



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



Universidad
Andina
del Cusco



RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ANSIEDAD Y LA INTENSIDAD DE DOLOR DENTAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLÍNICO PARROQUIAL DE BELÉN, CUSCO 2021

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

Bach. KAROL ELIZABETH
BOBADILLA CHAVEZ

ASESOR:

Dr. Alhi Jordán Herrera Osorio

CUSCO- PERU

2021



AGRADECIMIENTO

De primera instancia agradezco a Dios, por permitirme cumplir con disciplina el desarrollo de esta tesis, por mostrarme que estás conmigo siempre cuando celebro mis logros, así como también lo estas cuando caigo y me pones a prueba. Nunca dejare de agradecer que es gracias a ti que esta meta esta cumplida.

A mis padres Elizabeth y Ladyslao, gracias por su apoyo, constancia, amor y esfuerzo que tuvieron por ayudarme a llegar al punto donde me encuentro, sumado a ello la motivación constante que me apoya día a día a crecer y ser mejor persona.

A los Dres. Nancy y Pedro, les agradezco no solo por el apoyo que me brindaron, sino por los buenos momentos en los que compartimos.

A mi asesor de tesis el Dr. Alhi Jordan Herrera Osorio, gracias por la paciencia, los consejos y la enseñanza durante todo este tiempo.



DEDICATORIA

Este trabajo de tesis se la dedico a mis padres, ya que gracias a ellos pude culminar mi carrera universitaria, gracias por apoyarme un sinfín de veces en cada decisión que tome y que a pesar de la distancia siempre están motivándome incondicionalmente para que pueda llegar a ser mejor cada día.



JURADO DE TESIS

Dictaminantes

Dr. CD. Cesar Enrique Herrera Menéndez

Mtro.CD. José Antonio Alanya Ricalde

Replicante

Mtro.CD. Nancy Elizabeth Ucañani Ascue

Mtro.CD. Rocio Cabrera Cuentas

Asesor de Tesis

MTRO.CD. ALHI JORDAN HERRERA OSORIO



RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito determinar la relación entre el grado de ansiedad y la intensidad del dolor dental en el tratamiento de conductos en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén ubicado en el distrito de Santiago, perteneciente a la región del Cusco.

Es un tipo de investigación científica de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental - descriptivo, y según su alcance es correlacional. Cuya muestra de estudio estuvo conformada por 50 pacientes de ambos géneros con edades que oscilan desde los 18 años en adelante. Se utilizó la *Escala dental de Ansiedad Modificada* para recopilar datos sobre el grado de ansiedad antes de que los pacientes recibieran el tratamiento y para medir la intensidad del dolor se usó la *Escala visual Análoga* al término del tratamiento de conductos. Demostrándose así que un 90% de la muestra presento algún grado de ansiedad, además que se corrobora que existe una asociación entre el grado de ansiedad y el grupo etario en vista que este disminuye según aumente la edad, además no se encontró asociación significativa de relación entre el grado de ansiedad con el sexo femenino o masculino. En cuanto al dolor se demostró que los que percibieron mayor intensidad de dolor postratamiento fueron los varones en comparación de las mujeres, siendo ellas las que más toleran el dolor y según la edad se confirmó que a menor edad la intensidad de dolor es mayor. Concluyendo así que el grado de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor de manera directa y positiva, donde a mayor grado de ansiedad mayor será la intensidad del dolor.

Palabras claves: Ansiedad dental, Dolor dental, tratamiento de conductos.



SUMMARY

The purpose of this research is to determine the relationship between the degree of anxiety and the intensity of dental pain during root canal treatment in patients who come to the Belen Parish Polyclinic.

It is a type of scientific research with a quantitative, non-experimental, descriptive, descriptive, cross-sectional design and correlational in scope. The study sample consisted of 50 patients of both genders with ages ranging from 18 years and older. The Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) was used to collect data on the degree of anxiety before the patients received treatment and the Visual Analog Scale (VAS) was used to measure the intensity of pain at the end of root canal treatment. It was shown that 90% of the sample presented some degree of anxiety, and it was also corroborated that there is an association between the degree of anxiety and the age group since it decreases with increasing age, and no significant association was found between the degree of anxiety and male or female sex. As for pain, it was shown that those who perceived greater intensity of post-treatment pain were men in comparison with women, being women those who tolerated pain more, and according to age, it was confirmed that the younger the age, the greater the intensity of pain. Thus concluding that the degree of anxiety is directly and positively related to the intensity of pain, where the greater the degree of anxiety, the greater the intensity of pain.

Keywords: Dental anxiety, dental pain, root canal treatment.



INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1.2 Planteamiento del problema	3
1.3 Formulación del problema.....	5
1.3.1. Problema General	5
1.3.2. Problema Específico.....	5
1.4. Objetivos de la Investigación	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivo específico.....	6
1.5. Justificación	7
1.5.1 Conveniencia.	7
1.5.2 Relevancia social.....	7
1.5.3 Implicancias prácticas	7
1.5.4 Valor Teórico	8
1.5.5 Utilidad Metodológica.....	8
1.6. Limitación de la investigación	9
1.7. Aspectos Éticos	9
1.7.1 No maleficencia	9
1.7.2 Justicia	9
1.7.3 Autonomía.....	9
1.7.4 Beneficencia	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.1.1 Antecedentes Internacionales	10
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	14
2.2. Bases Teóricas	19
2.2.1 La Ansiedad	19
a. Características de la Ansiedad.....	19
b. Causas de la Ansiedad.....	20
c. Prevalencia de los Trastornos de la Ansiedad	20
d. Reconocimiento y Evaluación del paciente con Ansiedad	21



e.	Ansiedad Dental.....	21
f.	Evaluación de la Ansiedad Dental.....	22
•	Escala de Ansiedad Corah: (DAS).....	22
•	Escala Modificada de ansiedad dental: (MDAS).....	22
2.2.2.	El Dolor.....	23
a.	Dolor Dental.....	23
b.	Clasificación del Dolor.....	24
c.	Evaluación del Dolor.....	24
•	Escala Visual Análoga: (VAS).....	24
•	Escala Verbal Numérica: (ENV).....	24
•	Escala Descriptiva Verbal: (EDV).....	24
•	Termómetro de dolor de Iowa: (IPT).....	25
d.	Trastorno del dolor dentoalveolar.....	25
2.2.3.	La Endodoncia.....	26
a.	Evolución de la endodoncia.....	26
b.	Enfermedad Pulpar.....	28
c.	Diagnostico endodóntico.....	28
d.	Tratamiento de Conductos.....	32
e.	Preparación biomecánica endodóntica.....	32
f.	Factores que influyen en el dolor post tratamiento de Conductos.....	32
g.	Dolor después del tratamiento de Conductos.....	33
2.2.3	Policlínico Parroquial de Belén.....	34
2.3.	Marco Conceptual.....	35
2.4.	Hipótesis.....	37
2.5.	Variables.....	37
2.6.	Operacionalización de Variables.....	38
CAPÍTULO III	40
DISEÑO METODOLÓGICO	40
3.1.	Tipo de Investigación.....	40
3.2.	Enfoque de la Investigación.....	40
3.3.	Diseño de la Investigación.....	40
3.4.	Población y Muestra.....	41
3.3.1	Descripción de la Población.....	41
3.3.2	Muestra y Método de Muestreo.....	41



3.3.3 Criterios de Inclusión y exclusión	42
3.5. Técnicas de Recolección de datos.....	43
3.4.1 Técnica	43
3.4.2 Instrumento	43
3.6. Técnicas de Procesamiento de datos	46
CAPÍTULO IV	47
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	47
CAPÍTULO V	56
DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	58
SUGERENCIAS	60
Referencias Bibliográficas.....	60



INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	47
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL SEXO EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021	
TABLA N° 2.....	48
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA EDAD EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021 48	
TABLA N° 3.....	49
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021 49	
TABLA N° 4.....	50
GRADO DE ANSIEDAD SEGÚN SEXO EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021	
TABLA N° 5.....	51
GRADO DE ANSIEDAD SEGÚN EDAD EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021	
TABLA N° 6.....	52
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL NIVEL DE INTENSIDAD DEL DOLOR DENTAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021 52	
TABLA N° 7.....	53
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DOLOR DENTAL SEGÚN SEXO EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021	
TABLA N° 8.....	54
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DOLOR DENTAL SEGÚN EDAD EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021	
TABLA N° 9.....	55
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ANSIEDAD Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR DENTAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021	



INDICE DE FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA N°01.....	72
<i>Sala de espera del Policlínico Parroquial de Belén.</i>	
FOTOGRAFIA N°04.....	73
<i>Llenado de la encuesta de ansiedad dental previo a la atención odontológica.</i>	
FOTOGRAFIA N°03.....	74
<i>Frontis del Policlínico Parroquial de Belén.</i>	
FOTOGRAFIA N°04.....	75
<i>Historias clínicas de los pacientes.</i>	
FOTOGRAFIA N°05.....	76
<i>Llenado de la encuesta para medir la intensidad del dolor.</i>	



ABREVIATURAS

AAE: *American Association of Endodontists (Asociación Americana de Endodoncia).*

DAS: *Modified Dental Anxiety Scale (Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada).*

EDV: *Escala Descriptiva Verbal.*

ENV: *Escala Numerica Verbal.*

IASP: *International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional para el estudio del Dolor).*

IPT: *Iowa Pain Thermometer (Termómetro del dolor Iowa).*

VAS: *Visual Analog Scale (Escala Visual Análoga).*



INTRODUCCIÓN

La odontología es fundamental para optimizar la salud bucodental y brindar calidad de vida en la comunidad, a lo largo del tiempo y gracias al aporte que fue proporcionando la tecnología hubo avances. Dentro de ello se buscó mejorar el tratamiento odontológico, pero en muchos de los casos se olvida por completo el estado en el que llega el paciente; los odontólogos no evalúan la parte cognitiva y emocional de sus pacientes ya sea antes, durante o después de un tratamiento odontológico, y esto a su vez va a influir en el paciente de manera que decida seguir asistiendo al consultorio con confianza y además garantizar el éxito del tratamiento o bien en caso contrario abandone el tratamiento.

El principal motivo de consulta viene a ser el dolor, en vista que solo las personas buscan una solución a un mal que aquejan; y si a esto se suma un posible estado emocional perturbador del paciente como el simple hecho de haber tenido experiencias pasadas desafortunadas de su entorno: familiar o amical con algo que tenga relación con la odontología; un trauma de la niñez: el llanto, las vacunas que van a reflejar un comportamiento negativo que muchas veces aún se visualiza en pacientes adultos.

Por otro lado, la intranquilidad que podría estar relacionada con el estrés laboral, familiar y personal con lo que más suelen llegar a consulta; y por último que nuestro entorno social cataloga que los varones son menos temerosos que las mujeres. Es así que el estado emocional perturbador de un paciente



conllevará que sus respuestas fisiológicas se alteren (respiración, pulso, presión arterial, etc.) además de ello siempre será catalogado como un paciente negativo creando un ambiente hostil entre el odontólogo y el paciente.

El problema radica en que existe un incremento de desertores en procedimientos odontológicos y a su vez el incremento del deterioro de la salud bucal, es por ello que se busca concientizar de los problemas dental y buscar la solución para que los pacientes acudan a la consulta odontológica y puedan ser satisfactoriamente tratados física y emocionalmente.

Por ende, se evidenciaron estudios e investigación sobre este tema que es muy importante a tratar. Es por ello que el presente estudio busca evidenciar la relación que existe entre el grado de ansiedad y la intensidad de dolor en tratamientos de conductos según el sexo y grupo etario mediante la aplicación de la “Escala de Ansiedad Dental de Corah” (DAS) y la “Escala Visual Análoga” (VAS) (1)



CAPÍTULO I

1.2 Planteamiento del problema

La mayoría de los síntomas están relacionados con las enfermedades dentales que viene siendo una de las razones por las cuales los pacientes acuden al dentista, la queja constante de lo viene siendo el dolor de cara y boca ya de por si es un desafío y combatirlo al momento del diagnóstico y del tratamiento para el odontólogo es un trabajo exhaustivo.

Cuando se trata de ansiedad, está tiene estrecha relación con la fobia (especialmente la fobia dental). Esta fobia dental se asocia con miedo persistente y excesivo ante la presencia del equipo dental o el mismo tratamiento. Esta es la razón por la que los pacientes generalmente evitan el tratamiento dental o solo acuden a consulta en condiciones extremas de necesidad por aliviar algún dolor y a su vez esto desencadena un alto sentir de ansiedad, lo que puede generar miedo.

Si ya el manejo del dolor viene siendo una tarea exhaustiva para el odontólogo, sumado a esto la ansiedad y el miedo viene siendo un problema que perjudica tanto como al operador y al paciente; es por ello que el presente trabajo determinara la relación entre el grado ansiedad y la intensidad del dolor dental ¿y de qué forma se realizara? Se utilizará una encuesta para medir la ansiedad “Escala de Ansiedad Modificada de Corah” (MDAS) y para medir el dolor “Escala Visual Análoga” (VAS) (1).

Lo que pretende el presente trabajo de investigación es proporcionar un apoyo al Odontólogo para que antes de iniciar un tratamiento pueda evaluar de mejor forma a su paciente, haciéndole comprender que trabajando en un ambiente



hostil con ansiedad y miedo lo único que va a conseguir es estrés durante el tratamiento establecido. Además de ello pretende evaluar la intensidad del dolor postratamiento de endodoncia con el fin de discernir algo nuevo; como que: si las mujeres, varones, jóvenes o adultos mayores son los que manifiestan mayor o menor dolor después de un tratamiento de conductos. Por último, el paciente lo que busca es que el odontólogo reprima sus molestias dentales, entonces ¿de qué manera este trabajo contribuye al bienestar del paciente? Comprendiendo sus emociones, identificando sus temores y a su vez induciéndoles en el tratamiento no por ser la única alternativa aterradora que tengan sino por ser la más confiable, segura y amigable opción.

Es cierto que existen varios estudios de investigación sobre la ansiedad dental en la consulta odontológica en hospitales, clínicas, consultorios privados, etc. Que en su mayoría investigaron sobre el grado de ansiedad asociado al sexo y al género e inclusive el grado de instrucción previo a que sean atendidos para cualquier tratamiento odontológico; la intensidad del dolor dental también fue estudiada pero antes de iniciar un tratamiento y durante la consulta odontológica, a diferencia de lo que se quiere indagar en este nuevo proyecto estudiando la ansiedad solo en un área específica de la odontología; la endodoncia y el dolor postratamiento de conductos.

El motivo por el cual se pretende investigar es debido a que existen factores influyentes como: la falta de economía en un 36.7%, la falta de tiempo para la atención en un 31.7% o la desconfianza en el odontólogo en un 2.5% que está vinculado con el incremento de desertores en procedimientos odontológicos



siendo prueba de esto, un estudio realizado en una Clínica Odontológica de una Universidad en Cusco. (2)

En la región del Cusco no hay antecedentes de investigación sobre la relación de la ansiedad y el dolor dental en el tratamiento de conductos es por ello que el presente trabajo busca relacionar el grado de ansiedad antes de iniciar el tratamiento de conductos con la intensidad del dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos en pacientes del Policlínico Parroquial de Belén.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema General

- ¿Qué relación existe entre el grado de ansiedad y la intensidad de dolor dental en el tratamiento de conductos en pacientes del Policlínico Parroquial de Belén?

1.3.2. Problema Específico

- ¿Cuál es el grado de ansiedad dental que existe antes de iniciar el tratamiento de conductos según sexo en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén?
- ¿Cuál es el grado de ansiedad que existe antes de iniciar el tratamiento de conductos según edad en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén?
- ¿Cuál es la intensidad de dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos según la edad que es percibido en los pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén?



- ¿Cuál es la intensidad de dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos según el sexo que es percibido en los pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo general

Identificar la relación que existe entre el grado ansiedad dental y la intensidad de dolor dental en el tratamiento de conductos en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén

1.4.2. Objetivo específico

- Determinar el grado de ansiedad dental antes de iniciar el tratamiento de conductos según el sexo en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén
- Determinar el grado de ansiedad dental antes de iniciar el tratamiento de conductos según la edad en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén
- Determinar la intensidad de dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos según el sexo en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén
- Determinar la intensidad de dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos según la edad en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén



1.5. Justificación

El contenido informativo de este proyecto de investigación constituye fundamentos verídicos ya que se basa en información ya existente, aportando así un nuevo enfoque para la odontología.

1.5.1 Conveniencia. -Realizar un estudio sobre el grado de ansiedad y la intensidad del dolor dental en el tratamiento de conductos es de mayor importancia en vista que permitirá conocer más a los pacientes antes de que sean atendidos, sumado a ello la seguridad y confianza entre paciente-operador, cambiando así la negativa percepción que pueda presentar el paciente.

1.5.2 Relevancia social. - La difusión de este estudio permitirá que los pacientes no vean al odontólogo como algo negativo, por otro lado, ayudara al odontólogo a conocer mejor a sus pacientes previamente, así también obtener un ambiente cómodo de trabajo y la colaboración del paciente, además de ello permitirá conocer más sobre el dolor percibido después de terminar un tratamiento de conductos ayudando a concluir si existe relación entre la ansiedad y el dolor. De tal punto que el beneficio es evitar el estrés del odontólogo, la satisfacción del paciente y un tratamiento exitoso.

1.5.3 Implicancias prácticas. – La ansiedad es un problema que no podrá ser erradicado, ya que todas las personas constantemente tenemos un pensamiento predisponente negativo de lo que podría pasar, este trabajo de investigación no eliminara el problema de



raíz, pero si ayudara a disminuir la ansiedad antes de iniciar algún procedimiento en los pacientes ¿y de qué forma podría resolver el problema? Pues bien, reconociendo signos: la sudoración, elevada presión arterial, los nervios, etc. Haciéndonos suponer de sus temores en la consulta. Sobre todo, que lo más importante será que se consiga trabajar en conjunto con el área de psicología para ayudar a tratar la ansiedad en los pacientes poco colaboradores.

- 1.5.4 Valor Teórico. – Con la investigación se pretende conocer y recolectar nueva información sobre la relación que existe entre la ansiedad y el dolor en el tratamiento de conductos, además que la información que se obtenga contribuirá a conocer resultados nuevos que se desconocían. Sumado a ello otra virtud a resaltar es que en nuestra localidad no hay evidencia que se haya realizado alguna investigación con la misma similitud.
- 1.5.5 Utilidad Metodológica. - Para lograr los objetivos del estudio se utilizará instrumentos ya validados para obtener medidas objetivas; estos instrumentos son de fácil aplicabilidad. Con esto se pretende conocer el grado de ansiedad y la intensidad de dolor. Por tanto, las consecuencias se verán favorecidas por las técnicas de investigación.



1.6. Limitación de la investigación

En este trabajo de investigación presento las siguientes limitaciones:

La limitación principal fue los escasos de referencias bibliográficas de antecedentes relacionados al dolor dental postratamiento de conductos. Además, que la predisposición de los pacientes a la hora de responder las encuestas, la afluencia de pacientes que acudieron al Policlínico de Belén, como también el incumplimiento del horario de citas que se les otorgara.

1.7. Aspectos Éticos

- 1.7.1 No maleficencia. – A ningún participante se le hizo daño ya sea de forma directa o indirecta, con el presente trabajo de investigación nadie corrió el riesgo de ser lastimado.
- 1.7.2 Justicia. - La selección de pacientes fue de mujeres y varones tratando que sea lo más equitativo posible; mas no incluyo menores de edad ya que considero que es un grupo vulnerable para la investigación.
- 1.7.3 Autonomía. - A todos los participantes se les informo previamente sobre el procedimiento, proporcionándoles en seguida un consentimiento informado; el cual fue aceptado por voluntad propia y en estado consiente por cada uno de ellos.
- 1.7.4 Beneficencia. – se les brindo las mejores condiciones para que el participante se sienta cómodo.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Vaca (9) En el 2020 realiza una investigación para describir los Factores asociados con el dolor postoperatorio en el tratamiento endodóntico. El diseño de la investigación es de tipo documental, exploratorio, no experimental, descriptivo, retrospectivo, de método analítico-sintético. Los documentos investigados fueron de artículos científicos, como páginas de Google académico, Scielo, Pub-Med, así también de libros relacionados a la odontología y la endodoncia. Los factores de dolor están relacionados al antes durante y después del tratamiento endodóntico.

Castillo (10) En el 2019 realizo la investigación buscando la Asociación entre instrucción y ansiedad dental: caso control, en adultos de 18-44 años en la ciudad de Cuenca-Ecuador. La muestra estuvo constituida por 180 casos y 180 controles, de los cuales el 43 % correspondió al sexo femenino y el 57 % restante al masculino. Para la evaluación del nivel de ansiedad al tratamiento dental se utilizó el instrumento EQ-SDAI. Los datos recolectados fueron registrados en el programa de acceso libre EPI INFO versión 7.2; en el análisis descriptivo de la muestra total, la tendencia de ansiedad al tratamiento dental respecto al sexo, mostró mayor frecuencia en el sexo femenino; de acuerdo al grupo etario los pacientes de edades entre 21 a 30 años presentaron mayor ansiedad. La asociación entre la instrucción y ansiedad dental se calculó a través de la prueba estadística Odds Ratio (0.6977 IC 95 %: 0.4585-1.059).



Concluyendo así que no existe asociación entre la instrucción y la ansiedad dental.

Dou (14). En el 2018 en USA se investigó la prevalencia de la ansiedad dental y su asociación con el dolor y otros factores relacionados en pacientes adultos con pulpitis irreversible. Se incluyeron 130 pacientes con pulpitis irreversible en este estudio transversal. Los datos se analizaron mediante prueba t, ANOVA y pruebas de correlación de Spearman. La mayor parte los participantes sufrían de ansiedad dental moderada o alta, y en menor porcentaje de fobia específica. Los sujetos que tenían puntuaciones MDAS más altas tenían más probabilidades de posponer sus visitas dentales. Los sujetos que tuvieron malas experiencias en su visita dental más reciente estaban más ansiosos. El dolor en la visita dental más reciente o antes de la visita dental actual fue un factor importante que se correlacionaba con la ansiedad dental entre los participantes. Notablemente, el 36.2% de los participantes mostraron ansiedad moderada o severa durante esta visita actual para el tratamiento endodóntico. En conclusión, un alto porcentaje de personas con pulpitis irreversible sufre de ansiedad dental. El dolor en la visita dental más reciente y durante el tratamiento endodóntico tiene una asociación fuertemente positiva con la ansiedad dental. El control eficaz del dolor en endodoncia es beneficioso para controlar la ansiedad.

Monardes (12) En el 2018 se realizó una investigación sobre el nivel de Ansiedad en pacientes previo a un tratamiento de endodoncia. El objetivo de este trabajo fue comparar el nivel de ansiedad en los diferentes pacientes que se realizarían un tratamiento de endodoncia en el Centro Clínico de la



Universidad San Sebastián en Santiago de Chile. Para esto se encuestó a 185 personas, que acudieron a las clínicas de pregrado y posgrado para someterse a un tratamiento endodóntico, mediante un cuestionario con antecedentes demográficos, clínicos y con la Escala de Ansiedad Dental de Corah. Esta encuesta fue aplicada antes de la intervención y con el previo consentimiento de los pacientes. Resultados Se observó que de los encuestados que no habían tenido experiencia previa con un tratamiento de endodoncia, el 37,7% presentó una baja ansiedad y el 43,4% una ansiedad moderada, a diferencia de los pacientes con experiencia previa, en que el 57,6% presentó una baja ansiedad y el 36,4% una ansiedad moderada, ambos resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). En tanto, para las variables género, edad y nivel educacional las diferencias no fueron significativas

Toledo, Et al. (11) En el 2018 realizan una investigación para determinar el Índice del dolor postratamiento endodóntico. Se realizó en dos etapas en la ciudad Santo Domingo, provincia Villa Clara. La primera fue un estudio analítico transversal sobre 94 tratamientos endodónticos seleccionados mediante un muestreo aleatorio, entre marzo y diciembre de 2015, para obtener un índice. La segunda fue un estudio transversal realizado sobre 62 tratamientos escogidos también de forma aleatoria, entre enero y mayo de 2016, para valorar la capacidad discriminadora del índice. Se recopiló información mediante el interrogatorio, examen clínico y radiográfico, y se registró la presencia de dolor al terminar la terapia. Los datos se analizaron empleando estadística descriptiva e inferencial. Para la construcción del índice, se obtuvieron los valores del estadígrafo V de Cramer de cada variable.



Resultados: Entre los factores asociados al dolor postratamiento endodóntico se observó como los más relevantes el dolor o inflamación preoperatorio, el dolor durante el tratamiento, el número de citas y el conducto radicular reducido; con valores de la V de Cramer de 0,848; 0,605; 0,595 y 0,592, respectivamente. La sensibilidad del índice propuesto fue del 83,3 %.

Conclusiones: En la población estudiada se observaron varios factores asociados a la presencia de dolor postratamiento endodóntico; el dolor o inflamación preoperatorio resultó el de mayor significación. Estos factores se sintetizaron mediante un índice. El índice propuesto presentó una adecuada sensibilidad, lo que contribuye a establecer juicios pronósticos más acertados con respecto a la aparición posterior del dolor.

Ríos, Et al. (12) En el 2016 realizan una investigación sobre la Ansiedad Dental en Adultos Chilenos que concurren a un Servicio de Salud Primaria. Fue un estudio transversal, tomando como muestra 174 adultos, con edades entre los 20 y 70 años, aplicándoles la escala de ansiedad dental de Corah. Concluyendo que un 37,9% de la muestra presentó ansiedad dental, en sus niveles moderado (16,1 %), severo (13,2 %) y fobia dental (8,6 %). A nivel educacional, los sujetos con educación básica completa presentaron la mayor frecuencia (57,1 %) de ansiedad, mientras que los de educación superior incompleta presentaron la menor frecuencia (25 %). Sin encontrar asociaciones entre ansiedad dental y edad, sexo, nivel educacional. La muestra mostro altos niveles de ansiedad dental en comparación con países desarrollados.



2.1.2 Antecedentes Nacionales

Quispe (8) En el 2019 realizó un estudio con el fin de determinar el nivel de ansiedad dental en los pacientes que fueron atendidos en el servicio de odontología del Centro de Salud de San Pedro. Fue un estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 126 pacientes adultos previa a la atención en el servicio de odontología, quienes cumplieron con los criterios de selección. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos que incluyó preguntas como género, edad, grado de instrucción y tipo de atención odontológica, así como la Escala de Ansiedad Dental Versión Corta SDAI, (Scale Dental Anxiety Index), la cual tiene 4 niveles de medición de la ansiedad (sin ansiedad, levemente ansioso, moderadamente ansioso y extremadamente ansioso). obtuvo como resultados que un 96% de los pacientes adultos presentaron algún nivel de ansiedad, encontrándose sin ansiedad (4%), así mismo se demostró que el nivel de ansiedad que más predominó fue el levemente ansioso representado por un 34.9%. En los adultos que están comprendidos entre los 30 y 59 años de edad, del género femenino fueron extremadamente ansiosos y en cuanto al tipo tratamiento se demostró que existe un nivel de ansiedad leve y moderada de acuerdo al tipo de tratamiento, también se evidencio un predominio mayor de pacientes con un grado de instrucción superior los mismos que presentaron un nivel de ansiedad leve. En conclusión, se evidenció un predominio del nivel de ansiedad leve, no existiendo diferencias significativas entre la edad, género tipo de tratamiento y grado de instrucción en los pacientes que son atendidos en el servicio de odontología del Centro de Salud de San Pedro.



Rosales (4) En el 2019 desarrolla un estudio de orientación del dolor postratamiento de conductos. Un estudio de tipo descriptivo, donde expresa que el dolor es como una experiencia que afecta de manera sensorial y emocional a la persona que lo percibe. Dicho de otra manera, existe aspectos que incrementan la dificultad para su medición con precisión, y esto a su vez conlleva a creer incertidumbre sobre la naturaleza del dolor post operatorio, es por ello que este trabajo revisa lo referente a la definición de dolor postoperatorio, la tipología del dolor post endodoncia, su incidencia, la etiopatogenia relacionada al mismo, igualmente los procedimientos y los tratamientos rutinarios controlables, sus características, seguidas de la medicación intraconducto, el empleo de antibióticos, los antiinflamatorios empleados, el dolor post tratamiento endodóntico en una sola sesión, las consideraciones biológicas, la experiencia del clínico y sus influencia en el dolor post operatorio, las capacidades del clínico, la duración del tratamiento, la ansiedad del paciente, estadísticas en torno al dolor postratamiento , los factores que se relacionan al dolor post operatorio en endodoncia, persistencia del dolor después del tratamiento de conductos, el dolor de tipo no odontogénico, las características del dolor no odontogénico, la definición clínica, el diagnóstico del dolor en torno a la terapia endodóntica. En conclusión, la revisión bibliográfica que el dolor postratamiento de endodoncia tiene como origen diversos elementos como la irritación periapical debida al material extruido por el ápice, un sellado deficiente, una alta oclusión, la fractura dentaria, una patología periodontal, deficiencias en la instrumentación, la sobre instrumentación o sobre obturación y perforación radicular, etc.



Valqui (3) En el 2019 efectuó una investigación con el fin de demostrar la ansiedad previa a la atención odontológica en pacientes que acuden al servicio de Odontología en un hospital II-1 Rioja San Martín. El estudio que se realizó fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: observacional; prospectivo; transversal y univariado. Se utilizó una población que estuvo constituida por 130 pacientes que se encontraban en la sala de espera del servicio de Odontología, para la recopilación de datos se aplicó el cuestionario de la Escala de Ansiedad Dental Modificado de Corah y se incluyó algunas preguntas como sexo, edad, y grado de instrucción. Los resultados muestran que, de los 130 pacientes, el 36.2 % presentó grado de ansiedad leve, el 41.5% moderado, el 3.1% elevado, y el 19.2% severo. Llegando a resumir que el grado de ansiedad previa a la atención odontológica en los pacientes que acuden al servicio de odontología, fue moderado a diferencia de los otros grados, según el sexo, el grado de ansiedad predominante fue moderado (femenino), según el grupo étnico y grado de instrucción, el grado de ansiedad predominante fue moderado.

Ccora (5) En el 2018 realizó una indagación sobre la relación entre la Ansiedad y el dolor dental en exodoncias de pacientes del Hospital Militar Central "Coronel Luis Arias Schreiber"; fue un análisis: prospectivo, descriptivo, observacional, transversal. La muestra de investigación fue de 50 pacientes de uno y otro género entre los 18 a 70 años. Para la reciente investigación se evaluó la ansiedad dental mediante un Test de Ansiedad de Corah Modificado, MDAS que anticipadamente era medido antes de la cirugía y con relación al dolor que fue medido veinticuatro horas después del tratamiento con la Escala



Visual Análoga, VAS. Se realizó el trabajo con el estudio de Chi cuadrado de Pearson, obteniendo como resultados que los pacientes sometidos a cirugía oral mostraron niveles de ansiedad moderada en el sexo femenino (60%) respecto a los de sexo masculino (33.3%) con una diferencia estadística significativa. Según edad, se obtiene que más del 50% tiene entre 18 y 25 años, de los cuales, el 48.1% presentaron ansiedad moderada, al comparar la ansiedad por grupos de edad no se encontró diferencias.

Córdova Et al. (7) En el 2018 realizaron la investigación para conocer sobre Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. El estudio fue no experimental y transversal realizado durante el mes de setiembre del 2016. La muestra estuvo constituida por 120 pacientes que acudieron a la clínica odontológica de una universidad peruana la cual fue seleccionada por muestreo no probabilístico. Los criterios de selección fueron todos los pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, haber sido atendidos en más de dos ocasiones y que firmaron la carta de consentimiento informado, los datos para determinar los niveles de ansiedad se obtuvieron mediante la aplicación de la escala de Ansiedad Dental versión corta (SDAI). De los 120 pacientes encuestados que acuden a la Clínica Odontológica de una Universidad Peruana; el 20% no presentó ansiedad, el 43,3 % presentó ansiedad leve, el 20% presentó ansiedad moderada y el 16,7% presentó ansiedad severa. Se evidenció mayor frecuencia de ansiedad en el momento en que el odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia (23,4%) y menor ansiedad cuando va en camino al consultorio del odontólogo (10,8%). Se encontró asociación estadísticamente significativa con



el género de los pacientes ($p < 0,01$), observándose mayor ansiedad en los hombres que en las mujeres. Concluyendo así que la mayoría de los pacientes que acuden a la clínica odontológica de una universidad peruana presentan ansiedad ya sea leve, moderada o severa.

Pereyra (6) En el 2018 realizó una investigación sobre el nivel de ansiedad frente a la atención odontológica en pacientes adultos de la clínica de la facultad de odontología de la UNMSM. Fue un estudio de nivel descriptivo, tipo de investigación transversal y retrospectiva. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes que se encontraban en la sala de espera, se usó la Escala de Ansiedad Dental Modificada de Corah (MDAS) incluyendo algunas preguntas para conocer el sexo, nivel educativo, edad y el tipo de atención odontológica por la que acudían. Se obtuvo el 45% de los pacientes adultos presentó un nivel de ansiedad leve o nula, siendo la mayoría de los participantes, y sólo un pequeño porcentaje (10%) presentó ansiedad severa o fobia; Además, según las pruebas: correlación de Spearman, U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis con un nivel de significancia del 0,05; se encontró una relación inversa entre el nivel de ansiedad con respecto a la edad y al nivel educativo, sin encontrarse relación con el sexo ni el tipo de atención recibida. Por otra parte, se determinó que la ansiedad frente a la inyección de anestesia tiene una relación inversa con el sexo, nivel educativo y la edad



2.2. Bases Teóricas

2.2.1 La Ansiedad

Según la Real Academia Española la ansiedad hace referencia “a un estado de agitación e inquietud o zozobra de ánimo y que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos” (3).

Para Marks, relaciona con la anticipación del peligro futuro, por otro lado, para Wolpe; afirma que es “lo que impregna todo” dando a entender que la persona está ansiosa constantemente y sin motivo alguno. (4)

Epstein en 1972 empieza a constituir la ansiedad como un estado emocional sin ser resultado del miedo tras ser originado por la percepción de una amenaza.

Spielberger, delimita que la ansiedad es como una reacción emocional de tensión y preocupación. Miguel y Tobal, catalogan la ansiedad como una reacción emocional ante la presencia de peligro o amenaza, provocando así un cúmulo de respuestas en tres sistemas: cognitivo, fisiológico y motor (4).

a. Características de la Ansiedad

En la década de los años ochenta se empezó a describir las características de la ansiedad.

Según Lewis; conceptualiza primero, a la ansiedad como un estado emocional experimentado como miedo y distinto a la ira; segundo, como una emoción desagradable; tercero, se proyecta al futuro en relación con alguna amenaza o peligro; cuarto, muestra manifestaciones corporales: sensación de ahogo,



dificultad para respirar y por último que muestra manifestaciones de trastorno que pueden ser funciones controladas voluntariamente como: sensación de huir, o funciones involuntarias como: vomito. Por otra parte, también se caracteriza por ser una reacción adaptativa de emergencia frente a la presencia real o una supuesta amenaza (4).

b. Causas de la Ansiedad

La ansiedad por lo general no deriva de un solo origen, es desencadenada por muchos factores; de manera que puede evidenciarse como un síntoma más de una enfermedad, como en enfermedades terminales o enfermedades vasculares donde la posible amenaza resulta ser la muerte o el dolor; de forma psicológica puede presentarse como crisis añadida, donde afloran los pensamientos negativos frente un padecimiento. También los episodios de la biografía de la persona pueden jugar muchas veces en contra, ya que si la persona vive sumergida en el pasado sin poder asumirlo provocara futuros episodios de supuestas amenazas. Y finalmente los factores predisponentes: problemas afectivos no resueltos, problemas económicos o el problema de vivir en plena percepción de un futuro que aún no llego; y los factores desencadenantes donde viene a ser un cumulo de lo hablado anteriormente provocando además inseguridad, temor y sentimientos angustiosos que en determinado momento podría ser un detonante para la persona inclusive conduciéndole al suicidio (5).

c. Prevalencia de los Trastornos de la Ansiedad

“Los trastornos por ansiedad ocupan el primer lugar en la prevaecía de las enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo a tenerlos en cualquier



momento de la vida aumenta a un 25%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1” (6)

d. Reconocimiento y Evaluación del paciente con Ansiedad

Para el reconocimiento de la ansiedad primero se debe de considerar que al menos uno de cada diez pacientes presenta algún tipo de trastorno de ansiedad, además que en consulta se podría evidenciar el nerviosismo, la sudoración, mareos, tensión muscular y otras más. Ya al momento de la evaluación: escuchar y preguntar sobre aquello que le genera inseguridad, ya que muchas veces será necesario que un psicólogo evalúe (realicé un examen mental) e informe y concluya del posible trastorno (7).

e. Ansiedad Dental

“La ansiedad dental describe aprehensión más profunda que interfiere con el tratamiento rutinario y que requiere una atención especial” (8).

La ansiedad es un constructo multidimensional que posee componentes cognitivos, fisiológicos y motores. Sumando a esto que puede estar presente en todos los pacientes en la consulta y si no se identifica prematuramente podría causar fututos problemas tanto como para el operador, el paciente o el mismo tratamiento (9).

En referencia a los desencadenantes de la ansiedad ante el tratamiento odontológico, reportó que las situaciones que originan niveles de ansiedad más altos son, en su orden, la extracción de una pieza dental, el uso de la turbina o micromotor, la mala opinión del odontólogo frente a los malos hábitos de



higiene por parte del paciente, la presencia de la aguja y jeringa odontológica (9,10).

f. Evaluación de la Ansiedad Dental

Existen muchas escalas para la valoración de la ansiedad; para cuantificar el grado de ansiedad que supone el tratamiento dental y también cuantificar el grado de ansiedad que implica el acudir al dentista para un individuo; tenemos:

- Escala de Ansiedad Corah: (DAS)

Cuestionario de auto reporte creado por Norman Corah, este instrumento consta de cuatro ítems donde busca identificar “grado de ansiedad” en las siguientes situaciones: cuando el paciente va a la consulta, cuando el paciente está en la sala de espera, cuando el operador toma los instrumentos y cuando el operador procede a encender el micromotor. Todas las preguntas con cinco alternativas de respuestas que van desde “relajado” hasta “fobia dental”. Además, que es un instrumento altamente fidedigno y también de aplicación sencilla (11,12).

- Escala Modificada de ansiedad dental: (MDAS)

Es similar al Corah, siendo que sea más compleja y más completa a la vez, solo que agrega una pregunta más referente a la inyección de anestesia. Al ser similar al instrumento anterior va a medir desde un “no ansioso” hasta un “extremadamente ansioso”.

Siendo así que también dicho instrumento mostro fiabilidad y validez para países europeos (12).



2.2.2. El Dolor

Según la RAE, “Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior” (13).

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) afirma que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable (14).

El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra, además que viene a ser una queja muy común y frecuentemente que no solo constituye un problema para un solo individuo, sino que también puede causar impacto en muchas de otras personas. Siendo así que podría desencadenar situaciones perjudiciales para la vida cotidiana como lo es: el trabajo, el sueño, las relaciones interpersonales y actividades recreativas (14).

Según Schmitter et al (15), el dolor es conceptualizado como un problema de salud pública.

a. Dolor Dental

El dolor dental u odontalgia es una de las manifestaciones más molestas y además viene a ser el principal motivo de consulta y más aún si el origen se desconoce (16).

El dolor dentinario, es un dolor que se presenta de manera intensa y de corta duración, por causa de diversos estímulos externos que están relacionados con cambios bruscos de temperatura (alimentos, bebidas azucaradas o acidas, helados); en cambio el dolor pulpar es continuo, de difícil localización cuando se trata de dolor pulpar que no es intenso y su origen puede ser una infección o necrosis y que en ocasiones puede ir acompañada de dolor periodontal ya que



si existe un proceso patológico pulpar con el tiempo afectara el periodonto o también en caso contrario del exterior hacia el periodonto (gingivitis o periodontitis).

b. Clasificación del Dolor

Se clasifica según su origen (espiritual o físico), según la intensidad con la que persiste (leve, moderado, severo) y también según la duración con la que perdura en el tiempo (agudo o crónico).

c. Evaluación del Dolor

- Escala Visual Análoga: (VAS)

Scott y Huskisson en 1976. Viene a ser una representación de una línea de diez centímetros. Donde el extremo bajo consta de un “no dolor” y el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La percepción del dolor podría variar desde: leve, moderado y severo; donde mayor o igual a seis de la escala ya es considerado un dolor intenso.

Esta escala es confiable, valida y de fácil comprensión

- Escala Verbal Numérica: (ENV)

Una escala donde el paciente puede escribirlo o comunicarlo verbalmente (desde cero hasta diez) el grado de dolor que refleja.

- Escala Descriptiva Verbal: (EDV)

Es una escala similar y a la vez mucho más comprensible que las anteriores. Ya que aquí consta de cuatro puntos: 1=dolor ausente, 2=dolor ligero, 3=dolor moderado y 4= dolor intenso.



Pero no es aceptada por la Escala Verbal Numérica ya que en muchos de los estudios el valor numérico mayor o igual a 3 es un dolor exacerbado y que ya es necesario el uso de medicamentos.

- Termómetro de dolor de Iowa: (IPT)

Es una escala que es de utilidad en pacientes mayores que poseen déficit cognitivo y también para aquellos que no pueden comunicarse, tiene la forma de un mismo termómetro y al costado presenta referencias escritas sobre la intensidad del dolor (17).

d. Trastorno del dolor dentoalveolar

Es un dolor neurótico de origen no odontogénico que puede ser difícil de diagnosticar y que se acompaña de ansiedad por parte del paciente; históricamente este dolor inicial persistente se da en una pieza dentaria que en muchos de los casos para erradicar dicho dolor tuvo que pasar por un tratamiento de conductos, con la persiste del dolor aún tuvo que pasar por otra serie de tratamientos más hasta finalmente terminar con la extracción de esa pieza. Y lo peor de todo es que pese a todos los tratamientos y las terapias farmacológicas, el dolor inicial persiste y no es erradicado; llegando muchas veces a la conclusión que esto puede deberse a una posible neuralgia del trigémino o que puede producirse por músculos de la masticación o la articulación temporomandibular (18).

“Una revisión sistemática determinó la frecuencia del dolor no dental tras una endodoncia (tratamiento del canal radicular), que fue del 3,4 %, con lo que se ofrece una estimación del límite superior” (19).



2.2.3. La Endodoncia

La endodoncia es una especialidad de la odontología que estudia la morfología, fisiología y patología de la pulpa dental y los tejidos periapicales además que diagnostica, previene y realiza el tratamiento de enfermedades pulpares y afecciones periapicales asociadas (20).

La incidencia de caries que aún no es erradicada, además de problemas de atrición, abrasión, erosión, traumatismos y restauraciones defectuosas se evidenciaba un crecimiento masivo de tratamiento de exodoncias dentales y en la actualidad para medrar algunas ligerezas del pasado se realizan restauraciones fijas con el fin de devolver la función y estética, pero sin embargo muchas de estas restauraciones pueden dañar la pulpa y tejidos de sostén de la pieza dentaria.

a. Evolución de la endodoncia

Desde la edad antigua fue un reto la conservación de los dientes, es por ello que para mitigar el dolor fue necesario el uso de pastas y preparados naturales e históricamente la cultura China ya utilizaba arsénico con “Hovang-Tan”(excremento de murciélago)en el fondo de las cavidades con el fin de matar las bacterias que se encontraban en su interior, en cambio los egipcios usaron pasta de comino, incienso y cebolla; todo junto y en partes iguales para atenuar el dolor; por otra parte en Grecia se practicó la cauterización con finas agujas calientes dentro del diente.

Empíricamente se empieza a practicar la endodoncia con la finalidad de mitigar el dolor realizando la extirpación de la pulpa ya que se creía que el dolor era un



castigo divino, además que en esta época surgen inventos que fueron de gran utilidad: Leeuwenhoek construye el primer microscopio y estudia la estructura dentaria, Maynard fabrica el primer instrumento de endodoncia, Bowman emplea por primera vez los conos de gutapercha; pero a decir verdad el invento que contribuyó a mejorar la salud dental fue el descubrimiento de los rayos x ya que se sugirió el uso de radiografías para medir la longitud de los dientes y realizar el tratamiento de conductos y también sirvió para valorar la calidad de la obturación. Fue entonces así que este medio de diagnóstico años después evidenciaba lesiones periapicales que hasta entonces eran desconocidas.

Una vez introducida por primera vez el término “Endodoncia”, en los EE. UU se realizaba una prueba de desvitalización de pulpa en perros generando una infección artificial, tal es el caso que este foco infeccioso ingreso al torrente sanguíneo y produjo alteración patológica focalizada en algún órgano de elección; esto desato el caos en los odontólogos y fue menguando la endodoncia ya que todo diente era extraído. Para el resurgimiento de la endodoncia en 1920, se introducía el hidróxido de calcio en la especialidad y aparecen los primeros estudios sobre la instrumentación de los conductos radiculares. En 1943 se forma la organización *American Association of Endodontists* y esta reconoce a la Endodoncia como especialidad en 1963. Actualmente gracias al avance de la tecnología se fue mejorando las técnicas de procedimientos y no solo eso, sino que también los materiales a utilizar cambiaron con el paso del tiempo y ahora reducen el tiempo de trabajo de forma eficaz (21).



b. Enfermedad Pulpar

La pulpa dental es un tejido conjuntivo, consta de un sistema vascular exclusivo que le permite pasar por alto problemas a pesar de estar en una caja rígida, sus principales funciones de la pulpa son de: formación y defensa.

La patología pulpar puede originarse por diferentes factores: pérdida de tejido dental (caries, abrasión, atrición, erosión); tratamientos restauradores (curaciones defectuosas, eliminación incompleta de caries, generación de calor con la pieza dental, deshidratación); materiales de restauración (toxicidad de materiales, el calor que generan algunos materiales al polimerizar, contaminación de saliva en preparaciones cavitarias) y consecuencia de ello sería la inflamación pulpar para luego finalmente terminar en una necrosis pulpar (22).

c. Diagnostico endodóntico

Dicho diagnostico va ser definido para establecer una categoría pulpar y periapical por medio de la comparación de signos y síntomas característicos particulares de cada una de las patologías de forma que puedan ayudar al odontólogo en la toma de decisiones para la atención adecuada al momento de abordar un problema pulpar.

Dentro de la guía de diagnóstico clínico para patologías clínicas y periapicales publicada por la *Asociación Americana de Endodoncia* en 2009 permite unificar la terminología para el correcto diagnostico pulpar y periapical. (23)



Tabla 1.-Clasificación Clínica de Patológica Pulpar y Periapical basada en la propuesta de la AAE de diciembre del 2009 (24)

PULPAR	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS
NECROSIS PULPAR	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico que indica muerte pulpar. • Usualmente no responde a las pruebas sensibilidad(-) puede dar falsos (+) en dientes multirradiculares donde no hay necrosis total de todos los conductos, por fibras nerviosas remanentes en apical y estimulación de fibras del periodonto a la prueba eléctrica. • Cambio de color coronal que puede ser de matiz pardo, verdoso o gris. • Presenta pérdida de la translucidez y la opacidad se extiende a la corona. • Puede presentar movilidad y dolor a la percusión • Puede encontrarse el conducto abierto a la cavidad oral. 	<p>Ligero ensanchamiento del espacio del espacio del ligamento Periodontal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • RADIOLUCIDEZ de la corona compatible con caries. • Radiopacidad compatible con restauraciones profundas.
PREVIAMENTE TRATADO	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico indicando que el diente ha sido endodónticamente tratado. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen cambios en los tejidos de soporte circundante. • Conducto radicular obturado en calidad y longitud en diferentes materiales.
PREVIAMENTE INICIADO	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico que indica que el diente ha sido previamente iniciado como una pulpectomía o pulpotomía. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen cambios en los tejidos de soporte.
PERIAPICAL		
TEJIDOS APICALES SANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Periodonto perirradicular sano. • Negativo a palpación y percusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio del ligamento periodontal uniforme. • Lamina dura intacta.
PERIODONTITIS APICAL SINTOMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor espontáneo o severo • Dolor localizado persistente y continuo. • Dolor tan severo que puede interrumpir actividades cotidianas. • Dolor a la percusión y palpación. • Sensación de presión en la zona apical del diente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede o no observar cambios en los tejidos de soporte circundante • Puede observarse ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. • Puede o no estar asociada a radiolucidez apical.



Tabla 1.- Clasificación Clínica de Patológica Pulpar y Periapical basada en la propuesta de la AAE de diciembre del 2009, *Continuación.* (24)

PULPAR	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS
PULPA NORMAL	<ul style="list-style-type: none"> • Clínicamente está libre de síntomas y responde positivamente dentro de parámetros normales a las pruebas de sensibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin alteración periapical.
PULPITIS REVERSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos en donde la pulpa vital inflamada retornara a la normalidad. • No existen antecedentes de dolor espontáneo. • Dolor transitorio de leve a moderado provocado por estímulos: frío, calor, dulce. • Pruebas de sensibilidad positivas, térmicas y eléctricas. • Obturaciones fracturadas o desadaptadas o caries. 	<ul style="list-style-type: none"> • No presenta cambios.
PULPITIS IRREVERSIBLE SINTOMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos indicando que la pulpa vital inflamada es incapaz de repararse. • Dolor a los cambios térmicos. • Dolor referido, espontaneo de moderado a severo • Dolor que disminuye con el frío y aumenta con calor • Pruebas de sensibilidad positivas térmicas y eléctricas. • El dolor permanece después de retirado el estímulo • Dolor a la percusión. • Puede presentar caries. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible engrosamiento del espacio del ligamento Periodontal. • Zona RADIOLÚCIDA de la corona compatible con caries. • Imagen Radiopaca compatible con restauraciones profundas.
PULPITIS IRREVERSIBLE ASINTOMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos indicando que la pulpa vital inflamada es incapaz de repararse • No hay síntomas clínicos La inflamación es producida por caries, trauma. • Exposición pulpar por caries, fractura coronal complicada sin tratamiento. • Pruebas de sensibilidad (+) con respuesta anormal prolongada, en ocasiones retardadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin alteración periapical. Posible engrosamiento del espacio del ligamento. Periodontal. • Zona RADIOLÚCIDA en la corona compatible asociada a caries, restauraciones profundas o trauma.



Tabla 1.- Clasificación Clínica de Patológica Pulpar y Periapical basada en la propuesta de la AAE de diciembre del 2009, *Continuación.* (24)

PULPAR	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS
PERIODONTITIS APICAL ASINTOMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente asintomática o asociada a molestia leve. • Tejidos circundantes dentro de parámetros normales. • Respuesta positiva a percusión. • Sensibilidad a la palpación, si existe compromiso de la tabla ósea vestibular. • Pruebas de sensibilidad y eléctricas negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zona RADIOLÚCIDA apical de origen pulpar.
ABSCESO APICAL AGUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso infeccioso por una necrosis pulpar. • De comienzo rápido. • Dolor espontáneo, Dolor a la presión, percusión y palpación. • Exudado purulento. • Inflamación intra o extraoral. • Dolor localizado y persistente. • Dolor constante y/o pulsátil. • Dolor a la presión (sensación de diente extruido) • Dolor localizado o difuso de tejidos blandos intraorales. • Movilidad aumentada. • Dolor a la percusión. • Malestar general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede o no revelar cambios en el tejido circundante periapical. • Puede observarse ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal o una zona de reabsorción ósea apical, asociada a una periodontitis apical asintomática.
ABSCESO APICAL CRÓNICO	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso infeccioso por una necrosis pulpar caracterizado por un comienzo gradual. • Ligera sensibilidad. • Presencia de fistula. • Asintomática. • Pruebas de sensibilidad negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zona RADIOLÚCIDA apical. • Se debe realizar una fistulografía con cono de gutapercha.
OSTEITIS CONDENSANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso inflamatorio crónico de baja intensidad. • Puede o no responder a pruebas de sensibilidad. • Puede o no ser sensible a palpación y/o percusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de una zona radiopaca apical difusa concéntrica alrededor del tercio apical radicular. • Se observa presencia del espacio del ligamento periodontal.



d. Tratamiento de Conductos

El tratamiento endodóntico es realizado para preservar el diente y que siga cumpliendo su función además que tiene el objetivo de reducir la infección de los canales radiculares y posteriormente prevenir la periodontitis apical. Para que el tratamiento endodóntico sea exitoso muy aparte del sellado radicular se debe de colocar una apropiada restauración ya que si solo se le da mayor énfasis al tratamiento de conductos podría resultar a la larga en un desafortunado fracaso ya que podría re-infectarse y también se podría evidenciar problemas periodontales acompañado de sintomatología (25)

e. Preparación biomecánica endodóntica

Es un acto operatorio para acceder de manera directa a las inmediaciones de la unión cemento dentina-conducto con el fin de crear una amplitud suficiente para la correcta extirpación de la pulpa y para la irrigación de los residuos de restos pulpares o restos necróticos con el propósito de lograr una buena perfecta obturación.

f. Factores que influyen en el dolor post tratamiento de Conductos

Existen diversos motivos que influyen después de un tratamiento de conductos:

Según Walton: los que están relacionados con el paciente, los referentes al diagnóstico pulpo-periapical de la pieza dentaria y los que guardan relación con el procedimiento, sumado a ello encajan factores que el odontólogo no puede controlar: las condiciones del paciente (edad, sexo, estado civil, nivel social, experiencias previas con los tratamiento de conductos, raza, factores psicológicos) y las condiciones de la pieza dentaria que será tratada (estado



patológico, número de raíces, posición de la pieza a tratar); en cambio existen factores que el odontólogo sí podrá controlar (la longitud de trabajo, número de sesiones, ajuste oclusal y tipo de instrumentación)

g. Dolor después del tratamiento de Conductos

- Características Clínicas

El dolor postoperatorio se manifiesta por una molestia de manera espontánea y va subiendo de manera gradual la intensidad de este desde algo leve hasta en ocasiones que puede llegar a ser muy intenso, simplemente este dolor posoperativo puede ser percibido durante días o durante horas.

Las manifestaciones clínicas podrían ser: dolor a la percusión horizontal, percusión vertical, movimiento de la pieza dentaria e inclusive molestia al momento de masticar o al momento de ejercer una presión constante.

- Duración

El dolor postoperatorio podría permanecer desde varias horas hasta varias semanas todo según la intensidad que será percibida por el paciente, también según como haya sido afectado el tejido a nivel del periápice. Generalmente se presenta durante los 2 primeros días después de haber terminado el tratamiento de conductos donde la intensidad es elevada el primer día.



2.2.3 Policlínico Parroquial de Belén

Fundado a finales del siglo XX, inaugurado como Policlínico el 12 de enero del 1991; dirigida por el Padre Melquíades Jorge Chacón Mendoza; actualmente el Policlínico Parroquial de Belén recibe un promedio de 180 pacientes diarios, aumentando la afluencia de estos en campañas de salud brindadas por dicha Institución. El personal de salud y las instalaciones equipadas brindan a los pacientes una mejor atención de salud, los servicios de odontología se encuentran en el primer nivel divididos en dos ambientes independientemente; hoy por hoy el Policlínico cuenta con 2 odontólogos en el horario de atención de la mañana, es una institución benéfica que depende de la Parroquia de Belén en el distrito de Santiago con el objetivo principal de brindar servicios de salud a personas de bajos recursos económicos en diferentes especialidades médicas.



2.3. Marco Conceptual

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA. – Es un conjunto de intervenciones esenciales para cada persona para mantener el cuidado de la salud oral, que realiza la promoción, prevención y recuperación (26)

ANSIEDAD. – Estado de ánimo relacionado con la percepción de un peligro futuro anticipado o también que sea algo subjetivo propio de cada individuo (3)

DOLOR. – Es una sensación desagradable que puede variar de una a otra persona, además que se debe por la causa de un mal interno o externo del cuerpo. (13)

ESTRÉS. – Respuesta subjetiva frente a un estímulo demasiado grande que excede sus propios recursos de afrontamiento que llega a causar un desgaste físico y mental provocando un desequilibrio emocional poniendo en peligro el bienestar. (27)

FOBIA ODONTOLÓGICA. -Es una reacción desbordante y persistente de miedo frente al odontólogo o a los procedimientos odontológicos siendo la causa principal por la cual el paciente deja de asistir a la consulta descuidando así su bienestar de salud bucal. (28)

GRADO. – Valor o medida de algo (37)

INTENSIDAD. - Grado de fuerza con que se manifiesta un agente natural, una magnitud física, una cualidad, una expresión (29)

TRANSTORNO. - Es un cambio o una alteración que se produce en algo q se considera normal, en el campo de la medicina se considera como una



perturbación o desorden que provoca cambios en el funcionamiento normal

(14)

GRADO. – Valor o medida de algo (29)

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO. – Conjunto de medios que se utilizan para curar o aliviar alguna enfermedad (29)



2.4. Hipótesis

- Hipótesis Nula. -No existirá relación entre el grado de ansiedad dental y la intensidad del dolor en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén.
- Hipótesis Alternativa. -Si existirá relación entre el grado de ansiedad y la intensidad de dolor en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén.

2.5. Variables

- Variable Asociada 1: Ansiedad dental
- Variable Asociada 2: Dolor dental

Covariables:

- Sexo
- Edad



2.6. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL	INSTRUMENTO Y TECNICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Variable asociada 1: ANSIEDAD DENTAL	Es una experiencia emocional desagradable que entorpece el manejo odontológico, a consecuencia de experiencias desagradables o expectativas no reales.	Cualitativa	Escala dental de Ansiedad Modificada (MDAS)	.>9pts = Ansiedad Leve .9-12pts= Ansiedad Moderada .13-14pts=Ansiedad Elevada <.15pts= Ansiedad Severa	Ordinal	Ansiedad Leve Ansiedad Moderada Ansiedad Elevada Ansiedad Severa	Ficha de recolección de datos de la ansiedad dental fue el cuestionario personal y la técnica que se empleo fue la observación clínica indirecta.	Se respondió las preguntas del cuestionario para luego analizar las respuestas de la Modified dental Anxiety Scale.
Variable asociada 2: DOLOR DENTAL	Es una afección recurrente asociada a una lesión, que conduce al paciente a buscar alivio en consulta.	Cualitativa	Escala Visual Análoga (VAS)	•0=dolor ausente •1-2=dolor muy leve •3-4=dolor leve •5=dolor medio •6-7=dolor fuerte •8-9=dolor muy fuerte •10=el peor dolor posible	Ordinal	dolor ausente dolor muy leve dolor leve dolor medio dolor fuerte dolor muy fuerte el peor dolor posible	El instrumento que se utilizo fue la ficha de recolección de datos y la técnica que se utilizo fue la observación Clínica indirecta.	Se le dejara puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.



COVARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL	INSTRUMENTO Y TECNICA	DEFINICION OPERACIONAL
SEXO	Condición orgánica de distinción entre unos y otros	CUALITATIVA	Femenino Masculino		Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Referencia del paciente DNI (documento de nacionalidad de identidad)	Se determinará según conveniencia del paciente y será corroborado por el DNI.
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	CUANTITATIVA	Se medirá en rangos de edad a partir de 18 a mayores e iguales a 51 años.	Rango de edad	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • GE1:18-30 años • GE2: 31-50 años • GE3: ≥51 años 	Referencia del paciente. DNI (documento nacional de identidad)	Se determinará según conveniencia del paciente y será corroborado por el DNI



CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

Según Paredes (30) es un tipo de **Investigación Científica Básica** a **Nivel Descriptivo** ya que busca la ampliación del conocimiento ya definido en la realidad, llevándose a cabo por medio de relaciones constantes de los hechos, con el propósito de que su aplicación sea inmediata.

3.2. Enfoque de la Investigación

Es de **enfoque cuantitativo** porque se utilizó la recolección y análisis de datos, instrumentos que tienen medición numérica, así como también el uso de la estadística con la finalidad de probar las hipótesis previamente establecidas.

3.3. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es: No experimental, diseño transeccional: correlacional.

No experimental porque esta investigación no manipulo las variables y solamente se basa en la observación de fenómenos tal y como se da en su contexto para que después sean analizados

Transeccional o Transversal ya que la recolección de datos solo se dio una vez en un momento indicado con el propósito de describir las variables de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Según su alcance es **Correlacional** porque se encargó de la relación entre las dos variables en un momento específico. Las variables a relacionar fueron: el



grado de ansiedad y la intensidad de dolor dental en el tratamiento endodóntico en pacientes del Policlínico Parroquial de Belén; estableciendo así posibles semejanzas o tal vez diferencias en el grupo estudiado.

3.4. Población y Muestra

3.3.1 Descripción de la Población

Se considero población de estudio a 57 pacientes mayores de edad a partir de los 18 años que acudieron al Policlínico Parroquial de Belén en el servicio de odontología durante los meses de marzo, abril y mayo del 2021.

3.3.2 Muestra y Método de Muestreo

La muestra estuvo configurada por aquellos pacientes que manifestaron dolor y además de ello que presentaron algunos síntomas que hicieron suponer de un diagnóstico pulpar y periapical, conllevando a que requieran someterse a tratamiento de conductos.

El método de muestreo fue probabilístico de forma aleatoria simple, ya que cada sujeto tiene la probabilidad de ser elegido para el estudio.

Para estimar el tamaño de la muestra, la fórmula que se utilizó de acuerdo a la naturaleza de la variable, corresponde a la de la población finita para determinar proporciones, al 95%de nivel de confianza con un margen de error de 5%.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)E^2 + Z^2pq}$$



$N=57$. Tamaño de la población

$Z=1.96$ valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

$p = 0.5$: proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia. Para nuestro estudio se consideró una probabilidad del 50% de éxito dado que no conocemos la probabilidad de éxito de algún antecedente de estudios similares.

$q = 0.5$ proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

$E = 0.5$ nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio

n = tamaño de la muestra

Finalmente, la muestra quedó determinada en 50 pacientes que se realizaron el tratamiento de conductos.

3.3.3 Criterios de Inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de edad: desde los 18 años hasta los 51 años.
- Pacientes que deseen colaborar en la investigación.
- Pacientes que requieran tratamiento de conductos (endodoncia).
- Pacientes que por primera vez se realizan un tratamiento de conductos.
- Pacientes que presenten síntomas que hagan suponer de alguna patología pulpar y periapical.
- Pacientes que primera vez asisten al servicio de Odontología.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de edad
- Pacientes que no quieran colaborar



- Pacientes con trastornos psicológicos que puedan afectar al resultado de la investigación
- Mujeres embarazadas

3.5. Técnicas de Recolección de datos

El campo de estudio donde se realizó la investigación es el Policlínico Parroquial de Belén, en el área de Odontología.

3.4.1 Técnica

Se empleo la técnica de observación clínica indirecta

3.4.2 Instrumento

Se empleo el cuestionario y ficha de recolección de datos.

- Escala Modificada de la Ansiedad Dental. (MDAS) (anexo 1)
- Escala Visual Análoga. (VAS) (anexo1)

Para la recolección de datos se tuvo que te pasar por una serie de procedimientos:

a) Procedimientos Administrativos

En primera instancia se solicitó el permiso pertinente al director del Policlínico Parroquial de Belén, con el fin de aprobar y brindar las facilidades para que pueda llevarse a cabo el estudio que titula “Relación entre el grado de la ansiedad y la intensidad del dolor dental en el



tratamiento de conductos en pacientes del policlínico Parroquial de Belén, Cusco 2021”.

Una vez obtenido el permiso por la entidad competente, ya en el área de Odontología del Policlínico Parroquial de Belén, además que con el protocolo de bioseguridad instaurado por el Policlínico se me permitió el contacto con los pacientes que llegaron al servicio a quienes se les invito a ser partícipes de este proyecto de investigación.

b) Procedimientos de la Investigación

Por la coyuntura social que venimos atravesando, la bioseguridad es tema de cada día; por ende: El paciente al llegar al establecimiento de salud, se le midió la temperatura y para su ingreso fue desinfectado con alcohol. El personal de salud que labora en la institución como también los pacientes estuvieron en su obligación de portar siempre el barbijo y el protector facial (protocolo instaurado por el Policlínico Parroquial de Belén).

Se procedió primero a considerar la historia clínica, como también las manifestaciones previas del paciente como la presencia del dolor y síntomas que expongan, haciéndome suponer de un diagnóstico pulpar y periapical, para luego otorgarles el consentimiento informado a cada uno de los pacientes que voluntariamente aceptaran formar parte del estudio.



Se considerará dos periodos: un antes, para medir la ansiedad y un después, para medir el dolor dental postratamiento.

1. PASO 1

En la sala de espera; antes de ser intervenidos por el doctor del servicio, primero se les midió la ansiedad mediante la “Escala Modificada de la Ansiedad” (MDAS), este instrumento ya validado consta de cinco preguntas relacionadas con el tratamiento odontológico, y cinco alternativas de respuesta que van desde un relajado hasta un extremadamente ansioso.

2. PASO 2

Al termino de las sesiones del tratamiento de conductos, los pacientes regresaron 24 horas después para la restauración de la pieza. En ese momento se les pregunto si presentaban o no dolor en la pieza que se les había realizado la endodoncia y para ello se usó la “Escala Visual Análoga” (VAS) donde el paciente marco en una escala que va desde el 0 (dolor nulo) hasta un 10 (el peor dolor) para registrar la presencia de dolor postoperatorio del tratamiento de conductos.

Para la recolección de datos se estimó un tiempo no mayor de 3 meses, debido esto al problema sanitario que se viene atravesando y al temor del contagio.



3.6. Técnicas de Procesamiento de datos

Los datos recolectados fueron tabulados en Microsoft Excel 2019 para mantener un orden.

Para la evaluación de la relación entre las variables se utilizó la prueba χ^2 Y Tau-c Kendall para determinar la existencia o no de independencia entre las variables.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL SEXO EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

SEXO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	27	54.0	54.0	54.0
Femenino	23	46.0	46.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra la distribución numérica y porcentual del sexo donde, el mayor porcentaje fue para el sexo masculino con el 54% en relación al sexo femenino que fue del 46%.

Como se observa el mayor porcentaje de pacientes del policlínico parroquial de Belén fue para el sexo masculino en relación al sexo femenino.



TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA EDAD EN PACIENTES
DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

EDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
de 18 a 30 años	12	24.0	24.0	24.0
de 31 a 50 años	23	46.0	46.0	70.0
>= 51 años	15	30.0	30.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra la distribución numérica y porcentual de la edad donde, el mayor porcentaje fue para el grupo de edad de 31 a 50 años (46%) seguida del grupo de edad de >= 51 años (30%) y el menor porcentaje fue para el grupo de edad de 18 a 30 años (24%).

Como se observa el mayor porcentaje fue para el grupo de edad de 31 a 50 años y el menor porcentaje fue para el grupo de edad de 18 a 30 años.



TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

ANSIEDAD DENTAL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NULO	5	10.0	10.0	10.0
LEVE	16	32.0	32.0	42.0
MODERADO	18	36.0	36.0	78.0
ELEVADA	6	12.0	12.0	90.0
SEVERA	5	10.0	10.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra la distribución numérica y porcentual del grado de ansiedad donde, el mayor porcentaje tuvo un grado moderado (36%) seguida del grado leve (32%) y los menores porcentaje fue para el grado elevado y severo (12% y 10%) respectivamente, hubo un 10% que no presentó ansiedad.

Como se observa un 90% presentó algún grado de ansiedad de esta el mayor porcentaje presentó ansiedad moderada.



TABLA N° 4
GRADO DE ANSIEDAD SEGÚN SEXO EN PACIENTES DEL POLICLINICO
PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

		ANSIEDAD*SEXO				Total	
		Masculino		Femenino			
ANSIEDAD		F	%	f	%	f	%
		NULO	4	8%	1	2%	5
	LEVE	8	16%	8	16%	16	32%
	MODERADO	10	20%	8	16%	18	36%
	ELEVADA	2	4%	4	8%	6	12%
	SEVERA	3	6%	2	4%	5	10%
Total		27	54%	23	46%	50	100%

χ^2 : 2.585, GL:4 p=0.629

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra el grado de ansiedad según sexo donde, en el sexo masculino al grado moderado fue el de mayor porcentaje (20%) y el de menor porcentaje fue el grado elevado (4%), en el sexo femenino el mayor porcentaje fue el grado leve y moderado (16% respectivamente) y el menor porcentaje el grado severo (4%).

Como se observa tanto en el sexo masculino como femenino el grado de ansiedad fue moderado según la prueba estadística chi cuadrado esta asociación no fue significativa $p=0.629$ ($p>0.05$) quiere decir que el sexo no se asociada al grado de ansiedad.



TABLA N° 5
GRADO DE ANSIEDAD SEGÚN EDAD EN PACIENTES DEL POLICLINICO
PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

		ANSIEDAD*EDAD						Total	
		EDAD							
		de 18 a 30 años		de 31 a 50 años		>= 51 años			
		F	%	f	%	f	%	f	%
ANSIEDAD	NULO	0	0%	4	8%	1	2%	5	10%
	LEVE	1	2%	9	18%	6	12%	16	32%
	MODERADO	2	4%	10	20%	6	12%	18	36%
	ELEVADA	6	12%	0	0%	0	0%	6	12%
	SEVERA	3	6%	0	0%	2	4%	5	10%
Total		12	24%	23	46%	15	30%	50	100%

$\chi^2 : 31.226, GL:8 p=0.000$

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra el grado de ansiedad según grupo de edad donde, en el mayor porcentaje en grupo de edad de 18 a 30 años el grado de ansiedad fue elevada (12%), en el grupo de edad de 31 a 50 años fue el grado moderado (20%) y en el grupo de edad de >= 51 años fue el grado leve y moderado (12% respectivamente).

Como se observa según grupo de edad el grado de ansiedad disminuye según aumenta la edad en los grupos. Según la prueba estadística chi cuadrado esta asociación fue significativa $p=0.000$ ($p<0.05$) quiere decir que el grado de ansiedad se asocia a al grupo de edad.



TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL NIVEL DE INTENSIDAD DEL DOLOR DENTAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

DOLOR DENTAL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NULO	4	8.0	8.0	8.0
MUY LEVE	10	20.0	20.0	28.0
LEVE	17	34.0	34.0	62.0
MEDIO	10	20.0	20.0	82.0
FUERTE	4	8.0	8.0	90.0
MUY FUERTE	5	10.0	10.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra la distribución numérica y porcentual de la intensidad del dolor donde, el mayor porcentaje presentó una intensidad leve (34%) seguida de la intensidad muy leve y medio (20% respectivamente) y el menor porcentaje fue para la intensidad fuerte (8%). El 8% no presentó ningún tipo de dolor.

Como se observa el 92% presentó alguna intensidad de dolor de esta el mayor porcentaje presentó una intensidad leve.



TABLA N° 7

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DOLOR DENTAL SEGÚN SEXO EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

		DOLOR*SEXO					
		SEXO				Total	
		Masculino		Femenino			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
DOLOR	NULO	4	8%	0	0%	4	8%
	MUY LEVE	0	0%	10	20%	10	20%
	LEVE	10	20%	7	14%	17	34%
	MEDIO	8	16%	2	4%	10	20%
	FUERTE	2	4%	2	4%	4	8%
	MUY FUERTE	3	6%	2	4%	5	10%
Total		27	54%	23	46%	50	100%

χ^2 : 18.125, GL:5 p=0.003

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra la intensidad del dolor según sexo donde, en el sexo masculino el mayor porcentaje de intensidad del dolor el leve con el 20% y el menor porcentaje presentó una intensidad de dolor muy fuerte 6%. En el sexo femenino la intensidad de dolor en mayor porcentaje fue el muy leve con el 20% y el menor porcentaje presentó un dolor de medio a muy fuerte (4% respectivamente).

Como se observa la intensidad de dolor en el sexo masculino fue leve y en el sexo femenino fue el muy leve lo significa que los del sexo femenino toleran más la intensidad del dolor. Según la prueba estadística chi cuadrado esta asociación fue significativa $p=0.003$ ($p<0.05$) quiere decir que la intensidad del dolor se asocia al sexo.



TABLA N° 8

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DOLOR DENTAL SEGÚN EDAD EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

		DOLOR*EDAD							
		EDAD						Total	
		de 18 a 30 años		de 31 a 50 años		>= 51 años			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DOLOR	NULO	0	0%	4	8%	0	0%	4	8%
	MUY LEVE	0	0%	8	16%	2	4%	10	20%
	LEVE	1	2%	7	14%	9	18%	17	34%
	MEDIO	2	4%	4	8%	4	8%	10	20%
	FUERTE	4	8%	0	0%	0	0%	4	8%
	MUY FUERTE	5	10%	0	0%	0	0%	5	10%
Total		12	24%	23	46%	15	30%	50	100%

$\chi^2 : 44.314, GL:10 p=0.000$

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra la intensidad del dolor según grupo de edad donde, en el grupo de edad de 18 a 30 años el mayor porcentaje presentó una intensidad de dolor muy fuerte (10%), en el grupo de edad de 31 a 50 años la intensidad de dolor en su mayor porcentaje fue muy leve (16%) y en el grupo de edad de >= 51 años el mayor porcentaje presentó una intensidad de dolor leve (18%).

Como se observa hasta los 30 años la intensidad de dolor percibida fue desde leve hasta muy fuerte siendo el mayor porcentaje muy fuerte a partir de los 31 años a más desde muy leve hasta medio donde a menor edad la intensidad de dolor percibida es más alta. Según la prueba estadística chi cuadrado esta asociación fue significativa $p=0.000$ ($p<0.05$) quiere decir que la intensidad del dolor se asocia a la edad.

TABLA N° 9

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ANSIEDAD Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR DENTAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PACIENTES DEL POLICLINICO PARROQUIAL DE BELEN, CUSCO 2021

		DOLOR*ANSIEDAD										Total	
		ANSIEDAD											
DOLOR		NULO		LEVE		MODERADO		ELEVADA		SEVERA		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
	NULO	4	8%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	8%
	MUY LEVE	0	0%	6	12%	4	8%	0	0%	0	0%	10	20%
	LEVE	1	2%	10	20%	6	12%	0	0%	0	0%	17	34%
	MEDIO	0	0%	0	0%	6	12%	2	4%	2	4%	10	20%
	FUERTE	0	0%	0	0%	2	4%	2	4%	0	0%	4	8%
	MUY FUERTE	0	0%	0	0%	0	0%	2	4%	3	6%	5	10%
Total		5	10%	16	32%	18	36%	6	12%	5	10%	50	100%

Tau-c de Kendall: $r=0.647$, $p=0.000$; $\delta=0.8$; $1-\beta=0.99$

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra la relación entre el grado de ansiedad y la intensidad del dolor donde, los que tienen un grado de ansiedad leve presentan una intensidad de dolor entre muy leve y leve siendo el mayor porcentaje para la intensidad leve (20%), los que presentan un grado de ansiedad moderado presentaron una intensidad de dolor entre muy leve a fuerte siendo el mayor porcentaje leve y medio (12% respectivamente), los que presentaron un grado de ansiedad elevada presentaron una intensidad de dolor entre medio a muy fuerte (4% respectivamente), los que presentaron un grado de ansiedad severa presentaron una intensidad de dolor entre medio y muy fuerte siendo el de mayor porcentaje el muy fuerte (6%).

Como se observa los que presentan mayor grado de ansiedad la intensidad del dolor fue mayor. Según la prueba estadística Tau c de Kendall esta relación fue significativa $p=0.000$ ($p<0.05$) quiere decir que el grado de ansiedad se relaciona con la intensidad de dolor de manera directa, positiva y alta donde a mayor ansiedad mayor intensidad de dolor ($r=0.647$), con un tamaño del efecto ($\delta=0.8$) que es considerado grande y una potencia estadística ($1-\beta=0.99$) que permite generalizar los datos de la muestra a la población.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Al término de analizar los resultados obtenidos se estableció la relación entre el grado de ansiedad con la intensidad del dolor en el tratamiento de conductos según el sexo y edad de los pacientes que acudieron al Policlínico Parroquial de Belén, usando la Escala Modificada de Corah y la Escala Visual Análoga.

De acuerdo con la recolección de datos del trabajo de investigación, se observa que el 90% presentó algún grado de ansiedad, siendo la más alta la ansiedad moderada en un 36%, resultados que coinciden con Valqui (31) en el 2019, donde usó la misma escala para medir la ansiedad (Escala Modificada de Corah), concluyendo que el 41.5% presentó ansiedad moderada seguido del 36.2% que presentó ansiedad leve; de la misma forma existe similitud de resultados con el estudio realizado por Dou (32) donde obtuvo que el 36.2% siendo la mayor parte de los pacientes presentó ansiedad moderada; por último el que también presenta similitud de resultados son los de Ríos (33) donde la mayoría que presentó ansiedad fue la moderada con el 16.1%. Los estudios que discrepan son los de Pereyra (34), Córdova (35), Quispe (36) donde concluyen como resultados de su investigación que el grado de ansiedad que primó en sus estudios fue de grado leve con un 45%, 43.3% y 34.9% respectivamente.

Por otro lado, no se encontró una asociación significativa del grado de ansiedad según el sexo; concordado con Ríos (33), Monardes (37) y Pereyra



(34). Opuesto a ello Ccora (38) ,Quispe (36) y Castillo (1) donde afirmaron que las del sexo femenino son más ansiosas que el sexo opuesto.

Todo lo opuesto ocurrió en cuanto a la asociación significativa del grado de ansiedad según la edad, los de 18 a 30 años presentaron ansiedad elevada en un 12%, los de 31 a 50 años presentaron ansiedad moderada en un 20% y los mayores e iguales a 51 años presentaron entre ansiedad leve y moderada en un 12% respectivamente; y a su vez llegando a concluir que la ansiedad va disminuyendo según aumente la edad, Castillo (1) según el grupo etario de 21 a 30 años presentaron mayor ansiedad, Ccora (38) indica que los que presentaron ansiedad moderada son los de 18 a 25 años. Estudios que no encontraron ninguna asociación entre la ansiedad y la edad fueron de Ríos (33) y Monardes (37).

Se observó que el 92% de los pacientes presentaron algún valor de intensidad de dolor postratamiento de conductos tomando en consideración la ingesta de analgésicos, donde la mayor intensidad de dolor percibida fue leve con un 34% seguido de la intensidad muy leve y leve con un 20% respectivamente, sumado a ello que la intensidad del dolor se asocia al sexo; dando como resultado que las del sexo femenino toleran más el dolor; además que demuestra que a mayor edad la intensidad del dolor percibida será menor. Guardando así similitud con el estudio de Toledo (39) donde solo observo que existen una serie de factores que reúnen asociación con la presencia del dolor al término del tratamiento de conductos.



CONCLUSIONES

1.- Existe una relación significativa de manera directa y positiva entre el grado de ansiedad y la intensidad de dolor, indicando que a mayor grado de ansiedad pues mayor será la intensidad de dolor.

2.-Se determino el grado de ansiedad dental antes de iniciar un tratamiento de conductos según el sexo, donde un 20% presento ansiedad moderada según el sexo masculino y un 16% presento ansiedad leve según el sexo femenino; concluyendo que no se encontró una relación significativa entre la ansiedad y el sexo.

3.-Se determino el grado de ansiedad dental antes de iniciar un tratamiento de conductos según la edad; donde un 12% de jóvenes de 18 a 31 años presentaron ansiedad elevada, un 20% de adultos entre 31 a 50 años presentaron ansiedad moderada y un 12% de adultos mayores a los 51 años presentaron ansiedad leve, concluyendo que el grado de ansiedad disminuye según aumente la edad

4.-Se determino la intensidad de dolor después del tratamiento de conductos según el sexo, donde un 20% según el sexo masculino presento una intensidad de dolor leve y un 20% según el sexo femenino presente una intensidad de dolor muy leve; llegando a concluir que el sexo femenino tolera más la intensidad de dolor después de haber recibido un tratamiento de conductos.

5.-Se determino la intensidad del dolor después del tratamiento de conductos según la edad, donde un 10 %de jóvenes entre 18 a 30 años presentaron dolor muy fuerte, un 16% de adultos entre 31 a 50 años presentaron dolor leve y un



18% de adultos mayores de 51 años presentaron dolor leve después de terminar un tratamiento de conductos, llegando a concluir que cuanto menos sea la edad mayor será la intensidad de dolor percibida al término de un tratamiento de conductos.

6.-La ansiedad más frecuente que se presentó en mayor grado es la moderada con 36 % seguido de la ansiedad leve con 32 %.



SUGERENCIAS

1. Se sugiere a los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología a realizar estudios sobre:
 - El grado de ansiedad de acuerdo a la experiencia de tratamientos (aquellos que nunca recibieron un tratamiento de conductos, con aquellos que recibieron ya anteriormente un tratamiento de conductos)
 - El grado de ansiedad según el tipo de tratamiento odontológico en áreas específicas como: cirugía, periodoncia, operatoria dental, etc.
 - Factores que influyen en el dolor postratamiento de conductos
 - La relación de ansiedad y dolor dental en poblaciones pediátricas
 - Utilización de otras escalas para medir la ansiedad dental y el dolor dental postratamiento de conductos
2. Se sugiere realizar este tipo de investigación en la región del Cusco involucrando más variables como el nivel socioeconómico, nivel de instrucción, la experiencia de las atenciones previas, la relación entre el paciente y el operador, entre otras; para poder analizar la relación de las características en la región del Cusco



1. Castillo NM, Rupaya CG. Relacion entre la ansiedad y el dolor dental en el tratamiento endodontico en pacientes del centro medico naval. Revista Cientifica Odontologica. 2013 febrero; 1(26- 30).
2. Caceres Cuba A. "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DESERCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ANTIPLANO- PUNO. 2018..
3. Real Academia Española. dle.rae.es. [Online].; 2006 [cited 2020 junio 27. Available from: <https://dle.rae.es/ansiedad?m=form>.
4. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estres: tres conceptos a diferenciar. Mal-estar e subjetividad. 2003 marzo; III(1).
5. Rojas E. Cómo superar la ansiedad. Primera ed. [Barcelona]: Planeta, S.A; 2014.
6. Reyes Ticas A. Transtornos de ansiedad guia practica para diagnostico y tratamiento. no especifica..
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2008.
8. Barberia Leache E, Martín Díaz D, Tobal M, Fernández Frías C. Prevalencia, Consecuencias y antecedentes de miedo ansiedad y fobia dental. Bol Asoc Odontol Argent P Niños. 1997; 25(4).
9. Lima Álvarez M, Casanova Rivero Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Humanidades Medicas. 2006 enero- abril; 6(1).
10. Cázares de León F, Montoya Flores BI, Quiroga García MÁ. Ansiedad Dental en pacientes adultos en el tratamiento odontologico. Mexicana de Estomatología. 2015 Enero- Junio; II(2).
11. Dutra Murrer R, Scandiuzzi Francisco S, Missaé Endo M. Ansiedade e medo no atendimento odontológico de urgência. Odontol Bras Central. 2014; 23(67).
12. Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Avances en Odontologia. 2014 enero- febrero; 30(1).
13. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. dle.rae.es. [Online].; 2014 [cited 2020 Agosto 11. Available from: <https://dle.rae.es/dolor?m=form>.
14. Nardi A, Michel Crosato E, Haye Biazevic G. Dores dental e facial em trabalhadores do sul do Brasil, 2003. Odontologia da UNESP. 2006; 35(1).
15. Schmitter M, Rammelsberg P, Hassel A. The prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in very old subjects. J Oral Rehabil. 2005; 32.



16. López Sánchez A, González Romero E. El medico en situaciones de urgencias: dolor dental. *Medicina Integral*. 2001 Marzo; 37(6).
17. Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva [place unknown]: [publisher unknown]; 2012.
18. Cervantes Chavarría AR, Montero Aguilar M. Trastorno de dolor dentoalveolar persistente: El paciente que no olvidará. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*. 2016 septiembre- diciembre; 18(3).
19. International Association for the Study of Pain. Trastorno de dolor dentoalveolar persistente (TDDP) unknown] [, editor. [place unknown]; 2013.
20. Ingle I J, Bakland LK, Craig Baumgartner J. *Ingle's Endodontics Ontario H*, editor.: BC Decker Inc; 2008.
21. Triana Martínez K, Frías Figueredo L, Figueredo Cortes M. Surgimiento y desarrollo de la endodoncia. *Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba*. 2008 abril; 1(1).
22. J. R. Stock C, T.Walker R, Gulabivala K, Goodman J. *Atlas en color y en texto de Endodoncia*. segunda ed. Madrid: Harcourt Brace; 1996.
23. Marroquin TY, Garcia C. Guía de diagnóstico clínico para patologías pulpares y periapicales. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. 2015 Abril; 26(2).
24. AAE Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology. *Journal of Endodontics*. 2009; 35(12).
25. Monardes H, Lolas C, Aravena J, González H, Abarca. Evaluación del tratamiento endodóntico y su relación con el tipo y la calidad de la restauración definitiva. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Reabilitacion Oral*. 2016 abril; 9(2).
26. Ministerio de Salud. Norma técnica:atenciones odontologicas basicas en poblaciones excluidas y dispersas. In Conferencia de la Direccion General de salud; 2005; Lima. p. 20.
27. Naranjo Pereyra L. Revision teorica sobre el estres y algunos aspectos relevantes de este en el ambito educativo. *Revista Educacion*. 2009 Agosto; 33(2).
28. Garcia KN, Gomez A. Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Fundamentos en Humanidades*. 2011 Septiembre; XII(23).
29. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23rd ed. Madrid; 2014.
30. Paredes Nuñez JE. *Manual para la Investigacion Cientifica*. octava ed. Maria UCdS, editor. Arequipa: Deposito Legal en la Biblioteca Nacional; 2010.
31. Valqui Y. Ansiedad previa a la atención odontologica en pacientes que acuden al servicio de odontologia, Hospital II-1 [TESIS] , editor. [Rioja]: Universidad Nacional Toribio Rodriguez de Mendoza de Amazonas; 2019.



32. Dou L, Vanschaayk M, Zhang Y, Fu X, Ji P, Yang D. The prevalence of dental anxiety and its association with pain and other variables among adult patients with irreversible pulpitis. *BMC Oral Health*. 2018 junio; 7(18).
33. Rios M, Herrera A, Barahon P, Molina Y, Candenaso P, Zambrano V, et al. Ansiedad dental en adultos chilenos que concurren a un servicio de salud primaria. *Int. J. Odontostomat*. 2016 junio; 10(2).
34. Pereyra K. Nivel de Ansiedad frente a la atención odontológica en pacientes adultos de la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM [tesis] , editor. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
35. Cordova Sotomayor A, Santa Maria FB. Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. *Estomatol. Herediana*. 2018 abril; 8(2).
36. Quispe Caceres j. NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO- CUSCO. 2019..
37. Monardes Cortes H, Peña Garrido C. Nivel de ansiedad en pacientes previo a un tratamiento de endodoncia. *Canal abierto*. 2018 abril;(37).
38. Ccora J. Ansiedad y su relacion con el dolor dental en exodoncias de pacientes del Hospital Militar Central [tesis] , editor. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018.
39. Toledo Reyes L, Cabrera García K, González Ferrer V, Machado Martínez M. Índice del dolor postratamiento endodóntico. *Revista Cubana de Estomatología*. 2018 mayo; 55(4).
40. HUMPHRIS G.M. MT,LSJE. "The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms. *Community Dental Health*. 1995; 12(143-150.).
41. Daniel Cordova FSM. Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clinica odontologica en una universidad peruana. *Estomatologica Herediana*. 2018 abril- junio; 28(2).
42. Salcedo R. Relacion entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconomico-cultural de los pobladores de Santo Tomas [tesis] , editor. [Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
43. Pineda H. Nivel de ansiedad en pacientes adultos que se encuentran en la sala de espera de la Facultad de Odontología [tesis] , editor. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
44. Castillo D, Alvear M, León P, Castillo O. Asociación entre la instrucción y ansiedad dental: caso control. *OACTIVA UC Cuenca*. 2019 Diciembre; 4(no especifica).
45. Ávila S. Dolor Intraoperatorio Asociado al Uso de Medicación [tesis] , editor. [Guayaquil]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
46. Rodríguez CÁJ. Valoración de la ansiedad y el dolor durante el tratamiento dental [tesis] ,



- editor. [Madrid]: Universidad Europea Laureate; 2017.
47. Ries F, Castañeda C, Campos MdC, Del Castillo O. Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. Cuadernos de Psicología del Deporte. 2012 septiembre; 12(2).
48. Martinez Monteagudo MC, Inglés J, Cano Vindel A, García Fernández JM. Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. Ansiedad y Estrés. 2012 agosto; 18(2-3).
49. Rosales Ocampo S. Dolor Post operatorio en Endodoncia Lima; 2019.
50. Vaca Rubio K. FACTORES ASOCIADOS CON EL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL Guayaquil; 2020.
51. Aguilar Borajas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco. 2005 Nov; 1(2).



ANEXOS



ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENRAL	Variable Asociada 1: ANSIEDAD DENTAL	DISEÑO METODOLOGICO
¿Cuál es la relación que existe entre el grado de ansiedad y la intensidad de dolor dental en el tratamiento de conductos en pacientes del Policlínico Parroquial de Belén?	Identificar la relación que existe entre el grado de ansiedad dental y la intensidad de dolor dental en el tratamiento de conductos en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén	Variable Asociada 2: DOLOR DENTAL	<ol style="list-style-type: none"> Tipo: CIENTIFICO Enfoque: CUANTITATIVO Diseño: NO EXPERIMENTAL, CORRELACIONAL
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	COVARIABLES: <ul style="list-style-type: none"> SEXO EDAD 	POBLACION <ol style="list-style-type: none"> Población: Todos los pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén. TECNICAS E INSTRUMENTOS: <ol style="list-style-type: none"> Técnica: observación clínica indirecta Instrumento: ficha de recolección de datos
¿Cuál es el grado de ansiedad dental que existe antes de iniciar el tratamiento de conductos según sexo en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén?	Determinar el grado de ansiedad dental antes de iniciar el tratamiento de conductos según el sexo en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén		
¿Cuál es el grado de ansiedad que existe antes de iniciar el tratamiento de conductos según edad en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén?	Determinar el grado de ansiedad dental antes de iniciar el tratamiento de conductos según la edad en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén		
¿Cuál es la intensidad de dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos según la edad que es percibido en los pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén?	Determinar la intensidad de dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos según el sexo en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén		
¿Cuál es la intensidad de dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos según el sexo que es percibido en los pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén?	Determinar la intensidad de dolor dental después de finalizar el tratamiento de conductos según la edad en pacientes que acuden al Policlínico Parroquial de Belén		



ANEXO N°2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES																																			
	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
FASE I																																				
Recolección de información																																				
Redacción y revisión																																				
Presentación																																				
FASE II																																				
Validación de Instrumento																																				
Recolección de datos																																				
Análisis e interpretación de datos																																				
Presentación																																				
FASE III																																				
Elaboración del borrador																																				
Redacción y Revisión																																				
Sustentación																																				