

Niveles de Ansiedad Dental y Técnicas de Afrontamiento en pacientes adultos de Buenos Aires

Dental Anxiety Levels and Coping Techniques in adult patients from Buenos Aires

Recepción del artículo: 10-02-2023 | Aceptación del artículo: 17-07-2023

Resumen

¹ Gonzalo Alfredo Castiglia 
gonzacastiglia@gmail.com

² María Milagros Justo 
justomilagros1999@gmail.com

^{1,2} Universidad Abierta Interamericana,
(Argentina)

Para referenciar este artículo:

Justo, M. M., Castiglia, G. A. (2023). Niveles de Ansiedad Dental y Técnicas de Afrontamiento en pacientes adultos de Buenos Aires. *Revista ConCiencia EPG*, 8(2), 118-132.
<https://doi.org/10.32654/ConCiencia.8-2.7>

Autor corresponsal: María Milagros Justo justomilagros1999@gmail.com

La presente investigación se centró en analizar los Niveles de Ansiedad Dental y Técnicas de Afrontamiento en pacientes adultos de Buenos Aires. Dichos constructos fueron analizados en 432 adultos de entre 18 y 65 años, todos ellos residentes de la provincia de Buenos Aires, de los cuales 116 eran hombres y 316 mujeres. A todos ellos se les administraron tres instrumentos: un cuestionario sociodemográfico confeccionado ad hoc, el Inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos [CRI-Y] (Moos, 1993; adaptación argentina: Ongarato et al., 2010) y el Inventario de Ansiedad Dental [EQ-SDAI] (Stouthard et al., 1995; adaptación ecuatoriana: Villavicencio et al., 2019). El diseño de esta investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, alcance correlacional y de corte transversal. Respecto a los resultados principales, se encontró una correlación inversa entre Ansiedad Dental con Afrontamiento por Aproximación Cognitiva, Afrontamiento por Aproximación Conductual, Afrontamiento por Evitación Cognitiva y Afrontamiento por Evitación Conductual. Finalmente, en cuanto al análisis de las variables sociodemográficas, con respecto al Sexo cabe decir que los hombres tuvieron mayores niveles de Ansiedad Dental que las mujeres. Quienes más concurrían a la consulta odontológica tuvieron mayores niveles de Ansiedad Dental.

Palabras claves: Ansiedad Dental- Estrategias de Afrontamiento- Pacientes- Adultos

Abstract

The present research focused on analyzing the Levels of Dental Anxiety and Coping Techniques in adult patients in Buenos Aires. These constructs were analyzed in 432 adults between 18 and 65 years old, all of them residents of the province of Buenos Aires, of whom 116 were men and 316 women. All of them were administered three instruments: a sociodemographic questionnaire prepared ad hoc, the Inventory of Coping Strategies for Adolescents and Adults [CRI-Y] (Moos, 1993; Argentine adaptation: Ongarato et al., 2010) and the Inventory of Dental Anxiety [EQ-SDAI] (Stouthard et al., 1995; Ecuadorian adaptation: Villavicencio et al., 2019). The design of this research was quantitative, non-experimental, correlational and cross-sectional in scope. Regarding the main results, an inverse correlation was found between Dental Anxiety with Cognitive Approach Coping, Behavioral Approach Coping, Cognitive Avoidance Coping and Behavioral Avoidance Coping. Finally, regarding the analysis of the sociodemographic variables, with respect to Sex it can be said that men had higher levels of Dental Anxiety than women. Those who attended the dental office the most had higher levels of Dental Anxiety.

Key words: Dental Anxiety- Coping Strategies- Patients- Adults

Introducción

La Ansiedad es entendida como un sentimiento de temor, donde frecuentemente se dificulta identificar las razones del sentimiento, lo cual potencia la angustia manifestada. Conceptualizada como un estado psicológico que se evidencia de forma desagradable, asociado al contenido intrapsíquico y manifestada en cambios psicofisiológicos (Ríos Erazo et al., 2014).

La misma puede presentarse ante diversas situaciones, y una de las más usuales es la Ansiedad ante la consulta o tratamiento odontológico, la cual se denomina Ansiedad Dental. Además, Rojas Alcayaga et al. (2011) han demostrado que la atención odontológica genera mayores niveles de ansiedad que cualquier otro tipo de atención con profesionales de la salud. La Ansiedad Dental frente a una visita al odontólogo sigue presente en más del 49% de la población, donde las principales causas son las inyecciones en la boca (63,2%), el dolor (56,9%) y la aprensión que provocan las extracciones de piezas (56%). En la misma línea, Segura García (2017) plantea que, durante la inyección de anestesia, cuanto mayor es el dolor de la punción se elevan significativamente los niveles de Ansiedad Dental.

Así mismo, es una de las principales dificultades para lograr un buen tratamiento en la atención dental. Es habitual que la mayoría de los pacientes presenten algún grado de ansiedad ante el tratamiento odontológico, pero se entiende que una mayor intensidad de los síntomas y características conductuales definen a la Ansiedad Dental como patológica. La Ansiedad Dental se caracteriza por conductas evitativas, tales como dificultades para asistir a los controles o tratamientos dentales, postergando los encuentros y solo acudiendo a la atención odontológica ante casos extremos como dolores agudos o quebraduras de piezas dentales. Es decir, que aquellos pacientes con altos niveles de Ansiedad Dental tendrán más posibilidades de tener consecuencias negativas en su salud bucal, ya que dificultan la prevención y la adherencia a los tratamientos necesarios (Rojas Alcayaga et al., 2011).

Rojas Alcayaga y Misrachi Launert (2004) entienden que la Ansiedad Dental se inicia cuando las personas conciben que la idea de someterse a un tratamiento odontológico es amenazante y que puede terminar en la pérdida de una pieza dental. Consideran que existen dos causas principales que pueden situar a una persona en ese estado, que son las experiencias desagradables previas y la información recibida por otros.

En diversas investigaciones, se sostuvo que los sujetos que poseen Ansiedad Dental tienen niveles más elevados cuanto más jóvenes son, ya que entienden que con el

correr de los años las experiencias y el conocimiento sobre lo que ocurre en las visitas al odontólogo logran que se disminuyan los niveles de ansiedad (Segura García, 2017).

En torno al Nivel Educativo, autores como Quichimbo Armijos y Piedra Serrano (2018) explican que a menor nivel educativo más se elevan los niveles de Ansiedad Dental, y que esto se debe al nivel de conocimiento e información que tiene sobre lo que ocurre o puede ocurrir en una consulta odontológica. Asimismo, Diaz Almenara (2016) expone que quienes no concurren frecuentemente a una consulta odontológica son quienes más Ansiedad Dental experimentan.

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, Ruiz et al. (2018) hallaron en sus investigaciones que los hombres eran quienes mayores niveles de Ansiedad Dental experimentaban.

Una investigación realizada por Castillo (2019) tuvo por objetivo asociar la instrucción y la ansiedad dental en adultos de 18-44 años. En el análisis descriptivo de la muestra total, obtuvo como resultado 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. Llegó a la conclusión de que no existe asociación entre la instrucción y la ansiedad dental.

Por otra parte, Lagos (2008), explica que la Ansiedad Dental consiste en un patrón

comportamental complejo que da lugar a una activación neurovegetativa, que puede generarse tanto antes como durante la atención con el odontólogo y donde muchas veces es imposible de detectarla o identificarla antes de que suceda. Si bien se presenta en el amplio terreno emocional, las reacciones son multidimensionales dentro de un amplio sistema de respuestas motoras, fisiológicas, conductuales, cognitivas y subjetivas.

En sintonía, Ríos Erazo et al. (2014) exponen que este fenómeno debe ser comprendido como un proceso multidimensional, que consta de tres componentes distintos que interactúan entre sí, el componente fisiológico, cognitivo y motor. Los aspectos fisiológicos tienen que ver con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, lo que lleva en ocasiones a una falta de respiración, transpiración y palpitations. Los aspectos cognitivos displacenteros implicarían una interferencia con la concentración, hipervigilancia atencional e incapacidad para recordar ciertos eventos. Por último, el componente motor implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos que pueden ir desde la evitación hasta el escape de la consulta dental.

El proceso multidimensional determina el modo de afrontar las distintas situaciones que generan Ansiedad Dental, autores como Barra Almagiá y Vaccaro Huespe (2013) consideran al Afrontamiento como todos los esfuerzos conductuales y cognitivos, con el objetivo de poder manejar

las demandas específicas tanto externas como internas, y que son evaluadas por el sujeto como desbordantes o excedentes de los recursos de una persona. A través de estos mecanismos de afrontamiento, el sujeto puede regular las respuestas emocionales y manipular el problema o circunstancia estresante.

A su vez, las distintas respuestas de Afrontamiento pueden enmarcarse dentro de dos líneas centrales. Por un lado, aquellas respuestas dentro de una línea activa, cognitivas y conductuales, que permiten afrontar de manera directa al estresor. En una segunda línea pasiva, se presentan aquellas respuestas destinadas a evitar la situación estresante, donde el objetivo es reducir la tensión a través de una conducta de huida (Moos, 1993).

Las estrategias de afrontamiento son comprendidas como recursos psicológicos que las personas utilizan para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de las mismas no siempre asegura el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los sujetos, otorgándoles beneficios personales y ayudando a su fortalecimiento (Amarís Macías et al., 2013).

Existen diferencias entre estilos y estrategias de afrontamiento; Gutiérrez López (2009) plantea que los estilos son fundados en diferentes estructuras de personalidad y tienen que ver con la tendencia de los sujetos a usar un determinado tipo de afrontamiento. Mientras que las estrategias son las diferentes acciones concretas que las personas realizan

dentro de su estilo. Donde se han encontrado dos formas de afrontamiento: las formas activas y las formas pasivas o evitativas. La mayoría de los autores, cuando se refieren al afrontamiento, concuerdan en clasificar tres dominios generales de las estrategias, según estén dirigidas a: La valoración (afrontamiento cognitivo), este es un intento en el cual se busca el significado a lo acontecido y darle la valoración para que esto resulte menos desagradable. El problema (afrontamiento conductual), se refiere a la conducta utilizada para confrontar la realidad. Y, por último, la emoción (afrontamiento emocional), es cómo se regulan los aspectos emocionales y cómo se intenta mantener el equilibrio afectivo (Krzemien et al., 2005).

Siguiendo en la misma línea, Sandín y Chorot (2003) definen al afrontamiento del estrés como esfuerzos conductuales y cognitivos que llevan a cabo las personas para hacerle frente al mismo, o sea para tratar con las demandas internas o externas que este genera, como también con el malestar psicológico que lo acompaña. Lazarus y Folkman (1991, citado en Soria Trujano et al., 2009) explican que las estrategias son conocidas como el afrontamiento en acción, las cuales están orientadas a modificar el problema y las de afrontamiento dirigido a la emoción, son las que ayudan a regular las respuestas. En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del

entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Por esto mismo el afrontamiento es un proceso por el cual el sujeto evalúa si el evento al cual se enfrenta es realmente amenazante para su bienestar.

En sintonía teórica, Di Colloredo Gómez et al. (2007), dividen las estrategias en dos grandes grupos, el primero, centrado en el problema y el otro, centrado en las emociones. El primero está relacionado con la búsqueda de soluciones alternativas, analizando su costo y beneficio, e implica un objetivo, analizando el entorno y trata de buscar una solución al problema, donde incluyen estrategias referenciales al interior del individuo. El segundo grupo, tiene como función, regular las emociones que ponemos en marcha para modificar el malestar y manejar los estados emocionales que son provocados por el estrés. Esto se consigue evitando la situación estresante.

En 2021, Daoudi-Tume et al. se propusieron como objetivo determinar la relación que existe entre las Estrategias de Afrontamiento al Estrés y la Ansiedad estado en trabajadores de un centro de salud en cuarentena por Covid-19, Juliaca. La muestra fue no probabilística, constituida por 70 individuos trabajadores de un centro de salud de Juliaca, Perú. Utilizaron como elemento de medición el Inventario de Afrontamiento al Estrés [Brief]. En los resultados se vio reflejado que no existe una relación directa entre las estrategias de afrontamiento al

estrés y ansiedad estado, queriendo decir que un uso adecuado de una estrategia de afrontamiento al estrés no determina el nivel de ansiedad estado y viceversa.

En relación a lo mencionado anteriormente, la pregunta de investigación que guía el presente estudio fue ¿Cómo es la relación entre los Niveles de Ansiedad Dental y Estrategias de Afrontamiento en pacientes adultos que concurren a consulta y/o tratamiento odontológico en el AMBA?

Los objetivos delimitados fueron: a) Asociar los Niveles de Ansiedad Dental y Estrategias de Afrontamiento en pacientes adultos que concurren a consulta odontológica de AMBA, b) Describir los Niveles de Ansiedad Dental en pacientes adultos que concurren al odontólogo, c) Determinar las Estrategias de Afrontamiento en pacientes adultos que concurren al odontólogo, d) Caracterizar la muestra en función de las variables sociodemográficas: Edad, Lugar de residencia, Sexo, Estado Civil, Nivel Académico, Frecuencia de Visita al Odontólogo, Utilización de Ortodoncia y Experiencias en Consulta Odontológica, e) Comparar los Niveles de Ansiedad Dental y Estrategias de Afrontamiento en pacientes adultos que concurren al odontólogo en función de las variables sociodemográficas como: Edad, Lugar de residencia, Sexo, Estado Civil, Nivel Académico, Frecuencia de Visita al Odontólogo, Utilización de Ortodoncia y Experiencias en Consulta Odontológica y f) Asociar los Niveles de Ansiedad Dental y Estrategias de Afrontamiento en pacientes adultos que concurren al odontólogo en

función de las variables sociodemográficas como: Edad, Lugar de residencia, Sexo, Estado Civil, Nivel Académico, Frecuencia de Visita al Odontólogo, Utilización de Ortodoncia y Experiencias en Consulta Odontológica.

En consecuencia, se plantearon las siguientes hipótesis: 1) Las personas con mayores niveles de Ansiedad Dental tendrán como Estrategia de Afrontamiento la Evitación Conductual, 2) Las mujeres poseen mayores niveles de Ansiedad Dental que los hombres, 3) A mayor Edad, menor Ansiedad Dental, 4) A menor nivel académico mayor Ansiedad Dental y mayor Afrontamiento por Evitación Cognitiva y 5) A menor frecuencia de visita al dentista, mayor Ansiedad Dental.

Método

Diseño: Se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, de alcance correlacional y de corte transversal (Hernández Sampieri et al., 2014).

Participantes: La muestra estuvo integrada por 432 adultos, de los cuales 116 fueron hombres (26,9%) y 316 fueron mujeres (73,1%), con edades que oscilan entre 18 y 65 (M= 38,95; DT= 12,08). El muestreo fue de tipo no probabilístico e intencional (Hernández Sampieri et al., 2014). Se incluyeron aquellos sujetos entre 18 y 65 años, que hayan concurrido o concurren a consulta odontológica. Serán exceptuados los sujetos que hayan sido diagnosticados con Trastorno de Ansiedad o Depresión.

Instrumentos: Se utilizaron mediciones mediante una batería de tres instrumentos de

evaluación autoadministrables que incluyeron las siguientes técnicas:

Cuestionario sociodemográfico confeccionado ad hoc. Mediante este breve cuestionario introductorio se consideraron variables sociodemográficas tales como: Edad, Lugar de Residencia, Sexo como indica el DNI, Estado Civil, Nivel Académico Alcanzado, Frecuencia de Consulta Odontológica, Utilización de Ortodoncia, Experiencias Negativas Pasadas, y si posee un Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad o Depresión.

Inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos [CRI-Y] (Moos, 1993; adaptación argentina: Ongarato et al., 2010). Es un cuestionario autoadministrable que evalúa los recursos y reacciones ante situaciones problemáticas. Posee 4 opciones de respuesta de escala tipo likert que oscilan entre: 1. Nunca, 2. Pocas veces, 3. Muchas veces y 4. Siempre y consta de 22 ítems que se agrupan 4 dimensiones: 1- Afrontamiento por Aproximación Cognitiva ($\alpha > .66$) (1,3,10,11,14,16 y 17), 2- Afrontamiento por Aproximación Conductual ($\alpha > .66$) (2,4,6,12,15,18), 3- Afrontamiento por Evitación Cognitiva ($\alpha > .58$) (7,8,13,19 y 20) y 4- Afrontamiento por Evitación Conductual ($\alpha > .53$) (5,9,21 y 22). La escala presenta un formato tipo Likert de cuatro anclajes de respuesta en función de la frecuencia con la que realizan las acciones los participantes. La escala mostró adecuadas propiedades psicométricas. El alfa de Cronbach según la muestra fue de .894.

Inventario de Ansiedad Dental [EQ-SDAI] (Stouthard et al., 1995; adaptación ecuatoriana: Villavicencio et al., 2019). Es un inventario autoadministrable de 9 ítems que evalúa la Ansiedad Dental también conocida como odontofobia, se entiende como el miedo subjetivo, exagerado y permanente ante un evento anticipado o presente que involucra al odontólogo, instrumental y equipo dental o al tratamiento bucodental respectivo. Posee 2 opciones de respuesta de tipo dicotómica: 1. Sí y 2. No. En cuanto a las claves de corrección, se entiende que a mayor puntaje mayor Ansiedad Dental. Por último, la escala evidenció niveles adecuados de confiabilidad en el coeficiente de Kuder Richardson =0,86.

Procedimiento: La administración se llevó a cabo de manera remota a través de la plataforma Google Forms y el contacto con la muestra se realizó a través de las diferentes redes sociales Instagram, WhatsApp y Facebook. A su vez, a aquellos pacientes que se dirigieron de manera presencial para realizar cualquier consulta o práctica médica a los consultorios Berazategui Creciendo, situado en la localidad de Berazategui, se les ofreció en la recepción de la institución, el link al Google Forms para que participen. Los sujetos participaron en el estudio de manera voluntaria y en todo momento se garantizó el anonimato y la confiabilidad de la información suministrada.

Luego de brindar el respectivo consentimiento, cada encuestado tuvo acceso a responder un total de 39 reactivos que incluyen datos sociodemográficos y aquellos que miden Ansiedad Dental y Estrategias de

Afrontamiento. Aproximadamente cada sujeto demoró alrededor de 10 minutos en responder todas las preguntas y/o afirmaciones. Las encuestas fueron entregadas a cada participante en el mismo orden, garantizando el control por equiparación.

Finalmente, todos los protocolos, a través del SPSS 25.0, fueron sistematizados, analizados e interpretados según los correspondientes baremos.

Para el análisis de los datos se emplearon medidas estadísticas descriptivas e inferenciales a través del software estadístico SPSS 25.0.

Se realizó el pre procesamiento de los datos, para descartar posibles outliers. Posteriormente, se aplicó una prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de las variables.

Luego, se procedió al análisis descriptivo de las variables utilizadas. A su vez, se realizaron pruebas de correlación para vincular los constructos mediante Rho de Spearman. Finalmente, se realizaron comparaciones de grupos a través de U de Mann-Whitney entre Ansiedad Dental y las Estrategias de Afrontamiento, con respecto a las variables sociodemográficas Sexo, Utilización de Ortodoncia y Malas Experiencias Odontológicas.

Resultados

Se inició realizando un análisis descriptivo para garantizar la caracterización de la muestra. Sobre la misma cabe destacar que estuvo conformada por 432 sujetos.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos y caracterización de la muestra

Variable	Valores	N	Porcentaje
Sexo como figura en el DNI	Hombre	116	26,9%
	Mujer	316	73,1%
Estado Civil	Soltero/a	171	39,6%
	En pareja	104	24,1%
	Casado/a	117	27,1%
	Divorciado/a	32	7,4%
	Viudo/a	8	1,9%
Nivel Académico	Primario Completo	4	0,9%
	Secundario Incompleto	28	6,5%
	Secundario Completo	71	16,4%
	Terciario Incompleto	16	3,7%
	Terciario Completo	74	17,2%
	Universitario Incompleto	121	28%
	Universitario Completo	87	20,1%
Frecuencia de consulta	Posgrado Incompleto	9	2,1%
	Posgrado Completo	22	5,1%
Frecuencia de consulta	No acude	18	4,2%
	Solo cuando siente dolor o	148	34,3%

	molestia			
	Una vez al año	122	28,2%	
	Dos veces al año	68	15,7%	
	Tres veces al año	22	5,1%	
	Cuatro veces o más al año	54	12,5%	
¿Utilizó ortodoncia?	Sí	137	31,7%	
	No	295	68,3%	
¿Tuviste malas experiencias?	Sí	177	41%	
	No	255	59%	

Nota = N 432

Tabla 2

Diferencia entre la Ansiedad Dental y las Estrategias de Afrontamiento y la variable sociodemográfica Sexo

Variables	Rango Promedio	Significación
Ansiedad Dental	Hombres 266,91	<0,001
	Mujeres 197,99	
Afrontamiento por Aproximación Cognitiva	Hombres 188,50	0,005
	Mujeres 226,78	
Afrontamiento por Evitación Cognitiva	Hombres 176,78	<0,001
	Mujeres 231,08	
Afrontamiento por Evitación Conductual	Hombres 186,41	0,002
	Mujeres 227,54	

Estadístico aplicado: U de Mann-Whitney

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la variable Sexo y Ansiedad Dental, siendo los hombres quienes poseen mayores niveles de Ansiedad Dental. Por el contrario, las mujeres obtuvieron mayores niveles de Afrontamiento por Aproximación cognitiva, mayor Afrontamiento por Evitación cognitiva y mayor Afrontamiento por Evitación conductual que los hombres.

Por consiguiente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al Afrontamiento por Evitación Cognitiva ($p=0.012$), con las respecto a la variable Utilización de Ortodoncia, en donde los que Sí la utilizaban arrojaron un rango promedio de 238,61 y los que No la utilizaban 206,23, en donde se comprende que aquellos sujetos que utilizaron ortodoncia poseen mayores niveles de Afrontamiento por Evitación Cognitiva. En lo que respecta a la Ansiedad Dental y las demás estrategias de

afrontamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Por otro lado, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa entre Ansiedad Dental y Malas experiencias Odontológicas ($p < .001$), donde quienes no tuvieron malas experiencias presentan mayores niveles de Ansiedad Dental arrojando un rango

promedio de 245,24. Además, se halló una diferencia significativa entre Malas experiencias Odontológicas y Afrontamiento por Evitación Cognitiva ($p = 0.004$), donde aquellos que sí las tuvieron, poseen mayores niveles de Afrontamiento por Evitación Cognitiva, con un rango promedio de 237,13.

Tabla 3

Relación entre Ansiedad Dental y Estrategia de Afrontamiento

Variab les	Ansiedad Dental	Significaci ón
Afrontamiento por Aproximación Cognitiva	-0,282	< 0,001
Afrontamiento por Aproximación Conductual	-0,156	0,001
Afrontamiento por Evitación Cognitiva	-0,277	< 0,001
Afrontamiento por Evitación Conductual	-0,140	0,004

Estadístico aplicado: Rho de Spearman

Se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre Ansiedad Dental con Afrontamiento por Aproximación Cognitiva, Afrontamiento por Aproximación Conductual, Afrontamiento por Evitación Cognitiva y Afrontamiento por Evitación Conductual. Todas ellas fueron negativas por lo que se entiende que, a mayor

Ansiedad Dental, menor Afrontamiento por Aproximación Cognitiva, Afrontamiento por Aproximación Conductual, Afrontamiento por Evitación Cognitiva y Afrontamiento por Evitación Conductual.

Tabla 4

Relación entre la Frecuencia de Consulta Odontológica, la Ansiedad Dental y las Estrategias de Afrontamiento

Variab les	Frecuencia de Consulta Odontológica	Significaci ón
Ansiedad Dental	0,249	< 0,001
Afrontamiento por Aproximación Cognitiva	0,113	0,019

Afrontamiento por Aproximación Conductual	0,169	< 0,001
Afrontamiento por Evitación Conductual	0,177	< 0,001

Estadístico aplicado: Rho de Spearman

Se encontró una correlación positiva entre la variable Frecuencia de Consulta Odontológica con Ansiedad Dental, Afrontamiento por Aproximación Cognitiva, Afrontamiento por Aproximación Conductual y Afrontamiento por Evitación Conductual.

Entonces, se entiende que, a mayor frecuencia de consulta odontológica, mayores niveles de Ansiedad Dental, mayor Afrontamiento por Aproximación Cognitiva, mayor Afrontamiento por Aproximación Conductual y mayor Afrontamiento por Evitación Conductual.

Tabla 5

Relación entre Estrategias de Afrontamiento y Nivel Educativo

Variable	Nivel Educativo	Significación
Afrontamiento por Evitación Cognitiva	-0,174	<0,001

Estadístico aplicado: Rho de Spearman

Se encontró una correlación estadísticamente significativa e inversa entre Nivel Educativo y Afrontamiento por Evitación Cognitiva. Se entiende que, a mayor Afrontamiento por Evitación Cognitiva, menor Nivel Educativo

Ansiedad Dental tendrán como Estrategia de Afrontamiento la Evitación Conductual.

Discusión

La investigación tuvo como objetivo asociar los Niveles de Ansiedad Dental y Estrategias de Afrontamiento en pacientes adultos que concurren a consulta odontológica de AMBA. La hipótesis principal fue que las personas con mayores niveles de

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente análisis se confirma parcialmente la hipótesis ya que, Ansiedad Dental correlaciona de forma inversa con todas las Estrategias de Afrontamiento. Esto coincide con lo planteado por Moos (1993; citado en Caradonna, 2020) quien explica que las estrategias de Afrontamiento pueden tener dos tipos de respuesta, una activa, donde el abordaje es cognitivo y conductual que permiten afrontar directamente al estresor y, en segundo lugar, respuestas destinadas a evitar la situación. Además, Gutiérrez López (2009) explica que los estilos de afrontamiento son fundados en diferentes estructuras de personalidad y tienen que ver

con la tendencia de las personas de usar un determinado tipo de afrontamiento.

Por otro lado, se encontró que los hombres poseen mayores niveles de Ansiedad Dental que las mujeres, lo cual rechaza la segunda hipótesis planteada que sostenía que las mujeres tenían mayores niveles de Ansiedad que los hombres. Los resultados coinciden con lo planteado por Ruiz et al. (2018) quienes encontraron que los hombres son quienes poseen mayores niveles de Ansiedad Dental. Esto podría deberse a que las mujeres presentan mayor tolerancia al dolor que los hombres.

Respecto a la tercera hipótesis, la cual planteaba que a mayor Edad menor Ansiedad Dental, esta fue rechazada ya que no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas. Esto va de la mano con lo planteado por Segura García (2017), quien sostuvo la existencia de una relación entre la Autopercepción del Dolor y los Niveles de Ansiedad. Consecuentemente para este autor, una persona con poca tolerancia al dolor puntúa más alto en los Niveles de Ansiedad independientemente de la Edad, conocimiento o experiencia con respecto al odontólogo.

En torno a la hipótesis que sostenía que a menor nivel académico mayores niveles de Ansiedad y mayor Afrontamiento por evitación cognitiva, se confirmó parcialmente ya que se encontró una relación inversa entre Nivel académico y Afrontamiento por evitación cognitiva. Quichimbo Armijos y Piedra Serrano (2018) explicarían la

correlación hallada con la estrategia de afrontamiento por evitación cognitiva, porque se entiende que a menor información mayor deseo de evitar esa situación que atemoriza. Por otro lado, los mismos autores explican que a menor nivel educativo, mayores niveles de Ansiedad Dental y que esto se debería al nivel de información y conocimiento que se tiene sobre lo que ocurre en la consulta con el odontólogo.

La última hipótesis planteaba que a menor visita al dentista mayor Ansiedad Dental, esta se vio confirmada parcialmente ya que correlacionaron de modo positivo, entendiendo que, a mayor visita al dentista, mayores los niveles de Ansiedad Dental. Díaz Almenara (2016) difiere con los resultados hallados, ya que explica que quienes no concurren frecuentemente a una consulta odontológica son quienes más Ansiedad Dental experimentan y esta diferencia podría explicarse desde lo planteado por Alcayaga y Misrachi Launert (2004) quienes exponen que la Ansiedad Dental aumenta cuando las personas entienden que el tratamiento odontológico es amenazante. Además, explican que existen dos causas principales, la información recibida por otros y las experiencias desagradables previas. Teniendo en cuenta este último punto es lógico pensar que quienes concurren con más frecuencia al odontólogo tengan mayores niveles de Ansiedad Dental.

Conclusión

Para concluir, en cuanto a las limitaciones y recomendaciones futuras

derivadas de este trabajo, cabe mencionar que el contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio fue una de las limitaciones de la presente investigación ya que conlleva a que la administración de los protocolos sea de modo virtual, lo que pudo derivar en efecto fatiga. Sería interesante en futuras investigaciones replicarla administrando los protocolos de forma presencial.

Otra limitación fue el tamaño de la muestra y que la misma fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico, lo que dificulta la generalización de los resultados. Sería interesante replicar este estudio con una muestra más numerosa y en diferentes zonas geográficas.

Por último, al ser una investigación transversal no se pudo evaluar el constructo a lo largo del tiempo, lo que limita un tanto los datos obtenidos. Sería enriquecedor contrastar los resultados aquí hallados con otros provenientes de estudios longitudinales.

Referencias

- Amarís Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico Individual. *Psicología Desde El Caribe*, 30, 123–145. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051>
- Barra Almagiá, E., y Vaccaro Huespe, M. de los A. (2013). Estrés Percibido, Afrontamiento y Personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit*, 19(1), 113–119. https://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_19_1_estres-percibido-afrontamiento-y-personalidad-resistente-en-mujeres-infertiles.pdf
- Castillo, D. M. (2019). Asociación Entre Instrucción Y Ansiedad Dental: Caso-Control. *Odontología Activa Revista Científica*, 4(Esp), 1–6. <https://doi.org/10.31984/oactiva.v4iesp.403>
- Daoudi-Tume, A. A., Perales-Díaz, J. J., & Pereira-Victorio, C. J. (2021). Estrategias para mejorar la salud mental frente al confinamiento por el COVID-19 en estudiantes universitarios. *Revista Médica Vallejana/Vallejian Medical Journal*, 10(2), 119-144. <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v10i2.09>
- Di Colloredo Gómez, C. A., Aparicio Cruz, D. P., y Moreno, J. (2007). Descripción de los Estilos de Afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de Desplazamiento. *Psychologia, Avances En La Disciplina*, 1(2), 125–156. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996002>
- Díaz Almenara, E. M. (2016). *Evaluación de los factores asociados al miedo y ansiedad al dentista e intervenciones para su*

- reducción* [Tesis de grado, Universidad de Sevilla]. Repositorio Institucional US. [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/44343/Tesis Eugenia Díaz 3 abril .pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/44343/Tesis_Eugenia_Díaz_3_abril.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Gutiérrez López, C. (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Revista Aquichan*, 9(19), 201-213. <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1742>
- Hernández Sampieri, A., Collado, C., y Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-hill Interamericana Editores, S.A. https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-laInvestigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
- Krzemien, D., Monchietti, A., y Urquijo, S. (2005). Afrontamiento Activo y Adaptación al Envejecimiento en Mujeres de la ciudad de Mar del Plata. *Interdisciplinaria*, 22(2), 183-210. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1993803>
- Lagos, L. (2008). *Exodoncia del tercer molar inferior: factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio* [Tesis de grado, Universidad Santiago de Compostela]. Repositorio Institucional USC. https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2360/9788497509503_content.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Moos, R. H. (1993). *Coping responses inventory: Adult form: Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Incorporated.
- Ongarato, P., De la Iglesia, G., Stover, J. B., y Fernández Liporace, M. (2010). Adaptación de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Filosofía de La UBA*, 16, 383-391.
- Quichimbo Armijos, T. J., y Piedra Serrano, S. D. (2018). Factores asociados en Ansiedad Dental al tratamiento odontológico en adultos de 45 a 65 años en la parroquia totoracocha, Cuenca- Ecuador 2017. *Revista Salud & Vida Sipanense*, 5(2), 44-52. <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Ríos Erazo, M., Ronda Herrera, R., y Rojas, A. G. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances En Odontostomatología*, 30(1), 39-46. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852014000100005>

- Rojas Alcayaga, G., Hardwart, P., Sassenfeld, A., Molina, Y., Herrera, A., y Ríos, A. (2011). Eficacia De Las Técnicas De Percepción De Control Y Relajación En La Reducción De Ansiedad Dental. *Acta Odontológica Venezolana*, 49(4), 1–9.
www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art5.asp
- Rojas Alcayaga, G., y Misrachi Launert, C. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances En Odontoestomatología*, 20, 239–245.
<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n5/original3.pdf>
- Ruiz, A. O. P., Gutiérrez, M. B. J., & Cisneros, L. V. (2018). Regiones del encéfalo vinculadas a la interpretación del dolor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(3), 386–395.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Aprontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39–54.
[https://doi.org/10.1016/0032-0633\(79\)90112-0](https://doi.org/10.1016/0032-0633(79)90112-0)
- Soria Trujano, R., Vega Valero, C., y Nava Quiroz, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas En Psicología*, 14(20), 89–103.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2009000100008&script=sci_art_text
- Stouthard, M. E. A., Groen, H. J., y Mellenbergh, G. J. (1995). Construction and Assessment of a Shortened Version of the Dental Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety*, 36–41.
- Villavicencio, E., Castillo, D., Llapa, M., Jaramillo, Z., Coronel, P., y Pariona, M. del C. (2019). Validación de un instrumento de ansiedad dental EQ-SDAI. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(4), 277–284.
<https://doi.org/10.20453/reh.v29i4.3636>