso. Debemos restar la suma del puntaje alcanzado en cada ítem para los reactivos inversos (B) en ambas escalas.

Tercer paso. Se añade la constante apropiada, que es igual a cinco veces el número total de reactivos inversos en cada escala; siendo para A- Estado la constante (+50) y para A-Rasgo la constante (+35).

Cuarto paso. Las cantidades resultantes son las calificaciones adecuadas determinadas para las escalas A- Estado y A- Rasgo.

A- Estado

Ítems de la escala A-Estado:

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18 = A \text{ (reactivos directos)}$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20 = B \text{ (reactivos inversos)}$$

$$(A-B)+50 =$$

___ Alto ($> = 45$)

___ Medio (30-44)

___ Bajo ($< = 29$)

A- Rasgo

Ítems de la escala A-Rasgo:

22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 =A (reactivos directos)

21+26+27+30+33+36+39 =B (reactivos inversos)

(A-B)+35=

___ Alto (> = 45)

___ Medio (30-44)

___ Bajo (< = 29)

3.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para la presentación de resultados se utilizaron tablas simples y de contingencia, acompañadas de gráficos de sectores y barras. Se tomarán distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central. Para el análisis de las relaciones de variables, se tomará la Prueba de Chi cuadrado para observar las relaciones entre variables categóricas, el coeficiente Gamma para observar relaciones entre variables ordinales y la prueba de T de Student para observar diferencia de medias frente a variables dicotómicas.

3.6 IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación se encuentra enmarcada en los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptando los valores representados en el Reporte Belmont.

El estudio está enmarcado dentro de los principios básicos éticos para investigación en seres humanos. El Respeto, está reflejado en el uso del Consentimiento Informado, en el que se informará al sujeto sobre la técnica a ser utilizada, el propósito del estudio, la voluntariedad de su ingreso, y también de su retiro, si así lo quisiera, sin ninguna consecuencia negativa. Se mantuvo protegida la identidad de los alumnos mediante códigos según su número de ficha. El cumplir con el valor de Justicia, la muestra será aleatorizada, teniendo toda la población la misma oportunidad de formar parte de cada grupo de estudio.

El autor declara no tener ningún conflicto de interés con el presente trabajo de investigación.

4. RESULTADOS

Se observaron 130 operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas, a los que se les aplicó el inventario IDARE para medir el nivel de ansiedad Rasgo- Estado de los operadores antes de realizar un tratamiento pulpar ; durante el periodo Agosto- Setiembre 2015.

Tabla N° 1

Distribución de frecuencia de las características demográficas de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio.

		N	%
Edad del operador	20 a 22 años	36	27,7%
	23 a 25 años	53	40,8%
	26 a 28 años	20	15,4%
	Mayor de 29 años	21	16,2%
Género del operador	Femenino	81	62,3%
	Masculino	49	37,7%
Clínica a la cual pertenece el operador	CEP I	65	50,0%
	CEP 2	65	50,0%
Número de cursos que lleva el operador durante el semestre	1 a 2	44	33,8%
	3 a 4	47	36,2%
	5 a más	39	30,0%

En la Tabla N° 1 se presentan las características demográficas de la población de operadores evaluada donde se observa que, 36 (27,7%) pertenecen al grupo etario de 20 a 22 años, 53 (40,8%) al grupo de 23 a 25 años, 20 (15,4%) al grupo de 26 a 28 años y 21 (16,2%) al grupo mayor de 29 años de edad.

De los operadores observados en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la UAP, 81 (62,3%) de los operadores son de sexo masculino y 49 (37,7%) de sexo femenino.

Además, 65 (50%) pertenecen a la Clínica Estomatológica Pediátrica I y 65 (50%) a la Clínica II.

44 (33,8%) operadores refieren estar matriculados en 1 a 2 cursos para el semestre 2015-II, 47 (36,2% en 3 a 4 cursos y 39 (30%) refieren estar matriculados en 5 o más.

Tabla N° 2

Distribución de frecuencia de las características demográficas de los niños atendidos por los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio.

		N	%
Edad del niño	4 a 6 años	58	44,6%
	7 a 9 años	62	47,7%
	10 a 12 años	10	7,7%
Comportamiento del niño	Definitivamente negativo	0	,0%
	Negativo	9	6,9%
	Positivo	32	24,6%
	Definitivamente positivo	89	68,5%

En la tabla N°2 se observa que, de los niños atendidos por los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica incluidos en el estudio, 58 (44,6%) tienen entre 4 a 6 años, 62 (47,7%) tienen entre 7 a 9 años, 10 (7,7%) tienen entre 10 a 12 años.

Según su comportamiento 0 (0%) son definitivamente negativo, 9 (6,9%) son negativo, 32 (24,6%) son positivo, 89 (68,5%) son definitivamente positivo.

El inventario IDARE tiene 2 dimensiones de la ansiedad: Ansiedad – Rasgo, que nos permite describir cómo se sienten generalmente y una Ansiedad – Estado, que nos muestra cómo se sienten en un momento dado.

Tabla N° 3

Medidas de tendencia central de la puntuación del nivel de ansiedad obtenida en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas hallada mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

	IDARE	
	Estado	Rasgo
Media	36,95	36,05
DE	6,77	7,24
Mediana	37,00	35,00
Moda	33,00	33,00
Máximo	60,00	68,00
Mínimo	24,00	20,00

En la Tabla N°3 se observan las medidas de tendencia central de la puntuación total obtenida mediante la aplicación del IDARE, donde la dimensión Estado obtuvo una media de 36,95 (DE 6,77), con un puntaje máximo de 60 y un mínimo de 24, lo que significa una ansiedad media ante los estímulos del momento. La dimensión Rasgo obtuvo una media de 36,05 (DE 7,24), con un puntaje máximo de 68 y un mínimo de 20, lo que significa una ansiedad media ante su vida diaria.

Tabla N° 4

Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio.

	IDARE-Estado		IDARE-Rasgo	
	N	%	N	%
Alto	17	13,1%	16	12,3%
Medio	96	73,8%	92	70,8%
Bajo	17	13,1%	22	16,9%

En la Tabla N°4 se observa los niveles de ansiedad de acuerdo al IDARE, donde 17 (13,1%) operadores presentaron un Estado alto, 96 (73,8%) un estado medio y 92 (70,8%) un estado bajo. Además, 16 (12,3%) presentaron un rasgo alto, 92 (70,8%) un rasgo medio y 22 (16,9%) un rasgo bajo.

Tabla N° 5

Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según el género del alumno.

			IDARE-Estado		IDARE-Rasgo	
			N	%	N	%
Género del operador	Femenino	Alto	9	11,1%	10	12,3%
		Medio	59	72,8%	57	70,4%
		Bajo	13	16,0%	14	17,3%
	Masculino	Alto	8	16,3%	6	12,2%
		Medio	37	75,5%	35	71,4%
		Bajo	4	8,2%	8	16,3%

$\chi^2 = 2,117$ GL= 2 $p_{ESTADO} = 0,347$

$\chi^2 = 0,22$ GL= 2 $p_{RASGO} = 0,989$

En la Tabla N°4 se observa los niveles de ansiedad de acuerdo al IDARE, donde 9 (11,1%) operadores de sexo femenino presentaron un estado alto, 59 (72,8%) un estado medio y 13 (16%) un estado bajo. Por otro lado, 10 (12,3%) presentaron un rasgo alto, 57 (70,4%) un rasgo medio y 14 (17,3%) un rasgo bajo.

Además, 8 (16,3%) de los operadores de sexo masculino presentaron un Estado alto, 37 (75,5%) un estado medio y 4 (8,2%) un estado bajo. Por otro lado, 6 (12,2%) presentaron un rasgo alto, 35 (71,4%) un rasgo medio y 8 (16,3%) un rasgo bajo.

Según la prueba de chi cuadrado de Pearson, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre el género y las dimensiones Estado y Rasgo del IDARE.

Tabla N° 6

Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según la edad del alumno.

		IDARE-Estado		IDARE-Rasgo		
		N	%	N	%	
Edad del operador	20 a 22 años	Alto	3	8,3%	5	13,9%
		Medio	27	75,0%	25	69,4%
		Bajo	6	16,7%	6	16,7%
	23 a 25 años	Alto	6	11,3%	4	7,5%
		Medio	39	73,6%	39	73,6%
		Bajo	8	15,1%	10	18,9%
	26 a 28 años	Alto	4	20,0%	3	15,0%
		Medio	15	75,0%	15	75,0%
		Bajo	1	5,0%	2	10,0%
Mayor de 29 años	Alto	4	19,0%	4	19,0%	
	Medio	15	71,4%	13	61,9%	
	Bajo	2	9,5%	4	19,0%	

Gamma= -0,246 p_{ESTADO}= 0,810

Gamma= -0,060 p_{RASGO}= 0,683

En la Tabla N°5 se observa los niveles de ansiedad de acuerdo al IDARE, donde 3 (8,3%) operadores entre 20 a 22 años presentaron un estado alto, 27 (75,0%) un estado medio y 6 (16,7%) un estado bajo. Por otro lado, 5 (13,9%) presentaron un rasgo alto, 25 (69,4%) un rasgo medio y 6 (16,7%) un rasgo bajo.

De los operadores entre 23 a 25 años, 6 (11,3%) presentaron un estado alto, 39 (73,6%) un estado medio y 8 (15,1%) un estado bajo. Por otro lado, 4 (7,5%) presentaron un rasgo alto, 39 (73,6%) un rasgo medio y 10 (18,9%) un rasgo bajo.

De los operadores entre 26 a 28 años, 4 (20,0%) presentaron un estado alto, 15 (75,0%) un estado medio y 1 (5,0%) un estado bajo. Por otro lado, 3 (15,0%) presentaron un rasgo alto, 15 (75,0%) un rasgo medio y 2 (10,0%) un rasgo bajo.

De los operadores mayores de 29 años, 4 (19,0%) presentaron un estado alto, 15 (71,4%) un estado medio y 2 (9,5%) un estado bajo. Por otro lado, 4 (19,0%) presentaron un rasgo alto, 13 (61,9%) un rasgo medio y 4 (19%) un rasgo bajo.

Según el coeficiente Gamma, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre la edad y las dimensiones Estado y Rasgo del IDARE.

Tabla N° 7

Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según el número de cursos que lleva el operador durante el semestre 2015-II.

			IDARE-Estado		IDARE-Rasgo	
			N	%	N	%
Número de cursos	1 a 2	Alto	2	4,5%	3	6,8%
		Medio	35	79,5%	31	70,5%
		Bajo	7	15,9%	10	22,7%
	3 a 4	Alto	8	17,0%	10	21,3%
		Medio	32	68,1%	28	59,6%
		Bajo	7	14,9%	9	19,1%
	5 a más	Alto	7	17,9%	3	7,7%
		Medio	29	74,4%	33	84,6%
		Bajo	3	7,7%	3	7,7%

Gamma= -0,290 $P_{ESTADO}= 0,033$

Gamma= -0,200 $P_{RASGO}= 0,101$

En la Tabla N°6 se observa los niveles de ansiedad de acuerdo al IDARE, donde para la dimensión Estado, 2 (4,5%) operadores matriculados en 1 a 2 cursos presentan un nivel alto, 35 (79,5%) presentan un nivel medio y 7 (15,9%) presentan un nivel bajo. 8 (17,0%) operadores matriculados en 3 a 4 cursos presentan un nivel alto, 32 (68,1%) presentan un nivel medio y 7 (14,9%) presentan un nivel bajo. 7 (17,9%) operadores matriculados en 5 a más cursos presentan un nivel alto, 29 (74,4%) presentan un nivel medio y 3 (7,7%) presentan un nivel bajo.

Para la dimensión Rasgo, 3 (6,8%) operadores matriculados en 1 a 2 cursos presentan un nivel alto, 31 (70,5%) presentan un nivel medio y 10 (22,7%)

presentan un nivel bajo. 10 (21,3%) operadores matriculados en 3 a 4 cursos presentan un nivel alto, 28 (59,6%) presentan un nivel medio y 9 (19,1%) presentan un nivel bajo. 3 (7,7%) matriculados en 5 a más cursos presentan un nivel alto, 33 (84,6%) presentan un nivel medio y 3 (7,7%) presentan un nivel bajo.

Según el coeficiente Gamma, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre el número de cursos en los cuales están matriculados los operadores y la dimensión Ansiedad Rasgo, sin embargo sí existe relación estadísticamente significativa ($p = 0,033$) entre el número de cursos en los cuales están matriculados los operadores y la dimensión Ansiedad -Estado del IDARE.

Tabla N° 8

Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según la clínica a la cual pertenece.

			IDARE-Estado		IDARE-Rasgo	
			N	%	N	%
Clínica a la cual pertenece	CEP I	Alto	14	21,5%	9	13,8%
		Medio	47	72,3%	48	73,8%
		Bajo	4	6,2%	8	12,3%
	CEP 2	Alto	3	4,6%	7	10,8%
		Medio	49	75,4%	44	67,7%
		Bajo	13	20,0%	14	21,5%

$\chi^2 = 11,924$ $GL = 2$ $p_{ESTADO} = 0,003$

$\chi^2 = 2,060$ $GL = 2$ $p_{RASGO} = 0,357$

En la Tabla N°9 se observa los niveles de ansiedad de acuerdo al IDARE, donde para la dimensión Estado, 14 (21,5%) operadores de la CEP I presentan un nivel alto, 47 (72,3%) presentan un nivel medio y 4 (6,2%) presentan un nivel bajo. 3 (4,6%) operadores de la CEP II presentan un nivel alto, 49 (75,4%) presentan un nivel medio y 13 (20%) presentan un nivel bajo.

Para la dimensión Rasgo, 9 (13,8%) operadores de la CEP I presentan un nivel alto, 48 (73,8%) presentan un nivel medio y 8 (12,3%) presentan un nivel bajo. 7 (10,8%) operadores de la CEP II presentan un nivel alto, 44 (67,7%) presentan un nivel medio y 14 (21,5%) presentan un nivel bajo.

Según la prueba de chi cuadrado de Pearson, se concluye que existe relación estadísticamente significativa ($p=0,003$) entre la clínica a la cual pertenecen los operadores y las dimensión Ansiedad Estado del IDARE, a diferencia de la relación no significativa con la dimensión Ansiedad Rasgo ($p=0,357$).

Tabla N° 9

Medidas de tendencia central de la puntuación del nivel de ansiedad obtenida en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas hallada mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), según la clínica a la cual pertenece.

			IDARE-Estado	IDARE-Rasgo
Clínica a la cual pertenece	CEP I	Media	39,00	36,85
		DE	6,89	7,48
		Máximo	60,00	68,00
		Mínimo	25,00	24,00
	CEP 2	Media	34,89	35,26
		DE	6,02	6,96
		Máximo	48,00	53,00
		Mínimo	24,00	20,00

T= 3,620 GL= 128 p_{ESTADO}= 0,000

T= 1,250 GL= 128 p_{RASGO}= 0,214

En la Tabla N°10 se observan las medidas de tendencia central de la puntuación obtenida mediante la aplicación del IDARE, donde los operadores pertenecientes a la CEP I presentan una dimensión Estado media de 39,00 (DE 6,89), con un puntaje máximo de 60 y un mínimo de 25. La dimensión Rasgo obtuvo una media de 36,85 (DE 7,48), con un puntaje máximo de 68 y un mínimo de 24. Los operadores pertenecientes a la CEP II presentan una dimensión Estado media de 34,89 (DE 6,02), con un puntaje máximo de 68 y un mínimo de 24. La dimensión Rasgo obtuvo una media de 35,26 (DE 6,96), con un puntaje máximo de 53 y un mínimo de 20. De acuerdo a la prueba de T de Student, se concluye que existe relación significativa ($p= 0,000$) entre la dimensión Estado y la clínica a la cual pertenecen los operadores, mientras que

esta relación es ausente ($p= 0,214$) entre la dimensión Rasgo y la clínica a la cual pertenece el operador.

Tabla N° 10

Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según el comportamiento del niño atendido, de acuerdo a la escala de Frankl.

			IDARE-Estado		IDARE-Rasgo	
			N	%	N	%
Comportamiento del niño	Definitivamente negativo	Alto	0	,0%	0	,0%
		Medio	0	,0%	0	,0%
		Bajo	0	,0%	0	,0%
	Negativo	Alto	1	11,1%	0	,0%
		Medio	6	66,7%	7	77,8%
		Bajo	2	22,2%	2	22,2%
	Positivo	Alto	4	12,5%	5	15,6%
		Medio	23	71,9%	21	65,6%
		Bajo	5	15,6%	6	18,8%
	Definitivamente positivo	Alto	12	13,5%	11	12,4%
		Medio	67	75,3%	64	71,9%
		Bajo	10	11,2%	14	15,7%

Gamma= -0,144 $p_{ESTADO}= 0,446$

Gamma= -0,940 $p_{RASGO}= 0,541$

En la Tabla N°7 se observa los niveles de ansiedad de acuerdo al IDARE, donde para la dimensión Estado, 1 (11,1%) operador que atiende a un niño con comportamiento negativo presenta un nivel alto, 6 (66,7%) presentan un nivel medio y 2 (22,2%) presentan un nivel bajo. 4 (12,5%) operadores que atienden

a niño con comportamiento positivo presenta un nivel alto, 23 (71,9%) presentan un nivel medio y 5 (15,6%) presentan un nivel bajo. 12 (13,5%) operadores que atienden a niño con comportamiento definitivamente positivo presenta un nivel alto, 67 (75,3%) presentan un nivel medio y 10 (11,2%) presentan un nivel bajo.

Para la dimensión Rasgo, ningún operador que atiende a un niño con comportamiento negativo presenta un nivel alto, 7 (77,8%) presentan un nivel medio y 2 (22,2%) presentan un nivel bajo. 5 (15,6%) operadores que atienden a niño con comportamiento positivo presenta un nivel alto, 21 (65,6%) presentan un nivel medio y 6 (18,8%) presentan un nivel bajo. 11 (12,4%) operadores que atienden a niño con comportamiento definitivamente positivo presenta un nivel alto, 64 (71,9%) presentan un nivel medio y 14 (15,7%) presentan un nivel bajo.

Según el coeficiente Gamma, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre el comportamiento del niño al cual atienden y las dimensiones de Ansiedad Estado y Rasgo del IDARE.

Tabla N° 11

Niveles de ansiedad obtenidos mediante el uso del IDARE en los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluidos en el estudio, según la edad del niño atendido.

			IDARE-Estado		IDARE-Rasgo	
			N	%	N	%
Edad del niño	4 a 6 años	Alto	7	12,1%	8	13,8%
		Medio	43	74,1%	40	69,0%
		Bajo	8	13,8%	10	17,2%
	7 a 9 años	Alto	8	12,9%	6	9,7%
		Medio	46	74,2%	45	72,6%
		Bajo	8	12,9%	11	17,7%
	10 a 12 años	Alto	2	20,0%	2	20,0%
		Medio	7	70,0%	7	70,0%
		Bajo	1	10,0%	1	10,0%

Gamma= -0,820

$p_{ESTADO}= 0,629$

Gamma= -0,011

$p_{RASGO}= 0,947$

En la Tabla N°8 se observa los niveles de ansiedad de acuerdo al IDARE, donde para la dimensión Estado, 7 (12,1%) operadores que atienden a niños de 4 a 6 años presentan un nivel alto, 43 (74,1%) presentan un nivel medio y 8 (13,8%) presentan un nivel bajo. 8 (12,9%) operadores que atienden a niños de 7 a 9 años presentan un nivel alto, 46 (74,2%) presentan un nivel medio y 8 (12,9%) presentan un nivel bajo. 2 (20%) operadores que atienden a niños de 7 a 9 años presentan un nivel alto, 7 (70%) presentan un nivel medio y 1 (10%) presentan un nivel bajo.

Para la dimensión Rasgo, 8 (13,8%) operadores que atienden a niños de 4 a 6 años presentan un nivel alto, 40 (69%) presentan un nivel medio y 10 (17,2%) presentan un nivel bajo. 6 (9,7%) operadores que atienden a niños de 7 a 9

años presentan un nivel alto, 45 (72,6%) presentan un nivel medio y 11 (17,7%) presentan un nivel bajo. 2 (20%) operadores que atienden a niños de 7 a 9 años presentan un nivel alto, 7 (70%) presentan un nivel medio y 1 (10%) presentan un nivel bajo.

Según el coeficiente Gamma, se concluye que no existe relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre la edad del niño atendido y las dimensiones Estado y Rasgo del IDARE.

5. DISCUSIÓN

La muestra estuvo conformada por 130 estudiantes de odontología que cursaban el semestre 2015-II. El 62,3% fueron del género femenino y 37,7% de género masculino.

La Ansiedad en el presente estudio fue evaluada a través del Inventario IDARE (versión español del STAI) , debido a ser un instrumento ya validado y de fácil manejo. Este instrumento permite describir la ansiedad en dos dimensiones: Ansiedad -Estado y Ansiedad -Rasgo.

En relación a los niveles de ansiedad-estado, el presente trabajo obtuvo que 17 (13,1%) operadores tuvieron un nivel de ansiedad-estado bajo, 96 (76,8%) medio y 17 (13,1%) alto, 22 (16,9%) operadores presentaron un nivel de ansiedad-rasgo bajo, 92 (70,8%) medio y 16 (12,3%) alto; observándose que el mayor porcentaje es el de ansiedad media tanto para estado como rasgo, ello coincide con los resultados de Esser de Rojas (2005) que obtuvo un 86% de alumnos con niveles de ansiedad moderada; contrario a la ansiedad-estado en el estudio de Corsini (2012) y Martínez (2004) donde el mayor porcentaje fue elevado en 57,4% y 52,67% respectivamente; pero sí se asemeja a la ansiedad-rasgo del trabajo de Corsini donde sus mayores concentraciones se presentaron en un nivel medio 53,7% a diferencia del estudio de Martínez que sí obtuvo mayores concentraciones en un nivel bajo 41,33% de ansiedad – rasgo.

Martínez (2004) sostiene que en general, dentro de su muestra total de 150 odontólogos practicantes el género femenino 74,64% experimenta niveles elevados de ansiedad-estado en la práctica odontopediátrica a diferencia de 36,61% para el género masculino; esto coincide con la investigación más reciente dada por Mejía (2013) en donde se observó que el nivel de ansiedad-estado en el género femenino antes de realizar un tratamiento invasivo en niños fue 54,5% alto a diferencia de 37,1% para el género masculino en donde el mayor porcentaje 40,4% fue en el nivel de ansiedad media, interesante observar que las puntuaciones de esta dimensión también coinciden con la investigación de Corsini (2012) en la que califican un nivel de ansiedad alto para ambos sexos; en la presente investigación se obtuvo como resultado una ansiedad media tanto para el género femenino 72,8% como masculino 75,5% ; viéndose un dato importante contradictorio a las tesis anteriormente mencionadas es así que se observó en un menor porcentaje y con una diferencia no significativa ($p>0,05$) que el género masculino 16,3% posiblemente presente un mayor nivel de ansiedad-estado que el sexo femenino 11,1% , sin embargo debemos tomar en cuenta que este dato pudo ser influenciado por la menor cantidad de operadores masculinos evaluados en la presente investigación.

En la tesis de Mejía(2004) la tendencia a experimentar ansiedad elevada durante la vida (ansiedad- rasgo), se inclina hacia el género femenino en un 80% a diferencia de un 20 % para el género masculino; Corsini(2012) no observó diferencia estadísticamente significativa en ninguno de los semestres o años académicos según género, en el siguiente estudio se presentó un nivel de ansiedad medio para ambos géneros 70,45% para género femenino y 71,4%

para el género masculino no teniendo diferencia estadísticamente significativa ($p>0,05$).

En la presente investigación encontramos niveles de ansiedad media tanto para la dimensión estado como rasgo en los distintos grupo etarios que va de 20 a 22 años, 23 a 25 años , 26 a 28 años y de 29 años a más; lo cual podría decir que los operadores no se ven influenciados por la edad en la manifestación de ansiedad en el ambiente odontopediátrico, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p>0,05$); sin embargo en el estudio de Martínez observó mayor número de casos de nivel elevado de ansiedad-estado hacia las edades entre 22 y los 26 años ; y nivel bajo de ansiedad –rasgo entre el mismo grupo etario.

En el presente estudio se observó que la mayoría de los operadores que pertenecen a la CEP I y CEP II presentaron un nivel de ansiedad estado- rasgo medio, existiendo relación estadísticamente significativa ($p=0,003$) entre la clínica a la cual pertenecen los operadores y la dimensión ansiedad -estado siendo la Clínica Estomatológica Pediátrica I (CEP I) la que posiblemente tiene un ligero aumento de operadores (21,5%) que presentan un nivel alto de ansiedad estado, a diferencia de los de la CEP II donde (4,6%) operadores presentan un nivel alto. Para el estudio de Mejía (2013) planteó que el nivel de ansiedad-estado antes de realizar un tratamiento invasivo en alumnos de 4to año fue alto en 60,7% y en estudiantes de 5to año fue medio en 51,7%. Al igual los resultados de Martínez revelan que un 60% de los practicantes de odontología de cuarto año experimentan niveles elevados de ansiedad y 44% en practicantes de 5to ,aunque de una manera ligeramente menor que a comparación de los practicantes de 4to; estos resultados nos evidencian que

de igual manera los operadores de 4to año que cursan la primera clínica pediátrica presentan mayor ansiedad, que los que llevan las siguientes clínicas lo cual puede interferir en gran magnitud el desempeño normal de las actividades de los operadores. un trabajo que no se asemeja al presente y los anteriores es el estudio de Corsini (2012) cuyos puntajes promedio de la escala Ansiedad-Estado se inclinan por 48,8 (8vo semestre) y 55,5 (10mo semestre) concluyendo que sí existe relación estadísticamente significativa ($p=0,000$) la cual prueba la tendencia al aumento en medida que se avanza la malla curricular ;en la presente investigación los puntajes promedios resultados fueron contrarios 39,00 y 34,89 respectivamente; en la escala ansiedad - Rasgo los puntajes promedio califican en nivel de ansiedad medio.

La diferencia de este trabajo con los realizados anteriormente, fue incluir otras covariables como el número de cursos que lleva el alumno, comportamiento y edad del niño atendido por el operador, de esta manera evaluar mejor los factores que puedan influir en la ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Con respecto al número de cursos que llevan la mayor parte de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II durante el semestre presentan una ansiedad media tanto rasgo como estado sin embargo, observamos que existe relación estadísticamente significativa ($p=0,033$) con la ansiedad - estado, lo cual nos indicaría que podría existir la probabilidad que mientras más cursos se lleve durante el semestre la ansiedad – estado pueda ir en aumento; sin embargo no existe relación estadísticamente significativa ($p>0,05$) con la ansiedad - rasgo.

No se observó relación estadísticamente significativa ($p>0,05$) entre el comportamiento del niño y la ansiedad en los operadores a pesar de que inicialmente se podría creer que este sería un factor de influencia, sin embargo debemos tener en cuenta que la cantidad de pacientes con comportamiento negativo fue mucho menor comparado el número de niños positivos y definitivamente positivos incluso no se observó ningún paciente con comportamiento definitivamente negativo; no obstante esta es la muestra más representativa que se tomó en la clínica Estomatológica pediátrica I y II.

Se observa un mayor porcentaje en los niveles de ansiedad media tanto para ansiedad estado como ansiedad rasgo con respecto a todos los grupos etarios de 4 a 6 años, 7 a 9 años y de 10 a 12 años de los niños atendidos por los operadores, a pesar inicialmente podíamos creer que el hecho de atender a niños de menor edad como de 4 a 6 años podría influir notablemente en la ansiedad estado de los operadores de las Clínicas Estomatológicas Pediátricas de la Universidad Alas Peruanas cual fue negado con los resultados obtenidos en el presente trabajo; por lo que se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la edad del niño atendido y las dimensiones Estado y Rasgo del IDARE.

6. CONCLUSIONES

- Según el inventario IDARE la mayor parte de los operadores de la Clínica Estomatológica Pediátrica (73,8%) presenta un estado de ansiedad medio presentándose de manera similar tanto para las dimensiones rasgo como estado.
- Se observó que la mayor parte, tanto de hombre como mujeres, presentaron un nivel de ansiedad- estado y ansiedad- rasgo medio, sin existir diferencia estadísticamente significativa entre ambos géneros para ambos dominios.
- Se observó que la mayor parte de los operadores de los diferentes grupos etarios, presentaron un nivel de ansiedad- estado y ansiedad- rasgo medio, sin existir diferencia estadísticamente significativa entre ellos para ambos dominios.
- Se observó que la mayor parte de los operadores matriculados en diferentes números de cursos, presentaron un nivel de ansiedad- estado y ansiedad- rasgo medio, sin existir diferencia estadísticamente significativa entre ellos para la ansiedad- rasgo, pero sí para la ansiedad-estado.
- Se observó que la mayor parte de los operadores que pertenecen a la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II, presentaron un nivel de ansiedad-estado y rasgo medio, existiendo diferencia estadísticamente significativa entre ellos para la ansiedad- estado, pero no para la ansiedad-rasgo.

- Se observó que la mayor parte de los operadores que atendieron a niños con diferentes comportamientos según la escala de Frankl, presentaron una ansiedad – estado y rasgo medios, sin tener diferencia estadísticamente significativa entre ellos para ambos dominios.
- Se observó que la mayoría de los operadores que atendieron a niños con diferentes rangos de edades, presentaron un nivel de ansiedad estado- rasgo medio, sin tener diferencia estadísticamente significativa entre ellos para ambos dominios.

7. RECOMENDACIONES

- Incluir charlas informativas, seminarios o talleres respecto al manejo de la ansiedad en los procedimientos odontológicos, dirigidos a los alumnos especialmente a los que cursan las prácticas clínicas, dando paso a la posible creación de un grupo de asesoramiento estudiantil dado por los propios alumnos que ya cursaron dichas asignaturas satisfactoriamente, con el apoyo de algunos docentes que permita detectar el momento en el cual los alumnos necesiten de orientación sobre el manejo de la ansiedad en su desempeño como operador de la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
- Brindar y difundir los resultados obtenidos en el presente estudio a todo interesado, en especial alumnos operadores de las clínicas de estomatología, para que se informen de la importancia del tema, y cuán importante es controlarlo puesto que puede influir en el desempeño normal de sus actividades tanto profesionales como cotidianas.
- Dar paso a nuevas investigaciones enfocados a definir más a fondo los factores que causan o influyen los diferentes niveles de ansiedad; tomando en cuenta una población netamente más homogénea en número y condiciones.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Corsini MG, Bustos ML, Fuentes NJ, Cantin M. Niveles de ansiedad en la comunidad estudiantil odontológica. Universidad de La Frontera, Temuco - Chile. *Inti. J. Odontostomat.*, 2012; 6(1): 51-7.
- 2.- Terán CH. Asociación de la percepción de estrés de los estudiantes que cursan asignaturas preclínicas con los que cursan asignaturas Clínicas en la Escuela de Odontología de la UPC durante el 2013. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima: UPC, 2014: 1-76 .
- 3.- Morales E. La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Griot*. 2011; 4 (1): 35-48.
- 4.- Buela G, Sierra J. Manual de evaluación y tratamiento psicológico. 2° ed. México. MC Graw-Hill interamericana; 2001:220-5.
- 5.- Virues, RA. Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica*. Publicado 25 de Mayo del 2005 (18 de julio del 2015).
Disponibile en: <http://www-psicologia-cientifica.com/ansiedad-estudio>.
- 6.- Méndez AL. Medición del grado de ansiedad en odontólogos generales, respecto a la atención de pacientes niños en la práctica privada. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Guatemala: Universidad de San Carlos, 2004: 1-57.
- 7.- Carpio C. Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por odontólogos practicantes en las clínicas de la disciplina de odontología del niño y del adolescente de la facultad de odontología de la Universidad San Carlos de Guatemala, y los factores que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Guatemala: Universidad de San Carlos, 2002: 1- 108.

- 8.- Mejía GE. Nivel de ansiedad en estudiantes de estomatología ante el tratamiento odontológico en niños atendidos en la clínica estomatológica de la universidad Nacional de Trujillo. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Trujillo: UNT, 2013: 1-70.
- 9.- Shankarapillai R, Nair MA, George R. The effect of yoga in stress reduction for dental students performing their first periodontal surgery: A randomized controlled study. *International Journal of Yoga*. 2012; 5: 48 - 51.
- 10.- Dávila FA, Ruiz CR, Moncada AL, Gallardo RI. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*. 2011; 20(2):147-72.
- 11.- Esser de Rojas J, Couto CM, López DB, Tirado I, Viaña Francys. Ansiedad y autovaloración afectiva en estudiantes de odontología. *Odous científica*. 2005; 6(2): 1- 27.
- 12.- Martínez CG. Medición del nivel de ansiedad en odontólogos practicantes, respecto a la atención de pacientes atendidos en la Clínica del Área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Guatemala: Universidad de San Carlos, 2004: 1- 98.
- 13.- Piazza- Waggoner C, Cohen L, Kohli K, Taylor B. Stress Management for Dental Students Performing Their First Pediatric Restorative Procedure. *Journal of Dental Education*. 2003; 67(5): 542-8.
- 14.- Mishel W. Teorías de la personalidad. México: Mc Graw-Hill; 1998:409-17.
- 15.- Pancheri P. Manual de psiquiatría clínica. México: Trillas; 1982: 33-49.
- 16.- Pichot P, López-Ibor J, Valdés. M.DSM- IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995: 1- 897

17.- Reyes J. Trastornos de ansiedad Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. 2010: 1- 34.

18.- Brai. R. Psicosis Psicología y Nutrición: Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de la Alimentación. Psicosis
Disponible en: <https://psicosis.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>

19.- Arlington VA. Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM-5. Washington D.C. Asociación Americana de Psiquiatría; 2013: 129 - 45.

20.- Spielberger Ch. IDARE inventario de ansiedad rasgo-estado. Bogotá. El manual moderno; 1975: 1-28.

21.- Gonzáles F. Instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana: Ciencias Médicas; 2007: 167-74.

22.- Arias-Galicia LF. Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. Rev.Intercont.Psicol. Educ. 1990; 3: 49-85.

23.- Castillo R. Manejo del Comportamiento del Niño. Colombia: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 1996.

24.- Cárdenas D. Fundamentos de odontología, Odontología pediátrica. 3°ed. Medellín. Editorial CIB; 2003: 1- 25.

9. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....

Yo,.....identificado con DNI N° he sido informado por el Bachiller Ana Manuela Orué Mamani de la Escuela Profesional de Estomatología sobre la ejecución de su estudio en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II de la Universidad Alas Peruanas periodo Agosto – Setiembre 2015

El investigador me ha informado de las ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de retirarme de la investigación cuando yo decide.

Además, se me ha explicado que los resultados obtenidos serán totalmente confidenciales, que la ficha de recolección de datos guardará el anonimato de mi identidad.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para formar parte del presente estudio.

.....

Firma del alumno

DNI:

Anexo. 2

INVENTARIO IDARE

N° de ficha:
SXE

Género: _____ Edad: _____ N° de cursos que lleva: _____

Comportamiento del niño: _____ Edad del niño: _____ CEP: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con un círculo la alternativa que indique **cómo se siente ahora mismo**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate describa cómo se siente en este momento.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

INVENTARIO IDARE

N° de ficha:
SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trata de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como todos parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila , serena y sosegada "	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancias	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas con excesiva preocupación	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de no enfrentarme a la crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos en que me ocupo me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Escala de Frankl

Características	X
Tipo1: Definitivamente negativa. Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.	
Tipo 2: Negativo. Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano).	
Tipo 3: Positivo Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.	
Tipo 4: Definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.	

Calificación del IDARE

A-Estado

A Reactivos Directos	B Reactivos Inversos

$$(A - B) + 50 = X \text{ puntos}$$

$$(\text{---} - \text{---}) + 50 = \text{---} \text{ puntos}$$

___ Alto (> = 45)

___ Medio (30-44)

___ Bajo (< = 29)

A-Rasgo

A Reactivos Directos	B Reactivos Inversos

$$(A - B) + 35 = X \text{ puntos}$$

$$(\text{---} - \text{---}) + 35 = \text{---} \text{ puntos}$$

___ Alto (> = 45)

___ Medio (30-44)

___ Bajo (< = 29)

Figura 1.



Toma de los datos del operador y consentimiento informado

Figura 2.



Llenado del inventario IDARE

Figura 3.



Clínica estomatológica pediátrica I

Figura 4.



Clínica estomatológica pediátrica II

10. GLOSARIO

Agorafobia : Este trastorno consiste en un miedo y una ansiedad intensos de estar en lugares de donde es difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda.

Ansiedad- Estado: Estado emocional transitorio del organismo humano.

Ansiedad- Rasgo: Diferencias entre las personas a responder ante situaciones percibidas como amenazantes.

Mutismo : Suspensión del habla por parte de un individuo.

Nosografía : Parte de la nosología que se encarga de la descripción de las enfermedades de forma sistemática (por aparatos, etiología, fisiopatogenia, clínica, diagnóstico, tratamiento, evolución).

Somático : Los síntomas somáticos son unos síntomas clínicos que provienen del cuerpo, mientras que los síntomas psíquicos conciernen a la mente y a su funcionamiento.