



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES
EDÉNTULOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ULA, MÉRIDA-VENEZUELA. MAYO-AGOSTO 2024**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autores: Analy Alejandra Soto Castillo

Yamaly Tibusay Soto Castillo

Tutor: Prof. Marlyn Berríos

Cotutor: Prof. Jesús Alberto Coronado C.

Mérida – Venezuela, enero 2025

AGRADECIMIENTOS

A DIOS todopoderoso por ser nuestro guía, por protegernos y darnos la sabiduría necesaria para cumplir nuestras metas.

A la Ilustre Universidad de Los Andes y a los profesores de la Facultad de Odontología por formarnos como profesionales.

A la tutora Marlyn Berríos por su colaboración, motivación, amistad, tiempo y dedicación para mejorar la calidad de nuestro trabajo y culminar esta meta de manera exitosa.

Al cotutor Jesús Alberto Coronado Cisneros por su compromiso, apoyo, amistad y por sus conocimientos brindados para el desarrollo de esta investigación.

A los jurados por su colaboración, orientación y sugerencias que nos permitieron mejorar la calidad del trabajo.

A todo el personal de la Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes por brindarnos el apoyo y la colaboración necesaria para el desarrollo de nuestra investigación.

A los pacientes voluntarios y bachilleres que cursaron la Clínica Integral del Adulto, por tener la mayor disponibilidad y receptibilidad posible para permitirnos llevar a cabo nuestra investigación.

A todas aquellas personas que de alguna manera nos acompañaron en nuestra carrera y durante el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	3
ÍNDICE DE FIGURAS.....	5
ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Objetivos de la investigación	10
1.1.1 Objetivo general.....	10
1.1.2 Objetivos específicos.....	10
1.2 Justificación	11
CAPÍTULO II.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Bases conceptuales	15
CAPÍTULO III.....	34
MARCO METODOLÓGICO.....	34
3.1 Alcance y diseño de investigación	34
3.2 Sitio	35
3.3 Población y Muestra	35
3.4 Sistemas de variables	36
3.5 Definición conceptual y operacional de variables	37
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39

3.7	Validación del instrumento.....	41
3.8	Principios bioéticos.....	41
3.9	Análisis de resultados.....	42
CAPÍTULO IV.....		43
RESULTADOS.....		43
4.1	Presentación de los resultados.....	43
4.2	Categorías de análisis.....	43
CAPÍTULO V.....		52
DISCUSIÓN.....		52
CAPÍTULO VI.....		57
CONCLUSIONES.....		57
REFERENCIAS.....		59
APÉNDICE A.....		72
APÉNDICE B.....		73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de los factores asociados al edentulismo.....	17
Figura 2. Causa de la pérdida dental según la necesidad protésica de los pacientes estudiados.....	45

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de variables.....	37
Tabla 2. Referencia de puntuaciones directas (AE, AR) convertidas a centiles utilizadas en el presente estudio.....	40
Tabla 3. Escala de depresión pacientes de 20 a 64 años de edad, Zung y Conde (1965).....	41
Tabla 4. Edad y sexo de los pacientes estudiados.....	43
Tabla 5. Tratamiento indicado, tratamiento combinado y dientes ausentes.....	44
Tabla 6. Tratamiento indicado en relación con la causa de la ausencia dental.....	45
Tabla 7. Ansiedad en los pacientes estudiados.....	47
Tabla 8. Depresión en los pacientes estudiados.....	47
Tabla 9. Ansiedad y depresión según la necesidad protésica.....	48
Tabla 10. Relación tratamiento indicado y la presencia de algún trastorno psicológico.....	49
Tabla 11. Relación entre el número de dientes ausentes y los trastornos ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión.....	49
Tabla 12. Relación entre los factores psicológicos-conductuales presentes en los pacientes estudiados y el número de dientes ausentes.....	50
Tabla 13. Relación higiene bucal (O'Leary), hábitos y número de dientes ausentes.....	51



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
EDÉNTULOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ULA, MÉRIDA-VENEZUELA. MAYO-AGOSTO 2024.**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo.

Autores: Analy Alejandra Soto Castillo

Yamaly Tibusay Soto Castillo

Tutor: Prof. Marlyn Berríos

Cotutor: Prof. Jesús Alberto Coronado C.

RESUMEN

El edentulismo es la condición clínica de los pacientes que presentan ausencia de uno o más dientes irremplazables de forma natural. En la literatura encontrada hasta el momento, la relación entre la pérdida de dientes y los diferentes aspectos psicológicos de los pacientes edéntulos no se tiene muy clara, debido a ello, el presente trabajo evaluó la ansiedad y depresión en los pacientes edéntulos. Mediante una investigación descriptiva, correlacional de campo y corte transversal de los pacientes edéntulos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA), Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024, se estudió 70 pacientes, de sexo masculino y femenino mayores de edad entre 21 y 83 años. Se aplicó un instrumento de 3 secciones, que incluyó datos clínicos, el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI), y las Escalas de depresión: Zung y Conde y Geriátrica según la edad. Se correlacionaron diferentes variables utilizando chi cuadrado y t de student encontrando que la prevalencia de trastornos psicológicos fue del 22.86% y relación estadísticamente significativa de dependencia entre la ansiedad rasgo y el número de dientes ausentes ($p < 0.05$). La prevalencia de ansiedad y depresión fue independiente del tipo de tratamiento protésico y la principal causa de pérdida dental fue la caries dental seguida de la enfermedad periodontal. El número de dientes ausentes fue dependiente de la higiene bucal e independiente de la ejecución de buenos hábitos. Palabras Clave: edentulismo, psicología, conducta, depresión, ansiedad.

INTRODUCCIÓN

La Odontología se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático con la finalidad de mejorar o mantener la calidad de vida de las personas. La gran mayoría de las enfermedades bucodentales tienen efectos sobre el desempeño de las actividades y calidad de vida de las personas. El edentulismo es la falta de uno o más dientes como consecuencia de diferentes causas, así una persona puede ser edéntulo parcial o total, en ambos casos se origina un impacto negativo sobre el bienestar general de las personas de manera tal que puede alterar el estado anímico.

Los pacientes edéntulos pueden presentar síntomas depresivos, baja autoestima, ansiedad, estrés y fobia ocasionando mal nutrición, descuido, sentimientos de inferioridad, vergüenza, aislamiento social y laboral. Tomando en cuenta que existen relaciones entre factores de comportamiento y la progresión de enfermedades inmunológicas, resulta de gran interés evaluar los niveles de ansiedad y depresión y la pérdida de dientes o edentulismo en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA).

Los capítulos que vamos a desarrollar contienen los siguientes aspectos: Capítulo I, referido al planteamiento del problema, objetivos y justificación del estudio; Capítulo II, correspondiente a los antecedentes de la investigación y bases conceptuales; Capítulo III, consta del marco metodológico que incluye el alcance y diseño de la investigación, población y muestra, sistema de variables, técnica e instrumentos de recolección de datos, principios bioéticos y el plan de análisis de resultados; Capítulo IV, resultados; Capítulo V, discusión y Capítulo VI, conclusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucal es fundamental para una correcta alimentación, masticación, habla, fonética y estética, es posible que estas funciones estén afectadas a causa de la pérdida de dientes, bien sea por consecuencia de enfermedades como la caries dental, enfermedad periodontal y cualquier otra patología o trauma.

Las personas con edentulismo pueden presentar deterioro de la apariencia y autoimagen, alteraciones del contorno y expresión facial, lenguaje, alimentación, nutrición, psique y conductas, lo cual debe tomarse en cuenta a la hora de su atención odontológica¹⁻⁵. Algunos autores plantean que, la pérdida de dientes inesperada tiene consecuencias complicadas e inciertas, ya que, algunas personas comparan la pérdida de dientes con la muerte de un familiar, responden mal al aceptar que deben usar prótesis dentales, mientras que otros experimentan vergüenza a causa del uso de las mismas⁶ por lo cual suelen negarse a acceder a tratamientos protésicos por la alteración de los aspectos funcionales, psicológicos, psicosociales y morfológicos^{1,2,7-13}.

Entre los trastornos psicológicos se pueden describir la ansiedad y la depresión, la ansiedad, es un trastorno que puede ser caracterizado por emociones de tensión psicológica, aprensión, nerviosismo y preocupación¹⁴⁻¹⁶. Mientras que la depresión, es un trastorno del estado de ánimo, cuyo síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente¹⁷⁻¹⁹.

En todo caso es indudable que, para muchas personas, la atención dental representa una situación estresante acompañada de emociones negativas y reacciones físicas asociadas generalmente por la predisposición a lo que podría acontecer y no por lo que está pasando en el mismo momento debido a las reacciones físicas y mentales causadas por estímulos específicos²⁰. En algunas personas, el perder un

diente genera depresión afectando gravemente la salud y su bienestar²¹, mientras que, para otros es una realidad inevitable y atribuible a causas naturales^{6,8}.

Sin embargo, hasta el momento no se ha encontrado con información suficiente sobre los factores psicológicos en relación con las características propias de los pacientes edéntulos. Por lo tanto, surgen las siguientes interrogantes ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes edéntulos que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes? ¿Qué otros factores psicológicos están relacionados con el edentulismo que presentan dichos pacientes?

1.1 Objetivos de la investigación

1.1.1 Objetivo general

Evaluar la ansiedad y la depresión en los pacientes edéntulos atendidos en la Facultad de Odontología ULA, Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.

1.1.2 Objetivos específicos

2. Describir las características socio-demográficas de los pacientes atendidos en la FOULA Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.
3. Describir el número de dientes ausentes, causa de la pérdida dental y tratamiento protésico indicado de los pacientes atendidos en la FOULA Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.
4. Conocer la prevalencia de ansiedad estado/rasgo y sus diferentes centiles en los pacientes atendidos en la FOULA Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.
5. Conocer la prevalencia de depresión y sus diferentes niveles en los pacientes atendidos en la FOULA Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.
6. Evaluar la relación entre el número de dientes ausentes y los trastornos psicológicos presentes en los pacientes atendidos en la FOULA Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.
7. Evaluar la relación entre la necesidad protésica y los trastornos psicológicos presentes en los pacientes atendidos en la en la FOULA Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.

1.2 Justificación

El edentulismo es una condición que, resalta desde todo punto de vista en las personas que lo presentan, de carácter progresivo y lento que genera una problemática compleja, originando alteraciones estéticas, funcionales, fisiológicas y psicológicas, además de cambios en la relación afectiva, laboral y social que limita la calidad de vida y bienestar psicoemocional, con requerimiento de tratamiento protésico⁹.

Para permitir la atención adecuada, comprensión y entendimiento de cada aspecto que arrastra consigo el edentulismo, es necesario conocer términos generales como la depresión, estado psicológico del paciente, empatía con el paciente, aceptabilidad e integración del paciente a la prótesis dental, buscando factores favorables como la confianza en el odontólogo. Este desconocimiento por parte de los odontólogos sobre la identificación de los signos y síntomas de los diferentes trastornos psicológicos puede crear una barrera en la relación odontólogo-paciente que dificulta el desarrollo de un tratamiento odontológico rehabilitador adecuado.

Además, hasta el momento no se han encontrado trabajos de investigación realizados en la FOULA Mérida-Venezuela, parecidos al que se plantea en este trabajo, ni tampoco en el nivel estatal o nacional.

Esta investigación será de utilidad para que los odontólogos puedan reconocer los factores psicológicos presentes en los pacientes edéntulos, comprender la conducta asociada a las necesidades odontológicas y conducir otras investigaciones que puedan ayudar a los pacientes con trastornos psicológicos que además presentan edentulismo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A continuación, se presenta una revisión bibliográfica de la literatura orientada a la búsqueda de otros estudios similares a la presente investigación.

Sá *et al.*, (2005) identificaron cambios emocionales en adultos por la pérdida de dientes, aplicaron cuestionarios a 100 pacientes edéntulos totales o parciales con uso o no de prótesis dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Bahía, obteniendo como resultados que, el 63% de la población presentó baja autoestima y el 70% tuvo dificultad para aceptar la ausencia de dientes. Concluyeron que, la pérdida de dientes tiene un impacto en el bienestar emocional del paciente, además de alterar la apariencia personal y algunas actividades diarias⁴.

Crofts *et al.*, (2010) determinaron en pacientes con fobia dental, la relación temporal entre los niveles de ansiedad preoperatorios y la alteración de la vida diaria provocada por estos. Evaluaron 24 pacientes dentales fóbicos y 19 de comparación (no fóbicos), con el uso de cuatro cuestionarios validados para evaluar la ansiedad y la calidad de vida, que cada paciente completó durante los 5 días anteriores y el día del tratamiento. Encontraron que, aquellos en el grupo experimental tenían niveles significativamente mayores de ansiedad general y dental además de una calidad de vida significativamente menor en comparación con los del grupo de comparación. Las puntuaciones de ansiedad dental y general se correlacionaron significativamente con las medidas de calidad de vida. Teniéndose como conclusión que, los pacientes odontológicos fóbicos experimentaron un aumento significativo de la ansiedad y efectos negativos significativos en la calidad de vida durante este período²².

Krahn *et al.*, (2011) describieron la incidencia de la fobia, ansiedad y depresión en 120 pacientes (72 mujeres y 48 hombres) que acudieron a consulta odontológica

en tres consultorios privados de la ciudad de San Luis, Argentina, realizando un estudio descriptivo transversal y exploratorio en pacientes cuyas edades estuvieron comprendidas entre 19 y 72 años. Los datos se recolectaron mediante cuestionarios impresos. Los resultados revelaron que, el 19.17% de los pacientes encuestados presentaron fobia a la intervención del odontólogo. Por otra parte, tanto las mujeres y los hombres obtuvieron ansiedad estado elevada (25% de las mujeres y el 29.16% de los hombres). En lo referido a ansiedad rasgo, el 44.44% de las mujeres mostraron ansiedad rasgo elevada en contraste con el 16.66% de los hombres. Con respecto de la variable depresión sólo el 0.83% presentaron depresión grave, mientras que, el 75% de los pacientes no manifestaron sintomatología depresiva. Esto indica que, las mujeres fueron más ansiosas que los hombres. Se evidenció, a partir del coeficiente de correlación de Spearman, la existencia de correlación entre fobia y ansiedad rasgo, debido a que un incremento de la ansiedad rasgo de los pacientes, podría repercutir en la presencia de fobia odontológica. En cuanto a la relación entre fobia al odontólogo y depresión, se evidenció que al incrementarse la fobia al odontólogo, podría aumentar la prevalencia de síntomas depresivos¹⁵.

Arrieta *et al.*, (2013) evaluaron el grado de asociación entre factores relacionados a sintomatología clínica de fobia y ansiedad dental en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena de Indias (Colombia). Realizaron un estudio de corte transversal, en donde participaron 460 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple entre edad comprendida de 20 años a 60 años. Se utilizó un instrumento que incluyó factores socio-demográficos y conductuales, además de otro donde se utilizaron los cuestionarios de cribado de la Escala de Goldberg, Kleinknecht Dental Fear Survey (DFS) y Short Versión Dental Anxiety Scale (SDAI), obteniendo como resultados que el 77.1% de la población estudiada tuvo prevalencia de sintomatología clínica de miedo y ansiedad, la cual fue mayor en el sexo femenino 81.5% para fobia dental y 68.8% para ansiedad dental. Además se presentó asociación estadísticamente significativa entre la experiencia traumática previa en la consulta odontológica, la influencia negativa de los familiares y la percepción del paciente acerca de su salud oral. Concluyendo que, la prevalencia de

miedo y ansiedad dental en los sujetos fue alta predominando en el sexo femenino, así como también, la influencia negativa de familiares y las experiencias traumáticas previas en la consulta odontológica fueron factores de riesgo para la aparición de miedo y ansiedad²³.

Briceño *et al.*, (2017) compararon el nivel de ansiedad en pacientes que acudieron a las consultas odontológicas en las cátedras de cirugía y periodoncia de la FOULA. La muestra fue de 40 hombres y mujeres comprendidos entre 18 años a 77 años. Para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos simultáneamente, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) y Short Versión Dental Anxiety Scale (SDAI). Los pacientes con mayor nivel de ansiedad estado-rasgo y SDAI correspondieron al sexo femenino con una ponderación de 20% en ansiedad SDAI; y del 25% en ansiedad SDAI²⁴.

González *et al.*, (2018) revisaron sistemáticamente la literatura para investigar la asociación entre la depresión y las enfermedades bucales. La variable de enfermedad bucal incluyó cualquier pérdida de dientes o edentulismo, enfermedad periodontal y caries dental. Identificaron un total de 2504 artículos en la búsqueda de la base de datos electrónica (Pubmed, Scielo, Scopus). Mostraron que, la depresión aumentaba las probabilidades de caries dental (OR 1.27; IC 95% 1.13 1.44), pérdida de dientes (OR 1.31; IC 95% 1.24-1.37) y edentulismo (OR 1.17; IC 95% 1.02 1.34), respectivamente. Concluyendo que, existe una asociación positiva entre la depresión y la caries dental²⁵.

Aldosari *et al.*, (2020) investigaron la asociación entre los síntomas depresivos y las enfermedades bucales en adultos de los Estados Unidos, incluida la periodontitis, la caries dental y la pérdida de dientes, contando con una población de adultos de 9799 que completaron un examen periodontal y un cribado de depresión, obteniéndose como resultados que, el 21.6% de los adultos manifestaron síntomas depresivos, con una mayor prevalencia en las mujeres, los fumadores y los participantes con menores ingresos y nivel educativo. El 52.4% de los adultos con síntomas depresivos moderados tenían enfermedades periodontales y más de un tercio tenían dientes con caries dental. Los síntomas depresivos se asociaron con

periodontitis leve y mayor número de dientes perdidos, mientras que tener dientes con caries dental se atribuyó a factores sociodemográficos²⁶.

Kunrath *et al.*, (2020) describieron la prevalencia de síntomas depresivos y determinaron la asociación con variables de salud bucal en una población de pacientes, registrados en 11 unidades de salud de la ciudad de Pelotas, ubicada en el sur de Brasil, 439 en 2009 y 163 en 2015, realizando un estudio longitudinal prospectivo entre los años mencionados. Aplicaron un cuestionario estandarizado para recopilar variables demográficas, socioeconómicas y el estado de salud bucal. Los síntomas depresivos se midieron mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), con una puntuación de cinco o más, obteniendo que, la prevalencia fue del 18.3% en 2009 y del 28.5% en 2015 en aquellos adultos con pérdida de dientes y percepción de xerostomía²⁷.

Al-Zahrani *et al.*, (2020) indicaron la relación entre la depresión y la pérdida de dientes en una muestra adulta representativa de Estados Unidos. El estudio incluyó datos de 22532 adultos superior a 18 años de edad, combinando seis ciclos transversales de 2 años de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) administrada entre 2005 y 2016. Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva y regresión logística multinomial ajustada por género, edad, raza/etnia, tabaquismo, educación, nivel socioeconómico, índice de masa corporal, diabetes e ingesta de alcohol. Del total de la muestra, el 4.5% fueron edéntulos, el 10.3% carecían de dentición funcional (1 a 19 dientes restantes) y el 85.2% tenían dentición funcional (≥ 20 dientes restantes); entre los cuales, la prevalencia de depresión fue del 12.4%, 11.7% y 5.9% respectivamente. Se concluyó que, la depresión se asoció con edentulismo y falta de dentición funcional²⁸.

2.2 Bases conceptuales

2.2.1 Calidad de Vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se define como la percepción individual de las personas sobre su posición en la vida dentro del

contexto de su cultura y los sistemas de valores con los que viven, así como también respecto de sus objetivos, expectativas y preocupaciones^{7,29-33}.

Es un concepto amplio que se ve afectado por la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales, religiosas y la relación con el medio ambiente de una persona. La autorrealización y auto aceptación también se ven afectadas debido a la baja autoestima, el dolor, la incomodidad y la vergüenza ante otras personas durante las comidas o los momentos de socialización. Estos aspectos afectan la calidad de vida de las personas^{7,8,30,32-37}.

Uno de los objetivos fundamentales de la Odontología es mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayor parte de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria³⁸.

2.2.2 El edentulismo

El edentulismo es la ausencia total o parcial del número de dientes, las cuales no se reemplazan posteriormente de forma natural^{1,38}, por consiguiente, se define como paciente edéntulo o desdentado a la persona que pierde uno, varios o la totalidad de los dientes permanentes^{7-12,39}. La falta de dientes en una persona es una alteración importante ya que afecta su condición física, estado anímico y estado de salud general, presentando secuelas estéticas, funcionales hasta intensos sentimientos de inferioridad, vergüenza e invalidez en su relación afectiva, laboral y social, limitando la calidad de vida^{1,2,4,7-13,40-42}. Por ejemplo, se ha encontrado nivel bajo de autoestima en las personas con edentulismo parcial (uno o varios dientes ausentes) y/o total (todos los dientes de un arco dentario ausente)¹¹.

El edentulismo trae como consecuencia alteraciones:

- Estéticas: espacios negros en la sonrisa, diastemas, mal posiciones dentarias, falso prognatismo, disminución de la dimensión vertical.
- Fisiológico: alteración de los tejidos duros y blandos.

- Funcional: modificaciones del habla, masticación, fonética y deterioro nutricional
- Psicológicos: efectos psíquicos, cambios conductuales, autoestima baja, odontofobia, rechazo al uso de prótesis dental^{9,11,41,43-45}.

Aunque la colocación de prótesis dental satisface el requerimiento estético de muchos pacientes, hay otros que, por el contrario, ven su vida social significativamente comprometida y afectada⁴⁶. Besar se convierte en un grave problema principalmente cuando sus relaciones amorosas están empezando y no tienen conocimiento de su discapacidad oral⁹.

Otra repercusión evidenciada en pacientes portadores de prótesis es la dificultad del habla o fonética^{9,45}. Gran porcentaje de individuos siente limitación por la movilidad de sus prótesis, ya que no le permite desenvolverse de manera apropiada y articular adecuadamente las palabras, manteniendo el pensamiento constante que lleva consigo un aparato artificial⁴⁶.

Las prótesis dentales siguen siendo hoy en día una opción válida para el tratamiento de pacientes edéntulos, brindando beneficios que redundan desde el punto de vista funcional, estético y económico^{9,40,47}.

2.2.2.1 Factores estéticos

La pérdida de múltiples unidades dentales ocasiona daños significativos en la estética de la cara, la sonrisa y la línea mandibular, causando una imagen de envejecimiento ya que los pómulos se acentúan, la cara se estrecha y la sonrisa se hace más pequeña⁹.

En la actualidad, la ausencia dental puede ocasionar la presencia de diastema debido a que, las piezas adyacentes pueden sufrir desplazamientos hacia el espacio libre, causando que la sonrisa tenga espacios abiertos, generalmente estos espacios crean una apariencia desagradable para los individuos. A veces pueden ocasionar problemas fonéticos, estéticos, psicológicos y funcionales⁴⁸.

Por otro lado, se genera un cambio general en la morfología y funcionalidad de los arcos dentarios lo que ayudaría a explicar, por ejemplo, la forma facial

característica de los adultos por ausencia de unidades dentarias, los mismos, manifiestan labios deprimidos, presencia de queilitis angular por deficiencia de vitaminas del complejo B, mordedura cerrada, mentón adelantado y una rotación mandibular anterior que da al individuo un aspecto de falso prognatismo mandibular^{47,49}.

Así mismo, en el paciente edéntulo hay variaciones en la posición mandibular tanto a nivel vertical como horizontal^{9,49}. En sentido vertical, estas variaciones se pueden medir a través de la dimensión vertical que se define como: “la distancia entre dos puntos anatómicos seleccionados arbitrariamente en la línea media; generalmente uno en la punta de la nariz y otro en el mentón, siendo uno fijo y el otro móvil”^{9,49}.

2.2.2.2 Factores fisiológicos

La pérdida de dientes no solamente causa espacios por ausencias dentarias sino también reabsorción del hueso, cuando se van perdiendo los dientes comienza un proceso de reabsorción ósea que, en los edéntulos totales a temprana edad termina alcanzando un grado extremo, presentando el reborde alveolar un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición del fondo vestibular. Esta atrofia progresiva conduce a dificultades en la retención y estabilidad de una prótesis completa, creando al paciente problemas funcionales y psicológicos importantes^{9,50}.

El hueso alveolar necesita estimulación para mantener su forma y densidad, la estimulación desaparece en el momento de no existir ninguna raíz del diente, esto causa una pérdida de la anchura del hueso, seguida de una disminución de la altura y, por último, del volumen del hueso^{1,9}. Esta reducción de hueso trae consigo una disminución de la mucosa, situación que puede comprometer la habilidad para masticar y hablar. El hueso base de la mandíbula también se empieza a reabsorber. Finalmente, el efecto más importante es que, con el tiempo se va perdiendo hueso hasta el punto de imposibilitar una rehabilitación prótesica^{1,9}.

Asimismo, la boca aporta gran importancia en la estética del ser humano y mantiene funciones vitales como permitir la comunicación y dar inicio a la digestión⁵¹. El envejecimiento bucodental se comporta de manera más lenta y, en la

mayoría de las veces, puede pasar desapercibido e inobservable para las otras personas. Solamente cuando se han perdido varias o todas las piezas dentales sin una adecuada rehabilitación protésica, es, entonces, cuando se adquiere una apariencia envejecida independientemente de la edad⁵¹.

La lengua también puede presentar algunos cambios asociados con el envejecimiento, como es la reducción del epitelio, atrofia de las papilas gustativas y la presencia de fisuras, además el uso de prótesis totales provoca la disminución del sabor de los alimentos^{47,51}.

En las personas es común la inflamación de la lengua, de manera crónica, por presencia de hongos, como un efecto secundario al tratamiento de antibióticos⁵¹. Otro cambio es la llamada lengua saburral, que se caracteriza por tener una coloración blanquecina, que puede ser consecuencia de deshidratación, dietas blandas, mal higiene bucal al estar la lengua en contacto con prótesis sucias⁵¹. Asimismo, si la persona ha perdido todos sus dientes y no ha recibido rehabilitación protésica, la lengua tiende a crecer y ocupar el espacio donde estaban los dientes⁵¹.

Aunque la función de la lengua, y por consiguiente la de hablar, se mantiene durante toda la vida, no sucede lo mismo con las funciones masticatoria y la de deglución, que se deterioran con los años y pueden conducir a una disminución del apetito, falta de motivación para comer y, además, puede llevar a la persona a sufrir depresión⁵¹.

El movimiento de los dientes (migraciones, inclinaciones, extrusiones) generan alteraciones en la oclusión y problemas en la boca que se van agravando de mayor a menor medida^{9,50}. Esto dificulta e incómoda dicha función por lo que tiene que masticar únicamente con el otro lado, provocando desgaste en este último³⁰. La ausencia de puntos de contactos interdentarios e interoclusales provoca una movilización de los dientes adyacentes de los espacios vacíos que busca el contacto con los dientes perdidos inclinando y cerrando el espacio³⁰ el diente antagonista erupciona buscando el contacto correspondiente, esta movilización generalizada puede desencadenar a su vez otros problemas, los contactos interdenciales se vuelven irregulares inclusive se abren produciendo retención de alimento y con ello la

aparición de caries, además la nueva posición del diente dificulta la higiene bucal y genera espacios en los que puede formarse con facilidad biopelícula dental apareciendo periodontitis, esto suele ser grave en el caso del diente contrario ya que al erupcionar excesivamente disminuye la porción de la raíz produciendo incluso movilidad del diente⁹.

El trauma oclusal describe cambios que se producen en el periodonto como resultado de fuerzas producidas por los músculos masticatorios, además de producir daños en los tejidos periodontales, también puede causar problemas en los músculos masticatorios, articulación temporo mandibular (ATM) e inclusive en el tejido pulpar⁵².

2.2.2.3 Factores funcionales

La pérdida de unidades dentarias es un factor por el cual existe una reducción del desempeño de la masticación afectando así la dieta alimenticia, causando desórdenes en el proceso de nutrición, así como también, problemas fonéticos, del habla, musculares y de la ATM (Articulación Temporo Mandibular)⁴⁶.

Entre las alteraciones de la masticación tenemos aquellos pacientes que modifican sus hábitos o conductas alimentarias, la misma, es una actividad placentera que puede influir en el estado de ánimo de una persona por no poder comer cualquier alimento debido a la falta de dientes, esto altera su condición emocional y puede desarrollar un sentimiento negativo hacia los alimentos⁷.

El edentulismo provoca problemas en la masticación que pueden alterar la condición general de salud del paciente presentando: dificultad para desmenuzar los alimentos, comer solo alimentos blandos, más tiempo para triturar los alimentos antes de deglutirlos, ocasionando alteraciones nutricionales y gastrointestinales como el estreñimiento^{9,46,53}.

Otro inconveniente reflejado como factor funcional se destaca los problemas musculares y de la Articulación Temporo Mandibular (ATM), la cual ayuda a mover nuestra mandíbula para llevar a cabo cualquier movimiento deseado de la misma⁴⁶.

La falta de dientes altera la dimensión vertical y afecta la posición de la ATM, podemos entender que, la mayoría de los pacientes edéntulos, además de no poder disfrutar los alimentos y generar alteraciones digestivas, también presentaran crepitación y chasquidos al mover la mandíbula, dolores musculares en la región oral, dolores de cabeza e incluso hasta mareos debido a la localización cercana de la ATM con el oído⁹.

A medida que las poblaciones envejecen y pierden dientes, la capacidad en el habla también se ve afectada produciendo dislalia, un tipo de trastorno del habla que se caracteriza por un mal pronunciamiento de las palabras, esta puede ser de dos tipos: orgánica y funcional; la una tiene su origen por malformaciones anatómicas, y la última pertenece a defectos en el desarrollo de la articulación del lenguaje. Esto puede suceder como resultado directo de una función alterada debido a la pérdida de dientes y/o órganos periféricos muy comunes en pacientes edéntulos⁵⁴.

Dado que los dientes faltantes están relacionados con una incapacidad fonética, estética deteriorada, y calidad de vida relacionada con la salud oral reducida, es necesaria una rehabilitación protésica adecuada para el bienestar del paciente⁵⁴.

La producción del habla y la morfología oral dependen una de la otra y ambas funcionan concomitantemente⁵⁴. Entonces es imprescindible una armonía del ecosistema dental pues influye grandemente en la postura y acomodación de la lengua al hablar y por consiguiente en la calidad de la articulación de los fonemas⁵⁴. Una vez instaurada cualquier tipo de edentulismo sea parcial o total, esta afectará la función del aparato estomatognático, lo que conllevará a fallas del habla o dislalias, particularmente en el punto de articulación de los fonemas⁵⁴.

2.2.3 Psicología en Odontología

Es el manejo de una visión integrada, coherente e interdisciplinaria entre el odontólogo y el psicólogo que constituye un beneficio a la atención dental del paciente^{55,56}.

La boca desempeña una función importante en el sentimiento de unidad y en la constitución del yo, el funcionamiento oral sirve de modelo corporal sobre el cual se

apoyan las vivencias psíquicas que acompañan al proceso de identificación, por lo tanto recibe importantes cargas libidinales, es decir, en la boca está representado en forma importante el "yo", pues marca claramente un límite entre el adentro y el afuera (tal cual también lo hace la piel) y se constituye en un elemento de intercambio con el mundo externo (la alimentación, el habla, el gusto, entre otros)⁵⁶. La boca individualiza, y es comprensible la dificultad de exponer esta zona del cuerpo tan íntima a otra persona como lo es el odontólogo, que en muchos casos es un desconocido y que además va a realizar intervenciones que tanto objetivamente como subjetivamente implican alguna forma de amenaza a la integridad psicológica, a la percepción de sí mismo⁵⁶.

2.2.3.1 Importancia de la psicología en Odontología

La personalidad, la motivación, la percepción, las emociones, el aprendizaje, la comunicación y el pensamiento, son áreas donde se reconocen aspectos del objeto de estudio de la psicología, por lo tanto, si estos aspectos son reconocidos como presentes en el sujeto que se encuentra en la consulta odontológica, se justifica plenamente la posibilidad de la odontología para nutrirse con la psicología, lo cual plantea una unidad entre ellas, para atender a los pacientes, tanto en su fase curativa como preventiva^{55,56}.

Por otro lado, los odontólogos han observado que el tratamiento odontológico es considerado por algunos pacientes como un estímulo aversivo, que ocasiona comportamientos difíciles de manejar durante el tratamiento dental, lo que trae consecuencias negativas sobre la salud de los pacientes ya que dificulta o retrasa la realización de las intervenciones dentales^{55,56}. Todo esto ha llevado al odontólogo a interesarse por la psicología para poder modificar, reducir o eliminar estos comportamientos que permitan alcanzar una eficacia creciente en la atención integral del paciente, durante el diagnóstico, tratamiento y control de los problemas asociados al dolor y a la enfermedad^{55,56}.

2.2.3.2 Finalidad de la psicología Odontológica

Poner a la disposición del odontólogo los conceptos, técnicas y hallazgos en la psicología que son útiles a la práctica odontológica integral y por lo tanto su centro de atención sería el estudio de factores psicológicos que están presentes en la patología bucal o que contribuyen a su curación y prevención^{55,56}.

2.2.3.3 Odontología conductual

Es definida como el campo que surge de la aplicación de los conceptos, métodos y técnicas conductuales a aquellos problemas de la salud dental relacionados de algún modo con el comportamiento de las personas que los padecen⁵⁶. Hace parte del campo de la psicología de la salud; siendo esta un enfoque que posibilita integrar eventos ambientales, biológicos y comportamentales, dirigido hacia un modelo de trabajo interdisciplinario que considere diversas fuentes de influencia en la solución de los problemas de salud⁵⁶.

2.2.3.4 Emociones

Todas las emociones pueden situarse en un punto de un espacio tridimensional con los siguientes ejes: placer-displacer, excitación-inhibición, tensión-relajación⁵⁷. La consideración de estos ejes da lugar a la polaridad de las emociones, en cuyos extremos están las emociones antagónicas: placer-displacer, tensión-desinterés, amor-odio, enfado-contento, triste-alegre, entusiasmo-depresión, interesado-aburrido⁵⁷. Existen evidencias de una cuarta dimensión, la cual tiene que ver con las experiencias cumbres, momentos de máxima felicidad y satisfacción, este sentimiento suele producirse al escuchar música, leer y contemplar la naturaleza⁵⁷.

La emoción es una respuesta inmediata del organismo que informa el grado de favorabilidad de un estímulo o situación⁵⁷. Si la situación favorece la supervivencia, experimenta una emoción positiva (alegría, satisfacción, deseo, paz, entre otras) y si no, experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, entre otras)⁵⁷. De esta forma, los organismos vivos disponen del mecanismo de la emoción para orientarse, a modo de brújula en cada situación, buscando aquellas que sean

favorables a su supervivencia (son las que producen emociones positivas) y alejándose de las que sean desfavorables a las mismas (que producen emociones negativas)⁵⁷.

2.2.4 Psiconeuroinmunología

La psiconeuroinmunología es un área de la investigación interdisciplinaria que, explora las interacciones dentro de los complejos sistemas inmune, neurológico y endocrino que se activan por efecto de factores psicosociales desencadenando cambios neurológicos que conducen a enfermedades inmunológicas⁵⁸.

La psiconeuroinmunología estudia los mecanismos de la comunicación bidireccional entre el cerebro y el sistema inmunológico en “términos de igualdad”, con énfasis en la noción de que los fenómenos psicológicos y neuronales pueden influir en el sistema inmunológico⁵⁸⁻⁶⁴.

Estudios sobre inmunoterapia plantean que, existen poderosos vínculos entre el cerebro y el sistema inmunológico y que los factores psicosociales pueden influir directamente en la salud a través del comportamiento⁴⁴. Otros autores opinan que, el cerebro ya no gobierna el sistema inmunológico, sino que las conductas y emociones (principalmente la depresión), son gobernadas por mecanismos inmunes periférico^{63,64}.

En la figura 1 se pretende presentar un modelo representativo, adaptado de los autores Seizer *et al.*, 2022, en su artículo titulado *On the Role of Psychoneuroimmunology in Oral Medicine*, el cual resulta interesante para comprender la dirección bidireccional entre los factores sociales y la enfermedad, que en este caso se sustituye por el edentulismo. Las capas se establecen en términos de aparición, intensidad y efecto. La primera asociada con las entidades biológica, la segunda con factores psicológicos y conductuales y la tercera con los factores sociodemográficos.

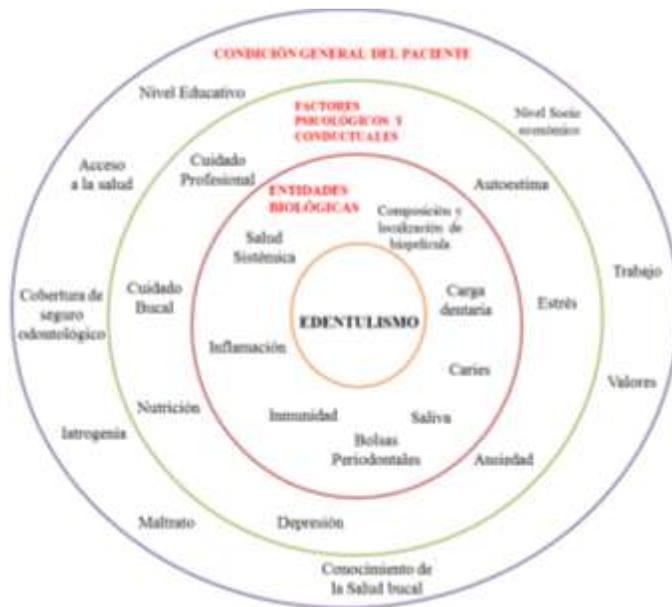


Figura 1. Modelo de los factores asociados con el edentulismo.

2.2.5 Factores psicológicos asociados con el edentulismo

Los principales efectos psicológicos en el edentulismo están relacionados con la pérdida de la autoestima y la insatisfacción del aspecto físico personal^{8,9}. Este efecto puede alcanzar el punto que, algunas personas evitan el contacto social, salen poco de la casa, hablan lo mínimo posible, demostrando ansiedad y timidez lo que provoca el distanciamiento y aislamiento, afectando entre otros las oportunidades laborales^{8,9}.

2.2.5.1 Autoestima

La autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del ser humano, la cual requiere especial atención y fortalecimiento; a la vez, se refiere a la percepción positiva o negativa que tiene el sujeto de sí mismo, el nivel de aceptación que se tiene de cómo se es o el sentimiento de amor propio⁶⁵. Involucra emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias que la persona recoge en su vida, en donde es necesario el sentirse amado, querido, apoyado y reconocido por otros que poseen el valor especial y significativo en la vida del individuo lo que aprueba fomentar y fortalecer la seguridad y confianza propia de la persona permitiendo un desarrollo sano, normal y eficaz desde el enfoque psicológico para mantener una vida plena^{11,43,65-67}.

En el ámbito de la psicología existe un test de autoestima basado en la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), el mismo, consta de diez ítems de los sentimientos que tiene la persona hacia ella, 5 enunciados están direccionadas positivamente cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). Presenta 4 opciones, donde los participantes marcarán con una “X” las alternativas presentes que más lo identifican (1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= de acuerdo y 4= muy de acuerdo), los valores teóricos fluctúan entre 10 que viene a ser la puntuación mínima y 40 la puntuación máxima. La suma de los enunciados da resultados como: autoestima alta: 30-40 puntos, autoestima media: 26-29 puntos y autoestima baja: menos de 25 puntos¹¹.

2.2.5.2 El Estrés

El estrés no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar^{20,68,69}. En todo caso es indudable que para muchas personas la atención dental es una situación estresante, existiendo el estrés fisiológico y psicológico, siendo el primero una respuesta orgánica a un daño tisular real (por ejemplo una extracción dentaria) y el segundo una respuesta a una amenaza simbólica^{20,69}. El estrés psicológico implica siempre un problema de anticipación del futuro, la gente se estresa por lo que va a pasar, no tanto por lo que está pasando en el momento mismo. Evidentemente, ese futuro aparecerá como amenazante para la persona^{20,69}.

Dicho de otra manera, el estrés se define en el ámbito de salud, como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o alguna situación estresante, teniendo como resultado el estrés²⁰.

Un tema central en la psiconeuroinmunología (PNI) es el procesamiento psicofisiológico de los factores estresantes⁴⁰. El estrés se refiere a las reacciones físicas y mentales causadas por estímulos específicos (factores estresantes) para hacer frente a demandas particulares en situaciones subjetivamente aversivas²⁰. El término estrés se utiliza en el sentido de angustia, es decir, para describir situaciones que exceden los recursos de los individuos en una situación adaptativa y van acompañados de emociones negativas y reacciones físicas asociadas²⁰.

Por lo tanto, el dolor, sufrimiento emocional y deterioro funcional por la ausencia dental puede ser en sí mismo un factor estresante para algunas personas⁹. Algunos casos puede manifestarse por la falta de interés de realizar labores cotidianas, descuido personal, perder las ganas de reír, generando a su vez mal humor, envidia y depresión⁹.

2.2.5.2.1 Mecanismo de activación del sistema inmunológico inducido por el estrés.

El sistema nervioso central en diferentes áreas del cerebro (corteza prefrontal, hipocampo, amígdala) se activa ante una situación de estrés, lo cual desencadena reacciones en el organismo que lo preparan para ello^{58,61,64}.

Hasta el momento se han descrito dos ejes del estrés, uno es el sistema nervioso simpático (SNS) o eje simpato-adreno-medular (SAM) y otro es el hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA)^{58,70}. El primero reacciona con la liberación de catecolaminas (epinefrina, norepinefrina) y el segundo responde al estrés liberando cortisol que afecta al sistema inmunológico^{58,70}.

El estrés agudo suele ser asociado con un aumento inicial de la actividad inflamatoria controlado por catecolaminas tratándose de una medida protectora para contrarrestar inmunológicamente una posible lesión o infección rápidamente^{58,59}.

Desde el punto de vista evolutivo, esta respuesta al estrés es favorable en situaciones de supervivencia o peligrosas^{20,58,59}. Sin embargo, esta respuesta también puede volverse inapropiada dada la naturaleza de los factores estresantes en los

estilos de vida modernos, especialmente los psicosociales como por ejemplo, sobrecarga ocupacional, preocupaciones financieras y problemas de relación^{58,59}. Es por ello que, los factores psicosociales, incluyendo experiencias de vida estresantes se vinculan a trastornos del sistema inmunológico y enfermedades infecciosas incluyendo problemas de la salud bucal^{58,59}.

Además, ciertos comportamientos que ocurren principalmente durante el estrés, provocando la disminución de la higiene dental, la mala salud, la dieta y el tabaquismo también pueden dañar la salud bucal⁵⁸. Estos efectos conductuales pueden ser difíciles de distinguir de los directos no conductuales inmuno-neuro-endocrinos, además puede resultar difícil establecer vínculos causales entre el estrés y la aparición de enfermedades bucales porque estas últimas suelen ser acompañados de dolor o lesiones visibles⁵⁸. Estos síntomas afectan la calidad de vida de los pacientes y pueden actuar ellos mismos como factores estresantes⁵⁸.

2.2.5.3 Ansiedad

La ansiedad se ha definido como una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo por la anticipación del peligro⁶⁹⁻⁷³. Es caracterizado por fobias (miedos) y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situaciones que no representan un peligro real para las personas⁶⁹. Puede generar sensaciones desagradables como: preocupación, irritabilidad, inquietud, hipervigilancia, agitación^{33,71}, así como también, emociones de tensión, aprensión, nerviosismo y que son experimentadas por un individuo en un momento particular^{14,15,33,56,74-77}.

Para el diagnóstico, los psicólogos y psiquiatras se basan en criterios clínicos establecidos por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), este la clasifica entre otros como: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo (fracaso constante de hablar en situaciones sociales), trastorno de pánico, agorafobia (ansiedad intensa por el uso de transporte público, por estar en espacios abiertos o sitios cerrados, estar en medio de una multitud, estar fuera de casa solo), fobia específica (ansiedad intensa por un objeto o situación específica), trastorno de

ansiedad social (ansiedad intensa en una o más situaciones sociales), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamento, trastornos específicos de ansiedad, trastorno de ansiedad no específica^{71,73}.

Otro método para el diagnóstico es el establecido por International Statistical of Diseases and Related Health problems (ICD), en el cual los clasifican por trastorno de ansiedad, trastorno generalizado de ansiedad, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, agorafobia, fobia social, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, reacciones a estrés graves y trastorno de adaptación^{71,72}.

Por otra parte, la ansiedad se debe diferenciar de fobia, ya que, las mismas están relacionadas, donde fobia ocurre como consecuencia de amenazas que se toman como inevitables o incontrolables por el proceso de aprendizaje⁷⁸, se alude a la presencia/ausencia de un estímulo concreto, caracterizándose al miedo ante la presencia de un objeto real amenazante^{79,80}.

La ansiedad ante el tratamiento odontológico es llamado también fobia dental, ansiedad dental u odontofobia, definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental (jeringa de anestesia, aguja, el ruido de la turbina, el micromotor o un raspador ultrasónico que produce un ruido) o ante el propio tratamiento dental^{11,75,76,81-85}, siendo una respuesta compleja de estado mental que expresa una persona y se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad al conocer o percibir la idea que recibirá tratamiento odontológico⁷⁸, por lo que, el paciente a menudo no colabora, bien sea por experiencias negativas, seguido por otros, como la actitud aprendida de su entorno, los relatos de parientes y amigos respecto a tratamientos dentales recibidos hace años^{78,79,81,86-88} recurriendo a la atención dental sólo frente a episodios dolorosos^{16,89-91}, la misma, genera poca prioridad a la salud bucal y mala adaptación^{11,15}, incluso rechaza la entrada al consultorio dental o no acude a la consulta abandonando los tratamientos propuestos^{14,15,81,90,92} utilizando terapias farmacológicas (antibióticos y/o analgésicos) para evitar someterse a tratamientos dentales, provocando empeoramiento de la salud bucal con aparición de gingivitis, periodontitis y halitosis¹¹. En ocasiones presentan

signos y síntomas clínicos característicos como el enrojecimiento, aumento de la tensión muscular, latidos fuertes o rápidos del corazón, sudor, temblores y dificultad para respirar⁷⁸.

Clínicamente, la ansiedad se asemeja a otro síntoma psicológico como lo es el estrés, con importante diferencia de que la primera se puede generar en ausencia de estímulos que constituyan una amenaza real a la integridad o intereses de la persona, toda vez que se puede tratar de un fenómeno estrictamente perceptivo, mientras que el segundo necesariamente supone la existencia de un agente estresor discriminable que está afectando al sujeto de manera circunstancial o prolongada siendo una reacción emocional de tipo negativo¹⁴.

2.2.5.3.1 Ansiedad normal y ansiedad patológica

La ansiedad normal es cuando su intensidad y su carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni mal adaptaciones^{55,56,78}. La ansiedad normal cumple funciones útiles, incrementa la prontitud de la persona para la acción inmediata y vigorosa, le da satisfacción a la espera de algo placentero y suele ser la causa de la risa y del goce^{55,56,78}. Se caracteriza por una sensación de aprehensión difusa, indiferenciada y generalizada ante una amenaza inespecífica, vaga u originada por algún conflicto^{55,56,78}. La persona ansiosa suele sentirse inquieta y puede presentar síntomas corporales como dolor de estómago, xerostomía, sudoración y dolor de cabeza^{55,56,78}. También se considera a la ansiedad como un signo de alerta que permite a las personas prepararse para enfrentar las amenazas ordinarias del ambiente, como un mecanismo para la supervivencia, es decir, se activa el sistema defensivo frente a una situación de peligro real^{55,56,78}. La ansiedad desaparece una vez que el peligro a pasado^{55,56,78}.

Al referirse a la ansiedad patológica, se habla de una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en función de su intensidad o su duración^{55,56,78}. Se trata de un padecimiento importante sin un referente externo válido que es vivenciado por la anticipación de un futuro incierto, inseguro y amenazante acompañando de un sentimiento de inseguridad predominante^{55,56,78}. A diferencia de la ansiedad normal

en la ansiedad patológica la persona no puede detener la reacción defensiva una vez que el peligro a pasado^{55,56,78}. Esta ansiedad patológica puede generar una serie de trastornos que se denominan trastornos de ansiedad, que en líneas generales son una respuesta disfuncional basada en la sobreestimación del grado de peligro (tanto de un estímulo interno como externo) y una subestimación de las habilidades o recursos personales para afrontarlo. Un trastorno de ansiedad puede ser conceptualizado como un sistema de alarma hipersensitivo^{55,56,78}. El paciente patológicamente ansioso experimenta innumerables "falsas alarmas" lo que lo mantiene en un estado de estrés constante^{55,56,78}.

2.2.5.3.2 Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo

La Ansiedad Estado (AE) se considera como un estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo, es decir que, es la descripción de cómo se siente la persona en un determinado momento y la sintomatología que aparece ante una situación^{56,93-96}.

La Ansiedad Rasgo (AR) señala una estable propensión ansiosa en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras afectando a las acciones habituales del sujeto. Se trata de una característica de la personalidad permanente en la dinámica mental de cada individuo, y no expuesta a los factores o estímulos que percibe el sujeto, es decir que, es un atributo o característica que forma parte de un rasgo definido de la personalidad de un individuo^{56,93-96}.

2.2.5.4 Depresión

Se denomina depresión a un trastorno mental que altera los pensamientos y conducta de una persona, dificultando las relaciones intra e interpersonales. Las personas llegan a perder el sentido de la vida y percibe su entorno negativamente⁹⁷. La depresión se considera como un desequilibrio psicológico del sistema nervioso autónomo que afecta gravemente la salud y el bienestar de las personas^{21,25}, siendo algunos de sus síntomas el aislamiento social, sentimientos de desesperanza,

sentimientos de culpa, inquietud, insomnio o hipersomnias, ausencia o demasiado apetito, dificultad para realizar cualquier actividad, pérdida de energía, fatiga, poca autoestima, dificultad para concentrarse o impedimento para asumir decisiones y probablemente el abuso de sustancias^{26,98,17,99}.

En lo que respecta a la salud bucal, los síntomas depresivos se relacionan con una menor probabilidad de buscar cuidado bucal preventivo, flujo salival reducido (xerostomía), mayor ocurrencia de pérdida de dientes, malestar bucal y enfermedad periodontal avanzada^{27,28,47}.

Por su parte, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª versión (DSM-5) se dice que, un individuo con depresión debe incluir la presencia de al menos cinco síntomas, mismos que se presentan diariamente o casi todos los días por un período de dos semanas, siendo necesaria la presencia de un estado de ánimo decaído, desinterés y disminución de la gratificación. Los síntomas pueden ser:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Incremento o pérdida representativa de peso o apetito.
- Insomnio o hipersomnias.
- Perturbación psicomotriz detectada por un informante externo.
- Fatiga o menor energía.
- Sensación de incapacidad o culpa desmesurada.
- Dificultad para concentrarse.
- Ideas constantes de muerte, intento o planeación de suicidio⁹⁷.

La intensidad de los síntomas depresivos puede ser leve o grave, dificultando el cumplimiento de las labores diarias y la aptitud para afrontar los problemas⁹⁷. Cuando la depresión es leve se puede tratar sin tener que usar ningún tipo de fármacos, pero cuando adquiere niveles graves requiere el uso de fármacos conjuntamente con terapia psicológica, porque los afectados pueden atentar contra su vida⁹⁷.

La depresión clínica tiende a asociarse con algunas enfermedades mediadas inmunológicamente, mencionando que los pacientes deprimidos muestran una

disminución en varias medidas de inmunidad, con bajos niveles de anticuerpos contra virus y capacidad disminuida para generar una respuesta mediada por células específica debido a la activación de la inmunidad innata o marcadores de inflamación a través de vías efectoras, como el sistema nervioso simpático^{62,63}.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En esta sección se describe la manera en cómo se realizó la investigación. Se da a conocer el alcance y diseño de la investigación, grupo de estudio, así como también, los instrumentos, materiales, equipos utilizados; las técnicas y procedimientos de análisis referidos al procesamiento estadístico.

3.1 Alcance y diseño de investigación

La presente investigación tuvo un alcance descriptivo de corte transversal, en la que se evaluó el paciente una sola vez en el tiempo¹⁰⁰. Descriptiva, ya que se caracterizaron variables como la ansiedad estado/rasgo y depresión, entre otras, describiendo la frecuencia, medidas, desviación estándar, rango, prevalencia de las mismas en el grupo de personas objetos de estudios.

El diseño de este estudio se clasificó como no experimental con variables no manipuladas donde solo se utilizó lo expresado por los participantes como en el caso de ansiedad y depresión aplicada en el instrumento.

Es preciso señalar que, en esta investigación se aplicaron instrumentos que evaluaron la ansiedad y depresión desde el punto de vista dimensional y no categorial, siendo el primero un espectro o continuum, evaluando la intensidad y los grados de síntomas en lugar de clasificarlos en categorías fijas y el segundo se basa en clasificaciones que definen trastornos psicológicos como categorías discretas. Incluye el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades)¹⁰¹.

3.2 Sitio

La investigación se llevó a cabo en la Clínica Integral del Adulto (CIA) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA) Mérida-Venezuela.

3.3 Población y Muestra

La población estudio de esta investigación estuvo conformado por todos los pacientes edéntulos con historia clínica de la CIA de la FOULA que acudieron por atención odontológica durante el período comprendido entre mayo-agosto del 2024.

La muestra que se estudió es representativa de la población, categorizada como no probabilístico por conveniencia y constó de 70 pacientes mayores de edad que presentaron edentulismo con necesidad protésica, quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Mayoría de edad.
- Firmaron un consentimiento informado.
- Con ausencia dental.
- Que haya sido seleccionado como paciente de la Clínica Integral del Adulto.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Estado de gravidez.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas e incapacitantes.
- Pacientes consumidores de psicotrópicos.
- Trastornos neurológicos psiquiátricos en la familia.

3.4 Sistemas de variables

3.4.1 Variables independientes

- Número de dientes ausentes.
- Necesidad protésica.
- Causa del edentulismo.

3.4.2 Variables dependientes

- Nivel de depresión.
- Nivel de ansiedad estado.
- Nivel de ansiedad rasgo.

3.4.3 Variables intervinientes

- Nivel socioeconómico.
- Factores hereditarios.
- Factores genéticos.
- Inteligencia emocional.
- Calidad de vida.
- Hábitos tabáquicos.
- Xerostomía.

3.5 Definición conceptual y operacional de variables

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de variables.

Objetivo General: Evaluar la ansiedad y la depresión en los pacientes edéntulos atendidos en la Facultad de Odontología ULA, Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.						
Variable	Conceptual	Dimensión	Operacional	Indicadores	Ítem	Instrumento
Edentulismo	Es la ausencia total o parcial del número de dientes, las cuales no se reemplazan posteriormente de forma natural.	Historia clínica de CIA. Cuestionario.	Cantidad de dientes ausentes los cuales clasificara al paciente para la planificación del tratamiento protésico correspondiente.	Número de dientes ausentes. Tipo de edentulismo. Causa del edentulismo.	Parte II. Preguntas del 1 al 11 para datos clínicos seleccionados (condición general del paciente). De acuerdo a la totalidad de las unidades dentales ausentes se podrá identificar la necesidad protésica.	Sección 1. Instrumento de recolección de datos.
Ansiedad	Es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo por la anticipación del peligro. Es caracterizada por fobias y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situación que no representan un peligro real para las personas.	Inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STATE-TRAIT ANXIETY, STAD).	La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos.	Las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles, las cuales son Centil 50, 75, 85 y 99 en función del sexo y la edad.	Parte IV. Evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad estado y ansiedad rasgo, consta de 40 ítem (20 de cada uno de los conceptos). De escala autoaplicada.	Sección 2. Instrumento de recolección de dato.

Variable	Conceptual	Dimensión	Operacional	Indicadores	Ítem	Instrumento
Depresión	Es un trastorno psicológico que altera los pensamientos y conducta de una persona, dificultando las relaciones intra e interpersonales.	Escala de Zung y Conde (20-64 años).	Puntuación mayor a 40 indica la presencia de depresión. A mayor puntuación mayor gravedad.	Puntos de corte Bech 1996: Sin depresión 20-40 puntos. Menos que depresión mayor 41-47 puntos. Depresión Mayor 48-55 puntos. Más que depresión mayor 56-80 puntos.	Parte V. 5.1 Preguntas de la 1 a la 20. Frecuencia de la presencia de síntomas depresivos. Escala Likert de cuatro valores A, B, C, D, rango de 1 a 4.	Sección 3. Instrumento de recolección de datos.
		Escala de Depresión Geriátrica (65 años o más).	Puntuación mayor a 10 indica la presencia de depresión. A mayor depresión mayor gravedad.	Puntos de corte Normal 0 a 10 puntos. Depresión leve 11 a 20 puntos. Depresión grave mayor a 20 puntos.	Parte V. 5.2 Preguntas de la 1 a la 30. Escala de cribado, detección de la presencia de depresión. Respuesta dicotómica SI/NO.	

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos comprendió un cuestionario de 3 secciones a saber. La primera sección, se basó en un instrumento que contempla 57 preguntas de selección simple que fueron diseñadas por las investigadoras, tutor y/o asesores, tomando como referencia datos obtenidos de la Historia Clínica de los pacientes en la Cátedra Integral del Adulto (CIA).

La segunda sección, corresponde al *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* que consta de 40 ítems de selección simple para pacientes a partir de los 18 años de edad. El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety, STAI) proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada una de los 20 ítems correspondiente. La puntuación en los ítems de **Estado (AE)** oscila entre 0 y 3, y los criterios operativos se establecen según la intensidad: 0=nada; 1=algo; 2=bastante; 3=mucho. En algunos de los ítems ansiedad-estado es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad: 3=nada; 2=algo; 1=bastante; 0=mucho. Esos ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16,19 y 20. La puntuación en los ítems de **Rasgo (AR)** también oscila entre 0 y 3, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación 0=casi nunca; 1= a veces; 2=a menudo; 3=casi siempre. Igualmente, en algunos de los ítems ansiedad-rasgo es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación: 3=casi nunca; 2=a veces; 1= a menudo; 0= casi siempre. Esos ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 6 y 39. No existe puntos de cortes propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos (Tabla 2)¹⁰².

Tabla 2. Referencia de puntuaciones directas (AE, AR) convertidas a centiles utilizadas en el presente estudio.

	PC=50		PC=75		PC=85		PC=99	
	AE	AR	AE	AR	AE	AR	AE	AR
PD Hombres								
Adolescentes	20	20	31	26	36	30	47-60	46-60
Adultos	19	19	28	25	33	29	47-60	46-60
PD Mujeres								
Adolescentes	22	22	31	29	36	33	53-60	49-60
Adultas	21	24	31	32	37	37	54-60	49-60

Tomado de García M. *et al.* 2006¹⁰².

Y finalmente, la tercera sección en la que se utilizaron dos escalas de acuerdo con la edad de los pacientes: *Escala Autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde*, en los pacientes de 20 a 64 años de edad y *Escala de Depresión Geriátrica* para evaluar la depresión en los pacientes mayores de 65 años de edad o más¹⁰².

La *Escala de depresión de Zung y Conde* (1965), trata de un cuestionario autoaplicado formado por 20 ítems relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos (2,5,6,11,12,14,16-18 y 20) y la otra mitad en términos negativos (1,3,4,7-10,13,15 y 19). Cada ítem de la escala proporciona una puntuación entre 1 a 4. Para los ítem en sentido **negativo** a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir las respuestas opción A vale 1 punto, y las respuestas opción D valen 4 puntos. Para los ítem en sentido **positivo** reciben menor puntuación a mayor presencia de tal modo que las respuestas opción A vale 4 punto, y las respuestas opción D valen 1 punto. La puntuación total oscila entre 20–80 puntos; a mayor puntuación mayor gravedad del cuadro depresivo (Tabla 3)¹⁰².

Tabla 3. Escala de depresión pacientes de 20 a 64 años de edad, Zung y Conde (1965).

Punto de corte	Nivel de depresión
20 a 35	Ausencia de depresión
36 a 51	Depresión subclínica y variantes normales
52 a 67	Depresión media severa
68 a 80	Depresión grave (opcionalmente hospitalizable)

Tomado de García M. *et al.* 2006¹⁰².

En el caso de la *Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)* según sus autores Brink T. y colaboradores (1982), consta de 30 ítems, la cual, la respuesta afirmativa en los ítems 2-4, 6, 8, 10-14,16-18, 20, 22-26 y 28 valen 1 punto. Una respuesta negativa en el resto de los ítems 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30 también vale 1 punto. Los puntos de corte recomendados son los siguientes: 0-10 puntos: normal; 11-30 puntos: posible depresión. Algunos autores diferencian entre: 11-20: depresión leve; >20: depresión grave¹⁰².

3.7 Validación del instrumento

Cada sección del instrumento utilizado estuvo validada de la siguiente manera. La primera sección fue evaluada por un grupo de tres expertos en Rehabilitación Bucal y un Psiquiatra, para un total de cuatro evaluadores, que dieron sentido de pertinencia, redacción y correspondencia a los diferentes ítems y opciones. Las otras dos secciones fueron validadas por sus respectivos autores.

3.8 Principios bioéticos

El deber del profesional es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. En este tipo de investigación, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la investigación y que voluntariamente aceptaron a participar en el estudio. Es por ello

que los pacientes que participaron en esta investigación fueron previamente informados de manera sencilla sobre los objetivos, los alcances y confiabilidad de la investigación en el cual se les proporcionó un consentimiento informado (Apéndice A), los mismos, se rehabilitaron en la Clínica Integral del Adulto y/o recibieron tratamiento dental, cumpliendo con los principios éticos y por ende protegiendo la información proporcionada.

3.9 Análisis de resultados

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando el software *Excel 2019* y la aplicación Android *Calculadora Estadística 1ª versión*. De esta manera se pudo obtener, la frecuencia absoluta (Fa) y relativa (Fr); la prevalencia (P) de la ansiedad estado/rasgo y depresión; medias aritméticas (X), desviación estándar (DE) de las diferentes variables estudiadas; así como los diferentes análisis de chi cuadrado (X^2) y t de student (t). El mayor nivel de significancia estadística se estableció en 0.05.

Los resultados se presentaron en forma de texto, tablas y figuras destacando los más relevantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Características socio-demográficas

Se estudiaron 70 pacientes que aprobaron los criterios de inclusión, 48 de sexo femenino (69%) y 22 de sexo masculino (31%), con edades entre 21 y 83 años, promedio 64 ± 12.92 años y rango 62, encontrándose mayor frecuencia de pacientes con edades entre 70 y 80 años (Tabla 4). Según la ocupación, 27 jubilados (38.57%) y 16 oficios del hogar (22.86%) conformaron el mayor porcentaje. Los demás pacientes, 13 profesionales universitarios (18.57%), 12 otros oficios (17.14%) y 2 estudiantes (2.86%), entre los que solo 23 se encontraron activos laboralmente (32.86%). El nivel de instrucción de los pacientes se caracterizó por ser alto, encontrando 31 universitarios, 4 técnicos superior universitarios, 20 bachilleres los cuales conformaron más del 75% de la muestra. Según el estado civil se encontraban 36 solteros, 25 casados, 5 divorciados y 4 viudos; el número de hijos promedio fue 3 en general.

Tabla 4. Edad y sexo de los pacientes estudiados.

Sexo	Pacientes				Edad (años)				
	Edad	N	Fr (%)	\bar{X}	$\pm DE$	Máx.	Mín.	R	Mo
Femenino	20 - 64	23	32.85	51.74	± 10.88	63	21	42	50-60
	65 - 85	25	35.71	72.12	± 4.39	79	65	14	70-80
Total	20 - 85	48	68.57	62.35	± 13.06	79	21	58	70-80
Masculino	20 - 64	10	14.29	52.20	± 8.21	64	40	24	50-60
	65 - 85	12	17.14	75.25	± 5.88	83	65	18	70-80
Total	20 - 85	22	31.43	66.14	± 12.21	83	40	43	60-70
General	20 - 64	33	47.14	52.79	± 10.27	64	21	43	50-60
	65 - 85	37	52.86	73.14	± 5.14	83	65	18	70-80
Total	20 - 85	70	100.00	63.54	± 12.92	83	21	62	70-80

Entre las condiciones generales se encontró que, el 92.86% de los pacientes refieren un conocimiento medio sobre su salud general, solo un paciente manifestó tener conocimiento alto (1.43%). La totalidad de los pacientes (100%) manifestó que sus dientes eran importantes para la salud en general. Solo un paciente refirió que, anteriormente sufrió maltrato previo en un servicio médico-odontológico mientras que el resto refirió ningún maltrato (98.57%).

4.2 Edentulismo: tratamiento indicado, número de dientes ausentes, causas.

En la Tabla 5 se presenta la distribución de los pacientes según el tipo de tratamiento indicado y dientes ausentes. De acuerdo con el tipo de tratamiento indicado, 26 pacientes se les indicó al menos una dentadura total (PT= 37.14%), 24 pacientes con indicación de al menos una prótesis parcial removible, excluyendo dentaduras totales (PPR= 34.29%); y 20 pacientes con indicación de prótesis fija, excluyendo removibles (PF = 28.57%).

Tabla 5. Tratamiento indicado, tratamiento combinado y dientes ausentes

	Tratamiento indicado		Tratamiento combinado				Dientes ausentes				
	N	Fr (%)	Sí	Fr (%)	No	Fr (%)	\bar{X}	S	Máx.	Mín.	R
PT	26	37.14	10	38.46	16	61.54	27	±5	32	16	16
PPR	24	34.29	6	41.67	18	66.67	10	±5	23	4	19
PF	20	28.57	0	0.00	20	100.00	6	±6	26	0	26
Total	70	100.00	16	22.86	54	77.14	15	±11	32	0	32

PT: indicación de al menos una dentadura total; PPR: indicación de al menos una prótesis parcial removible, excluyendo dentadura total; PF: indicación de prótesis fija, excluyendo removibles. Total pacientes con indicación de PPR= 34 (48.57).

La ausencia dental se caracterizó por deberse a una o varias causas entre las que señalaron los pacientes: caries dental, enfermedad periodontal, traumatismo y/o iatrogenia (Tabla 6 y Figura 2).

Al analizar los valores que se presentan en la tabla 6 se observa que, hay diferencias estadísticas significativas entre los grupos ($p \leq 0.05$). En general la caries dental obtuvo mayor frecuencia que las demás causas. Los pacientes con indicación de prótesis total (PT) refirieron con mayor frecuencia varias causas en lugar de una, valor que se refleja en el total, 41 causas mencionadas a razón de 26 pacientes. En este mismo grupo de pacientes (PT) se observa que la enfermedad periodontal obtuvo mayor frecuencia en comparación con los grupos de pacientes a los que se les indicó PPR y/o PF (Figura 2).

Tabla 6. Tratamiento indicado en relación con la causa de la ausencia dental.

	Caries	Periodontal	Traumatismo	Iatrogenia	Total
PT	19	12	5	5	41
PPR	21	2	2	7	32
PF	15	1	5	1	22
Total	55	15	12	13	95

$X^2 = 15.7922$; p entre 0.0100 y 0.0250.

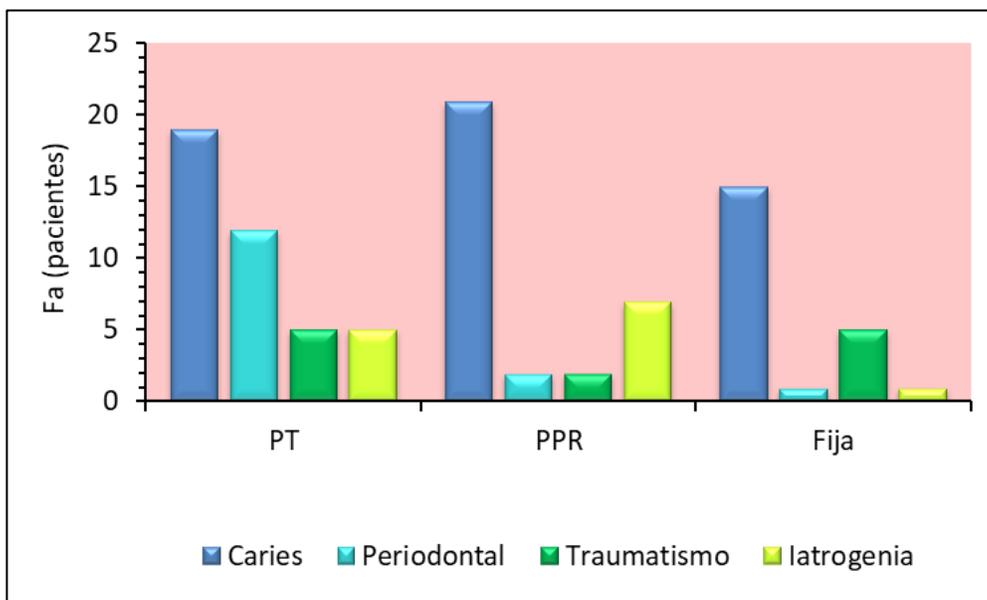


Figura 2. Causa de la pérdida dental según tratamiento indicado.

El 97.14% de los pacientes estudiados manifestó que no cuenta con seguro médico-odontológico de ningún tipo. La mayoría de los pacientes 78.57% presentan difícil o ningún acceso a algún centro de salud, mientras que el 24.29% presentó fácil acceso. Entre los centros de salud mencionados por estos últimos se encuentran, Ambulatorios, 15.71%; Hospital Universitario de Los Andes y CAMIULA con 4.29% respectivamente; IPAS Nacional, 2.86%; Seguro Social, Salud Gobernación y privada, 1.43% respectivamente. De los 70 pacientes estudiados, 15 de ellos presentaron historia clínica previa (21.43%) siendo la más antigua de 1974 y la más actual de 2022.

La mayoría de los pacientes se encontraban en la fase de saneamiento pre-protésica (87.14%) y protésica (12.86%) según su plan de tratamiento al momento de la aplicación del instrumento de recolección de los datos.

4.3 Prevalencia de los trastornos psicológicos y la relación con el edentulismo.

De los 70 pacientes seleccionados en este estudio 16 individuos desarrollaron respuesta positiva a una o ambas de las escalas utilizadas para evaluar los niveles de ansiedad (STAI) y depresión (Zung y Conde, DGS), mientras que 54 personas no lo hicieron; de allí que, la prevalencia de trastornos psicológicos en los pacientes edéntulos atendidos en la Facultad de Odontología durante el período de mayo-agosto 2024 fue del 22.86%. La distribución de los pacientes con trastornos psicológicos según el tipo de tratamiento protésico indicado fue de la siguiente manera: 9 en el grupo con indicación de prótesis total, 5 en el grupo con indicación de prótesis parcial removible y 2 en el grupo con indicación de prótesis fija.

Ocho de 70 pacientes evaluados en esta investigación presentaron resultados STAI compatibles con ansiedad estado, indicando una prevalencia del 11.43% (centil 50: $7/70 = 10\%$; centil 85: $1/70 = 43\%$). Mientras que 9 de 70 de los mismos

pacientes presentaron resultados STAI compatibles con ansiedad rasgo, indicando una prevalencia del 12.86% (centil 50: 7/70 =10%; centil 75: 1/70 =1.43%; centil 85: 1/70 =1.43%) Tabla 7.

La prevalencia de ansiedad estado (AE) fue mayor en los hombres (13.64%) que en las mujeres (10.42%). Mientras que, la prevalencia de ansiedad rasgo (AR), fue mayor en las mujeres (16.67%) que en los hombres (4.55%). Los resultados se muestran en la Tabla 7.

En total 6 de 70 pacientes, resultaron con puntos de corte indicativos de depresión leve, de allí que la prevalencia de depresión de los pacientes edéntulos para el periodo estudiado fue del 8.57%. Como se observa en la Tabla 8, en el grupo de pacientes menores de 65 años de edad, la prevalencia de depresión fue igual a 0%, mientras que, en el grupo de pacientes con edades igual o mayor a 65 años de edad la prevalencia de depresión fue del 16.22%, todos en nivel leve.

Tabla 7. Ansiedad en los pacientes estudiados.

	N	S/A		Centil								AE		AR	
		E	R	50	75	85	99	99	Fa	P (%)	Fa	P (%)			
Ansiedad				E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R
Hombres	22	19	21	3	-	-	1	-	-	-	-	3	13.64	1	4.55
Mujeres	48	43	40	4	7	-	-	1	1	-	-	5	10.42	8	16.67
Total	70	62	61	7	7	-	1	1	1	-	-	8	11.43	9	12.86

S/A: sin ansiedad; P: prevalencia (%)

Tabla 8. Depresión en los pacientes estudiados.

Edad (años)	N	S/D	Depresión			Prevalencia
			Leve	Mayor	Grave	P (%)
< 65	33	33	-	-	-	0.00
≥ 65	37	31	6	-	-	16.22
Total	70	64	6	-	-	8.57

S/D: sin depresión. P: prevalencia (%)

En la Tabla 9 se observa el número de pacientes con alguno de los tipos de ansiedad y depresión en relación con el tratamiento indicado (PT, PPR, PF) además de la edad y el sexo. Llama la atención que, los pacientes con indicación de prótesis removibles (totales y parciales) agrupan el mayor número de pacientes con algún tipo de alteración del factor psicológico en comparación con los pacientes con indicación de prótesis fija. Sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el tipo de prótesis indicada y la presencia de algún trastorno de ansiedad o depresión de manera individual o asociada ($p > 0.05$) como se observa en la Tabla 10.

Tabla 9. Ansiedad y depresión según la necesidad protésica.

Tratamiento indicado	Sexo	N	Edad (años)	Trastornos				N Total
				N	AE	AR	D	
PT N = 26	F	15	20 – 64	8	-	4	-	4
			65 – 85	7	3	1	1	3
	M	11	20 – 64	2	-	-	-	-
			65 – 85	9	2	-	1	2
PPR N = 24	F	18	20 – 64	7	1	1	-	1
			65 – 85	11	1	1	2	3
	M	6	20 – 64	4	-	-	-	-
			65 – 85	2	1	1	1	1
PF N = 20	F	15	20 – 64	8	-	1	-	1
			65 – 85	7	-	-	-	-
	M	5	20 – 64	4	-	-	-	-
			65 – 85	1	-	-	1	1
Total N = 70		70		70	8	9	6	16

Tabla 10. Relación tratamiento indicado y la presencia de algún trastorno psicológico.

Trastorno individual o asociado	Prótesis removible		Total	X^2	<i>p</i>
	Sí	No			
Sí	14	2	16	2.6250	>0.1000
No	36	18	54		
Total	50	20	70		

En la Tabla 11 observamos la relación entre el número de dientes ausentes y los trastornos ansiedad y depresión identificada en los pacientes. En ella se evidencia que, el número de dientes ausentes fue dependiente de la presencia de ansiedad rasgo (AR) en los pacientes, relación estadísticamente significativa ($p=0.0000$), ya que 9 de 9 pacientes con AR presentaron más de 16 dientes ausentes. Mientras que, el número de dientes ausentes fue independiente desde el punto de vista estadístico ($p>0.05$) de la presencia de ansiedad estado (AE), depresión (D) o la asociación de estos.

Tabla 11. Relación entre el número de dientes ausentes y los trastornos ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión.

	Dientes Ausentes		Total	X^2	<i>p</i>
	≥ 16	< 16			
AE					
Sí	2	6	8	1.3616	>0.100
No	29	33	62		
Total	31	39	70		
AR					
Sí	9	0	9	12.9931	0.0000
No	22	39	61		
Total	31	39	70		
Depresión					
Sí	3	3	6	0.0868	>0.75
No	28	36	64		
Total	31	39	70		
Trastorno					
Sí	10	6	16	2.7888	>0.05
No	21	33	54		
Total	31	39	70		

4.4 Otros factores estudiados

En la Tabla 12 se presentan las relaciones entre otros factores psicológicos-conductuales identificados por los pacientes en el interrogatorio y el número de dientes ausentes, encontrando esta última variable independiente, desde el punto de vista estadístico de la fobia odontológica (FO), sentir vergüenza (SV), buena alimentación (BA) y buena hidratación (BH) ($p > 0.05$).

Tabla 12. Relación entre los factores psicológicos-conductuales presentes en los pacientes estudiados y el número de dientes ausentes.

		Dientes ausentes		Total	X^2	p
		<16	≥16			
FO	Sí	12	5	17	2.0132	>0.100
	No	27	26	53		
	Total	39	31	70		
SV	Sí	26	25	51	1.7066	>0.100
	No	13	6	19		
	Total	39	31	70		
BA	Sí	27	21	48	0.0178	>0.750
	No	12	10	22		
	Total	39	31	70		
BH	Sí	25	22	47	0.3690	>0.500
	No	14	9	23		
	Total	39	31	70		

FO: fobia odontológica; SV: sin vergüenza; BA: buena alimentación; BH: buena hidratación.

Cuarenta y seis pacientes presentaban el índice de O'Leary en su historia clínica. Para estos pacientes la higiene bucal se encontró: buena (11), regular (7) y mala (28). Para fines del análisis estadístico se agrupó a los pacientes que presentaron un índice de O'Leary menor al 30% esto es los que presentaron higiene bucal buena y regular 39.13% (18 de 46). En la Tabla 13, la higiene bucal fue independiente de los hábitos

señalados en la literatura como buenos: cepillarse los dientes antes del desayuno; tiempo invertido en cada cepillado mayor o igual a 2 minutos, uso de hilo dental diariamente ($p > 0.05$). Igualmente, se puede observar que de los pacientes con mayor número de dientes ausentes (≥ 16 dientes) casi en su totalidad (12 de 13) presentaron mala higiene bucal y de los pacientes que presentaron buena higiene bucal (17 de 18) presentaron un número de dientes ausentes inferior a 16 dientes, hallando una relación de dependencia estadística significativa entre las variables ($p < 0.010$).

Tabla 13. Relación higiene bucal (HB), hábitos y número de dientes ausentes.

Cepilla sus dientes antes del desayuno			X^2	p	
HB (<30%)	Sí	No			Total
Sí	15	3	18	2.3665	>0.100
No	27	1	28		
Total	42	4	46		
Tiempo de cepillado ≥ 2 min			X^2	p	
HB (<30%)	Sí	No			Total
Sí	5	13	18	0.2428	>0.500
No	6	22	28		
Total	11	35	46		
Uso hilo dental diariamente			X^2	p	
HB (<30%)	Sí	No			Total
Sí	11	7	18	3.7414	>0.050
No	9	19	28		
Total	20	26	46		
Dientes ausentes			X^2	p	
HB (<30%)	≥ 16	<16			Total
Sí	1	17	18	7.5194	<0.010
No	12	16	28		
Total	13	33	46		

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la ansiedad y la depresión en los pacientes edéntulos atendidos en la FOULA, Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.

Los trastornos psicológicos en el mundo afectan aproximadamente al 12% de la población, siendo los más comunes la ansiedad y la depresión. Muchos autores sugieren un aumento significativo con la pandemia llegando a alcanzar el 28%¹⁰³. Actualmente, la depresión se ha convertido en una de las principales causas de discapacidad, ocupando el octavo lugar globalmente, por lo que se prevé que para el 2030 esta condición se convertirá en la enfermedad principal de discapacidad^{104,105}.

En el presente trabajo se encontró que, el 22.86% de los pacientes edéntulos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, tenían algún trastorno psicológico tipo ansiedad y/o depresión de manera aislada o asociada.

La prevalencia de ansiedad estado (AE) fue del 11.43% y de la ansiedad rasgo (AR) fue del 12.86%. La AE suele presentarse ante situaciones estresantes o amenazantes que pueden ser sumamente molestas, dependerá de la habilidad de afrontamiento de la propia persona para salir de ese estado^{93,94}. Posiblemente, para estos pacientes tener que lidiar con un nuevo tratamiento o una nueva prótesis dental; la incertidumbre de que el mismo cumpla o no con las expectativas protésicas, funcionales y estéticas; la aceptación del uso de una prótesis dental; experiencias negativas previas; el ser atendido por un estudiante; el estar expuesto a ruidos y situaciones poco comunes; el pensar en que el tratamiento puede ser doloroso; el tiempo prolongado que debe esperar o que debe invertir para finalizar la rehabilitación; el mantenimiento que debe recibir;

que no le explican el procedimiento a realizar, el miedo a recibir un tratamiento invasivo o mal hecho; uso de instrumentos punzo penetrantes; etc. Todas las situaciones anteriores sirven para que los pacientes de alguna u otra manera pospongan sus tratamientos odontológicos con mucha frecuencia.

La ansiedad rasgo por su parte, es una tendencia constante de la personalidad, en la que las personas responden a situaciones amenazantes de manera estable aumentando la intensidad de la ansiedad estado, de manera frecuente y percibiendo un mayor rango de situaciones amenazantes^{93,94}. Es relevante el hallazgo encontrado en este trabajo al relacionar la ansiedad con el número de dientes ausentes, en la que el 100% de las personas con ansiedad rasgo presentaron más de 16 dientes ausentes, esto es una relación directa estadísticamente significativa ($p = 0.000$).

La mayoría de los antecedentes sugieren una mayor prevalencia de la ansiedad en el sexo femenino que en el masculino^{24,81}. En el presente trabajo los resultados obtenidos concuerdan en el caso de la ansiedad rasgo, no así en el caso de la ansiedad estado, resultando mayor en el sexo masculino que en el femenino (Tabla 7). Desde el 2009 se acepta que, la diferenciación sexual tiene implicaciones psicobiológicas que diferencian el cerebro del hombre al de la mujer sobre la resistencia al estrés¹⁰⁶. Este término pudiera ser clave en el estudio de tales diferencias. Las mujeres por su parte, pueden ser más capaces de expresar sus sentimientos de miedo basados en diferentes roles sociales y expectativas; presentan menores niveles de serotonina que los hombres, neurotransmisor que regula el estado de ánimo y la ansiedad; la estimulación cerebral por parte de las hormonas disminuye con la menopausia¹⁰⁶. Los hombres por su parte presentan la amígdala, estructura cerebral implicada en las emociones y en la respuesta al estrés, de mayor tamaño que en las mujeres, según es crucial para el recuerdo de sucesos emotivos; también presentan una mayor respuesta del eje hipotálamo-

hipófisis-adrenal ante el estrés agudo que las mujeres, lo cual pudiera explicar porque los hombres en este estudio tuvieron mayor prevalencia de ansiedad estado que las mujeres¹⁰⁶.

La depresión constituye uno de los trastornos psicológicos que se presenta con mayor frecuencia, de prevalencia en la población general del 3.8% y del 5.7% entre los adultos mayores de 60 años¹⁰⁷. La pérdida de dientes es un evento que se considera un marcador de la desigualdad social, provocando un deterioro funcional y un impacto negativo en los aspectos nutricionales, funcionales, estéticos y psicológicos⁹. En este estudio la prevalencia de depresión fue del 16.22% y solo se halló en el grupo de pacientes mayores de 65 años de edad (tabla 8). Otros autores mencionaron que, la depresión es más frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el sexo femenino¹⁹, no se relacionó con nuestra investigación. En comparación con otros estudios similares los resultados muestran que la prevalencia de síntomas depresivos alcanza el 28.5% en personas con edentulismo²⁸. Sin embargo en el presente trabajo no se pudo encontrar una relación desde el punto de vista estadístico, lo cual sugiere la necesidad de futuros estudios.

Los pacientes con indicación de prótesis removibles (total-parcial) agrupan el mayor número de pacientes con algún tipo de alteración del factor psicológico en comparación con los pacientes con indicación de prótesis fijas (Tabla 9), sin embargo, no se encontró relación de dependencia entre las variables ($p > 0.05$). No se han encontrado hasta el momento estudios similares.

En esta investigación se encontró que, el edentulismo se debió a diferentes causas (Tabla 6) siendo la caries dental de mayor predominancia (78.57%) en comparación con la enfermedad periodontal (21.43%), la iatrogenia (18.57%) y los traumatismos (17.14%). Este resultado es similar a lo encontrado por otros autores en los que, la caries dental se manifiesta como principal causa del

edentulismo^{28,36,108,109}. La pérdida dental ocasionada por la caries dental podría deberse a múltiples factores a saber, exposición insuficiente al fluoruro, acceso limitado a la atención odontológica, bajo nivel educativo de los pacientes, higiene bucal inadecuada, entre otros. Por su parte, la enfermedad periodontal, fue la segunda causa más frecuente, sin embargo, en los pacientes con indicación de prótesis total fue mayor la frecuencia de pérdida dental a causa de esta enfermedad que en los pacientes con indicación de PPR en combinación o no con prótesis fijas. Estudios relacionados sugieren que, la periodontitis facilita la pérdida de dientes, como consecuencia de malos hábitos de higiene bucal no controlados, consumo de tabaco, estrés y depresión, entre otros^{108,110,111}.

Entre los hallazgos de este estudio vale la pena mencionar que, los pacientes con indicación de prótesis total y parcial removible son principalmente de mayor edad (>65 años) y con mayor número de dientes ausentes (Tabla 5) que los pacientes con indicación de prótesis fija. Esto podría deberse a que anteriormente la cultura de la población en general, así como la odontológica científica, no era precisamente conservadora, lo cual pudo haber influido de manera negativa en el tratamiento odontológico recibido.

En la literatura se considera que, los dientes se conservan gracias al mantenimiento de higiene bucal buena, la cual es producto de llevar a cabo hábitos adecuados, entre los que se mencionan: frecuencia del cepillado dental mayor a dos veces al día, uso de hilo dental diario, tiempo mayor o igual a 2 minutos en cada cepillado, cepillar los dientes antes del desayuno, entre otros^{110,111}. En el presente estudio la higiene bucal se puede observar en la Tabla 13 relacionada estadísticamente y de manera significativa ($p < 0.010$) con el número de dientes ausentes, aquí el 94.44% de los pacientes con más de 16 dientes ausentes tenían una mala higiene bucal. También se puede observar que, los pacientes en su mayoría presentaron higiene bucal mala (60.87%) sin

embargo, no hubo relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) con los hábitos buenos ya mencionados. La evaluación de la higiene bucal se realizó solo en los pacientes parcialmente edéntulos y no en los edéntulos totales, debido a que en la CIA dicha evaluación no se realiza. Esto representa una limitación a la hora de comparar la higiene bucal entre los grupos de pacientes con o sin edentulismo total. Tomando en cuenta que, la caries dental y la enfermedad periodontal, fueron las causas más frecuentemente mencionadas por los pacientes edéntulos totales, se puede sugerir que, los mismos podían haber presentado higiene bucal mal antes de perder sus dientes por completo.

Además de la frecuencia con la cual se realizan los hábitos de higiene bucal buenos, los estudios también avalan la importancia de la técnica, bien sea del cepillado y el paso del hilo dental entre los dientes, factor que no se evaluó en el presente estudio. Por ende, es necesario realizar estudios sobre este tema que atañe gran importancia en la Odontología general y en la Rehabilitación Bucal.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Bajo las condiciones del presente estudio, realizado sobre los pacientes edéntulos atendidos en la FOULA, durante el período de mayo-agosto 2024, se derivan las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de trastornos psicológicos es del 22.86%.
2. La prevalencia de ansiedad estado y ansiedad rasgo, es del 11.43% y 12.86% respectivamente. La primera es mayor en los hombres mientras que la segunda es mayor en las mujeres.
3. La prevalencia de depresión es del 8.57%. Solo se evidenció en el 16.22% de los pacientes con edades superiores a los 65 años.
4. La prevalencia de ansiedad y depresión es independiente del tipo de tratamiento protésico indicado.
5. El edentulismo comprendido por el mayor número de dientes ausentes depende de la prevalencia de ansiedad rasgo.
6. La principal causa del edentulismo puesta de manifiesto por los pacientes es la caries dental, seguida de la enfermedad periodontal.
7. En los pacientes con indicación de prótesis total, el edentulismo es predominantemente multicausal.
8. La enfermedad periodontal, puesta de manifiesto como causa del edentulismo, predominó por su mayor frecuencia en el grupo de pacientes con indicación de prótesis total que los pacientes con indicación de prótesis parciales.
9. El número de dientes ausentes es independiente de la manifestación de fobia odontológica, sentir vergüenza de la sonrisa, mantener una buena alimentación e hidratación.

10. El número de dientes ausentes es dependiente de la higiene bucal e independiente de la ejecución de buenos hábitos.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS

1. González A., Veintimilla V., Villarreal M. Nivel de satisfacción del uso de prótesis totales bimaxilares en adultos mayores del Hospital Dr. Humberto Molina de Zaruma entre abril del 2015 y enero del año 2016. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2019; 7 (2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796785>
2. Xavier M., Oliveira V. Aspectos psicológicos en pacientes desdentados. 2013. Disponible en: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/458>
3. Ozawa, J. Prostodoncia total. Universidad Nacional Autónoma de México. 1995. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=Kt5cawyUiswC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
4. Sá C., Hübner S., Reis S. Efeitos emocionais da perda dos dentes em adultos. *Revista da Faculdade de Odontología de Porto Alegre*. 2005; 46 (2). Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/2918/1/7591-57891-1-PB.pdf>
5. Bianchini N. Patrones alimentarios y estado nutricional durante el período de adaptación al uso de prótesis dentales en adultos mayores. Universidad Fasta de la Fraternidad de Agrupaciones Santo Tomas de Aqueno. 2014. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/3527>
6. Al-Sahan M., MacEntee M., Bryant S. A metatheory explaining how patients manage tooth loss. *Gerodontology*. 2020; 37 (3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293061/>
7. Horna V. “Pérdida dentaria asociada a calidad de vida en adultos mayores atendidos en centro de salud Bellavista, Trujillo. 2019”. Universidad Privada Antenor Orrego. 2020. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6018>
8. Rodríguez M., Arpajón Y., Herrera I. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000100007&script=sci_arttext
9. Rojas P., Mazzini M., Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Revista Dominio de las Ciencias*. 2017; 3 (2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325884>

10. Sanz F., Llanes M., Chibás L., Valdés V. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. *Geroinfo*. 2018; 13 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86531>
11. Vásquez Y. Nivel de autoestima relacionado con el edentulismo parcial y total de las personas adultas mayores de la organización de bienestar de salud del Sector II Distrito La Victoria-Chiclayo, periodo 2016. Universidad Alas Peruanas. 2017. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/5760>
12. Vizcaíno K., Armas A. Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. *Revista Estomatológica Herediana*. 2022; 32 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552022000400420&script=sci_arttext
13. Rajani D., Girish N., Shailendra Singh., Pradnya W. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013; 7 (9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3809683/>
14. Amaíz A., Flores M. Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. *Revista Odontología Vital* 2016; 1 (24). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odov/n24/1659-0775-odov-24-21.pdf>
15. Krahn N., García A., Gómez L., Astié F. Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis, Argentina. 2011; 12 (23). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417012.pdf>
16. Castiglia A., Justo M. Niveles de ansiedad dental y técnicas de afrontamiento en pacientes adultos de Buenos Aires. *Revista ConCiencia EPG*. 2023; 8 (2). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/717/7174317009/7174317009.pdf>
17. Rondón J., Angelucci L. El trastorno de depresión en la Venezuela del periodo 2013-2017: una visión psicosocial. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 2018; 21 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83169>
18. Jiménez G. La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. 2004. Disponible en:

<https://docta.ucm.es/entities/publication/d198b6f6-e14a-4704-8f17-bdd8487410fe>

19. Serrano C., Zamora K., Navarro M., Villarreal E. Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Medicina interna de México*. 2012; 28 (4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim124d.pdf>
20. Rojas G., Misrachi C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en Odontoestomatología*. 2004; 20 (5). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n5/original3.pdf>
21. Matsuyama Y., Jürges H., Dewey M.; Listl S. Causal effect of tooth loss on depression: evidence from a population-wide natural experiment in the USA. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8157508/pdf/S2045796021000287a.pdf>
22. Crofts N., Brough E., Wilson K., Beddis A., Girdler N., Anxiety and Quality of Life in Phobic Dental Patients. *Journal of Dental Research*. 2010; 89 (3). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034509360189>
23. Arrieta k., Díaz S., Verbel J. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2013; 6 (1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2013000100004%20&script=sci_arttext
24. Briceño Y, Calderón Z, Rodríguez X, Rojas I. Nivel de ansiedad en pacientes que acuden a consulta odontológica de cirugía y periodoncia en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR*. 2017; 5(1). Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/7970/7918>
25. Gonzalez M., Torres M., Giacomelli G., Fernando F., Britto M. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*. 2018; 22(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191327/>
26. Aldosari M., Helmi M., Kennedy E., Badamia R., Odani S., Agaku I., Vardavas C. Depression, periodontitis, caries and missing teeth in the USA, NHANES 2009–2014. *Family Medicine and Community Health*. 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7733179/pdf/fmch-2020-000583.pdf>

27. Kunrath I., Ribeiro A. Oral health and depressive symptoms among older adults: longitudinal study. *Aging & Mental Health*. 2020; 25 (12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33291966/>
28. Al-Zahrani M., Alhassani A., Melis M., Zawawi K. Depression is related to edentulism and lack of functional dentition: An analysis of NHANES data, 2005–2016. *J Public Health Dent*. 2021; 81 (3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33349927/>
29. Loredo M., Gallegos M., Xequé A., Palomé G., Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13 (3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1665-70632016000300159
30. Fuente J., Sumano Ó., Sifuentes M., Zelocatecatl A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Universitas Odontológica*. 2010; 29 (63). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>
31. Peña B., Terán M., Moreno F., Bazán M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2009; 14 (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>
32. Rubio D., Rivera L., Borges L., González F. “Calidad de vida en el adulto mayor”. *Varona*. 2015; (61). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
33. Juárez S. “Impacto de la ansiedad dental en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de adultos mayores, que viven en San Juan de Sigüas, 2022”. Universidad Católica de Santa María. 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/fa069d87-15e6-4f4b-941e-c0875786d33b>
34. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina Lima*. 2007; 68 (3). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>
35. Díaz S., Arrieta K., Ramos k. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2012; 5 (1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
36. Padilla M., Saucedo G., Ponce E., González A. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. *Revista CES Odontología*. 2017; 30 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-971X2017000200016&script=sci_arttext

37. Porto I., Díaz S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. *Acta Odontológica Colombiana*. 2017; 7 (2). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/66369>
38. Sánchez M., Román M., Dávila R., González A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011; 16 (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47319326010.pdf>
39. Simancas M., Díaz S., Barbosa P., Buendía M., Arévalo L. Propiedades psicométricas del índice de bienestar general-5 de la Organización Mundial de la Salud en pacientes parcialmente edéntulos. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2016; 64 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000400701
40. Batista A. Uso de prótese dentaria total por idosos: aspectos psicológicos. Universidade Católica de Goiás. 2005. Disponible en: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/2061/1/ANA%20CRISTINA%20BATISTA%20PESQUERO.pdf>
41. Belaúnde M., Salazar F., Castillo D., Manrique J., Orejuela F., Zavaleta C., López M. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Revista Estomatológica Herediana*. 2012; 22 (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539370002.pdf>
42. Vanegas E., Villavicencio E., Alvarado O., Ordóñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Revista Estomatológica Herediana*. 2016; 26 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400003
43. Ortiz J., Castro M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Contribución de Enfermería. Ciencia y Enfermería XV*. 2009; 15 (1). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100004&script=sci_arttext
44. De Stefano R. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia. *Medicina*. 2019; 55 (10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6843210/pdf/medicina-55-00678.pdf>
45. Berríos M., Rodríguez M. Satisfacción de los pacientes por el uso de prótesis dentales. Facultad de Odontología, ULA. Mérida, Venezuela.

- 2017-2018. Revista Odontológica de Los Andes. 2020; 15 (1). Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/16397>
46. Villafana C. Calidad de vida de los pacientes adulto mayores con prótesis dental. CIENCIAMATRIA. 2022; 8 (3). Disponible en: <https://www.cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/808/1313>
47. Cuevas A. Asociación entre la depresión y funcionalidad de prótesis totales en adultos mayores, que asisten a la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013. Disponible en: https://web.siiia.unam.mx/siia-publico/v/include/modulo_productos/tesis.php?id=851269
48. Abad A. Determinación de la percepción estética del diastema y de la exposición gingival en cirujanos dentistas, cirujanos dentistas en rehabilitación y legos. Universidad Privada San Juan Bautista. 2021. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3082?locale-attribute=es>
49. López V. Asociación entre el tiempo de uso de prótesis y variación de la dimensión vertical oclusal. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. 2013. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117443>
50. Castrejón R. Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto de Geriátria. 2010. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Rc-Castrejon-Perez/publication/256001282_Salud_Bucal_en_los_Adultos_Mayores_y_su_Impacto_en_la_Calidad_de_Vida/links/0deec52160dd3dd75d000000/Salud-Bucal-en-los-Adultos-Mayores-y-su-Impacto-en-la-Calidad-de-Vida.pdf
51. Murillo O. Envejecimiento bucodental. Anales en Gerontología. 2010; (6). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8871>
52. Regalado A., Freire D., García J., Chillo C. Periodoncia-trauma oclusal. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2022; 6 (2). Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1569>
53. Boada, A. Dietas nutricionales basadas en el estado bucal de adultos mayores mediante TICs. Revista Científica Caminos de Investigación. 2022; 3 (2). Disponible en: <https://caminosdeinvestigacion.tecnologicopichincha.edu.ec/ojs/index.php/ci/article/view/40>

54. Velva F. “Influencia del edentulismo en la producción de fonemas del habla”. Universidad Nacional de Chimborazo. 2020. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6676>
55. Paredes M., Uzcátegui A., Morales O., Coronado J., Díaz N. Efecto de la animación lúdica sobre los niveles de ansiedad en niños que acuden a la consulta odontológica. *Acta Bioclinica*. 2018; 8 (16). Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/11256>
56. Paredes V., Morales O., Coronado J., Díaz N. Efecto de la escucha de Música Barroca sobre la ansiedad de niños que acuden a la consulta Odontológica. *Ciencia Odontológica*. 2015; 12 (2). Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/cienciao/article/view/33803/35561>
57. Peñaranda P. Los aportes de la psicología a la odontología. Editor: Universidad Central de Venezuela, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, Vicerrectorado Académico. 2005.
58. Seizer L., Schubert C. On the Role of Psychoneuroimmunology in Oral Medicine. *International Dental Journal*. 2022; 72 (6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9676547/pdf/main.pdf>
59. Ader R. *Psychoneuroimmunology*. Sage Journals. 2001; 10 (3). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.00124>
60. Morgan N., Irwin M., Chung M., Wang C. The Effects of Mind-Body Therapies on the Immune System: Meta-Analysis. *PLoS One*. 2014; 9 (7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079606/pdf/pone.0100903.pdf>
61. Fors M., Quesada M., Peña D. La psiconeuroinmunología, una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. *Revista Cubana Investigación Biomed*. 1999; 18. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v18n1/ibi18199.pdf>
62. Pariante C. Psychoneuroimmunology or Immunopsychiatry? *The Lancet Psychiatry*. 2015; 2 (3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4580988/pdf/emss-65236.pdf>
63. Sánchez D., Robles M. Psiconeuroinmunología: hacia la transdisciplinariedad en la salud. *Educación Médica*. 2018; 19 (2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300846>
64. Ader R., Cohen N. *Psychoneuroimmunology: Conditioning and Stress*. *Annu Rev Psychol*. 1993; 44. Disponible en:

<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.ps.44.020193.000413>

65. Pérez B., González W., Ortiz C., Cuevas M., Gutiérrez I. Caracterización de la autoestima e higiene bucal en el adulto mayor, Santiago de Cuba 2017. *Revista Información Científica*. 2019; 98 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-99332019000500566&script=sci_arttext&tlng=en
66. Alomaliza C. “Autoestima y resiliencia en mujeres”. Universidad Técnica de Ambato. 2023. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/38587>
67. Panesso K., Arango M. La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psyconex*. 2017; 9 (14). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507>
68. Sierra J., Ortega V., Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*. 2003; 3 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
69. Zamora C. Percepción del estrés y la ansiedad en la pandemia por COVID-19 en dos poblaciones de México. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Miacatlán. 2023. Disponible en: <http://riiaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/4357>
70. Borrás X. Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. *Revista de Psicología de la salud*. 1992; 4 (2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v18n1/ibi18199.pdf>
71. Chacón E., Xatruch D., Fernández M., Murillo R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*. 2021; 35 (1). Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?q=ansiedad&hl=es&as_sdt=0,5
72. Cano A. Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Critica*. 2010; 60 (968). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/AntonioTabares/publication/274215325_Ima_mundi_la_contribucion_cultural_de_la_medicina_al_estres_urbano/links/5519060cf2f7d80a3e3843/Imago-mundi-la-contribucion-cultural-de-la-medicina-al-estresurbano.pdf#page=12
73. González M. Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *AULA, Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*. 2009; 5. Disponible en: <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0214-3402/article/view/3270>
74. Bueno K. Nivel de ansiedad antes y después de la atención dental en pacientes adultos de la clínica Odontológica ULADECH-católica, año 2023. Repositorio Institucional ULADECH Católica. 2024. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/36316>

75. Alcolea A., Alcolea J., Alcolea A., Palomino K. Odontofobia y su correlación con la salud bucal general y la enfermedad periodontal. *Multimed. Revista Médica. Granma.* 2021; 3 (25). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109489>
76. Caycedo C., Cortés O., Gama R., Rodríguez H., Colorado P. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma psicológica.* 2008; 15 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604011.pdf>
77. Guevara O. Relación entre el nivel de ansiedad y la atención odontológica en pacientes adultos en el Hospital Referencial de Ferreñafe de agosto a septiembre del 2021. *Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud.* 2021. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/5058/Tesis_Ansiedad_Atenci%3%b3n_Odontol%3%b3gica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
78. Deza F. Nivel de miedo y ansiedad frente al tratamiento odontológico en pacientes adultos del centro de salud José Olaya, Chiclayo 2018. *Universidad Señor de Sipán.* 2019. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7307/Francesca%20Luc%3%ada%20Deza%20Jim%3%a9nez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
79. Díaz I. Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST.* 2019; 16 (1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
80. Valdés., Castellano D., El-Ghannam Y., Delgado L. Caracterización de pacientes con miedo al estomatólogo. *Acta Odontológica Colombiana.* 2015; 5 (2). Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/61354?show=full>
81. Cázares., F. Nivel de ansiedad que se manifiesta ante un tratamiento odontológico. *Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Salud Pública y Nutrición. Facultad de Odontología. Facultad de Psicología.* 2012. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2706/>
82. Avilés S. Ansiedad dental en pacientes sometidos a procedimientos odontológicos. Una revisión bibliográfica. *Universidad Católica de Cuenca.* 2023. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/819b847b-62c1-4e86-98ba-22a66b5122aa>
83. Gómez O., Montes V. Análisis de los factores asociados a la odontofobia en los pacientes de la clínica integral VII. *Revista Digital La Pasión del*

- Saber. 2013; 3 (5). Disponible en: <https://lapasiondelsaber.ujap.edu.ve/index.php/lapasiondelsaber-ojs/article/view/210>
84. Ccoicca R. Miedo a la atención odontológica en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas-Andahuaylas 2017. Universidad Alas Peruanas. 2018. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/6597>
 85. Marcano A., Marín D., Machado M. Técnicas para el manejo de las manifestaciones del miedo a la consulta odontológica en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. ODOUS CIENTIFICA. 2007; 3 (1). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v8n1/8-1-1.pdf>
 86. Díaz E., Castaños A. Evaluación de los factores asociados al miedo y ansiedad al dentista e intervenciones para su reducción. Universidad de Sevilla. 2016. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/44343/Tesis%20Eugenia%20D%C3%ADaz%203%20abril%20.pdf>
 87. Mejía L., Sierra S. El miedo a la consulta en los adultos que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás. Revista UstaSalud. 2012; 11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8863650>
 88. Hmud R., Walsh L. Dental Anxiety: Causes, Complications And Management Approaches. Review of behavioural in dentistry. 2009; 9 (5). Disponible en: http://www.moderndentistrymedia.com/sept_oct2007/hmud.pdf
 89. Martí S. Escala de medición del miedo a la atención dental. Facultad de Odontología. UNCuyo. 2012; 6 (1). Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6046/martirfo-612012.pdf
 90. Ríos E., Herrera H., Rojas A. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. Avances en Odontoestomatología. 2014; 30 (1). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000100005#:~:text=Con%20respecto%20a%20los%20resultados,que%20la%20relajaci%C3%B3n%20\(45\).](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000100005#:~:text=Con%20respecto%20a%20los%20resultados,que%20la%20relajaci%C3%B3n%20(45).)
 91. Rojas G., Harwardt P., Sassenfeld A., Molina Y., Herrera A., Ríos M., Misrachi C. Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. Acta odontológica venezolana. 2011; 49 (4). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art-6/>
 92. Huayra C., Oviedo A. Nivel de ansiedad dental prequirúrgico en pacientes de un centro odontológico particular, Arequipa 2021. Universidad Cesar

- Vallejo. 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/74882>
93. Matos M. Nivel de ansiedad en adultos en relación al tratamiento odontológico, Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco-2018. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019. Disponible en: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/945/1/T026_44657344_M.pdf
94. Muñoz A. Nivel de ansiedad en pacientes adultos en un consultorio odontológico Lima 2020. Univesidad César Vallejo. 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75531/Mu%20c3%20b1oz_BAGSD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
95. Del Pozo J, Pavez C, Riquelme D, Quiroga J. Comparación en los niveles de ansiedad en pacientes previo a la realización de terapia endodóntica y periodontal. *Revista Clínica Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral.* 2015; 8(3). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v8n3/art05.pdf>
96. Rosende M., Olivera P., Meza E., Peláez A. Prevalencia de niveles de ansiedad en pacientes con síntomas y signos de disfunción temporomandibular. *Revista de la Facultad de Odontología.* 2020; 13 (2). Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4595>
97. Parada K., Guapizaca J., Bueno G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica Uisrael.* 2022; 9 (2). Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2631-27862022000200077&script=sci_arttext
98. Guevara F., Díaz A., Caro P. Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea.* 2020; 15 (26). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7629810>
99. Reyes G. Psicoterapia psicodramática: una forma de diagnóstico y tratamiento para la depresión. *Revista Brasileira de Psicodrama.* Disponible en: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v21n2/a05.pdf>
100. Hernández R., Fernández C., Baptista M. Metodología de la Investigación. 5ta Edición Mc GrawHill Educación. 2010.
101. Andrade N. Diagnóstico categorial versus dimensional. *Clínica y Salud.* 2003; 14 (2). Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/d395771085aab05244a4fb8fd91bf4ee>
102. García M., Bascarán M., Sáiz P., Bousoño M., Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de psiquiatría clínica. *Ars Médica-4ta Edición.* 2006

103. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
104. Ekizian M. La depresión será la primera causa de discapacidad en la próxima década. Académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM. Infobae (sitio web). 2019. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2019/09/27/la-depresion-y-la-tristeza-seran-la-primera-causa-de-discapacidad-en-la-proxima-decada/>
105. Maldonado M. “Factores relacionados a depresión resistente al tratamiento farmacológico en adultos mayores”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina. 2024. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16348/Factores_MaldonadoMelgar_Marisol.pdf?sequence=1&isAllowed=y
106. Arenas C., Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos de Psicología. 2009; 3 (1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003
107. Handajani Y., Schröder., Hogervorst E., Turana Y., Hengky A. Depression among older adults in indonesia: prevalence, role of chronic conditions and other associated factors. Clinical practice epidemiology in mental health. 2022. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10156049/>
108. López M., Diz P., Seoane J., Quintas V., Méndez F., Varela P. Actualización en medicina de familia: patología periodontal. Semergen. 2016. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-actualizacion-medicina-familia-patologia-periodontal-S1138359316000848>
109. Armijos C. Patologías frecuentes en pacientes geriátricos, gestantes y discapacitados que se presentan en la UAO del centro de salud Ambato N° 1 y su manejo en la atención odontológica. Universidad Regional Autónoma de Los Andes “UNIANDES”. 2020. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/12606/1/ACUAODO-NT032-2020.pdf>
110. Rodríguez M., Capetillo G., Torres E., Roesch L., Ochoa R., Mora A. Hábitos de higiene bucal en estudiantes universitarios. Conference Proceedings, Jornadas de Investigación en Odontología. 2021; 1 (1). Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/CPJIO/article/view/1417>

111. Pizarro D. “Calidad de vida en salud bucal y su relación con los hábitos de higiene bucal en adultos con discapacidad visual del centro de rehabilitación Cercia, Arequipa, 2021”. Universidad Católica de Santa María. 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/0df61026-b40e-4e28-b4c5-d985e772de63>

www.bdigital.ula.ve



APÉNDICE A

Universidad de Los Andes
Facultad de Odontología
Departamento de Odontología Restauradora

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____, edad _____ CI _____

acepto participar voluntariamente y de manera gratuita en esta investigación titulada:

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES EDÉNTULOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ULA, MÉRIDA-VENEZUELA. MAYO-AGOSTO 2024**

Autores: Soto Analy, Soto Yamaly

Tutora: Prof. Marlyn Berríos.

Cotutor: Prof. Jesús Alberto Coronado C.

He sido informado (a) de los objetivos planteados de la investigación: Evaluar la ansiedad y la depresión en los pacientes edéntulos atendidos en la Facultad de Odontología ULA, Mérida Venezuela, mayo-agosto 2024.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de éste estudio sin mi consentimiento.

Para que conste firmo este documento luego de haberme brindado las explicaciones oportunas a los _____ días del mes _____ de _____.

Firma y C.I del paciente.

APÉNDICE B



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES EDÉNTULOS. FOULA, MÉRIDA-VENEZUELA. MAYO-AGOSTO 2024

Analy Alejandra Soto Castillo, Yamaly Tibisay Soto Castillo, Marlyn Berríos, Jesús Alberto Coronado

PARTE I. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Número de HC:					
Nombre y Apellido:				Sexo: F M	
Edad: años		Ocupación:		Activo: Si No	
Nivel de Instrucción: Ninguno		Primaria	Bachiller	TSU	Universitario
Estado civil:		Número de hijos:		Teléfono:	
Consumo psicotrópicos:				Si No	
Antecedentes familiares de trastornos neurológicos psiquiátrico				Si No	

PARTE II. DATOS CLÍNICOS SELECCIONADOS (Condiciones generales del paciente)

Conocimiento que tiene sobre la salud general		Ninguno	Bajo	Medio	Alto
Refiere que sus dientes son importantes para la salud en general			Si		No
Recibió maltrato por algún personal médico u odontológico			Si	No	Otro
Razón por la cual perdió los dientes		Caries	Enf. Periodontal	Trauma	Iatrogenia
Cuenta con seguro médico u odontológico		Si		No	
Número de dientes ausentes		Totales	PPR		Fija
Acceso a la salud	Ninguno	Difícil	Fácil	Otro	
Nombre del servicio donde acude					
HC odontológica en la Facultad previa		Si	No	Año	
Fase actual de tratamiento CIA	Inicial	Pre protésica	Protésica	Mantenimiento	

PARTE III. DATOS CLÍNICOS SELECCIONADOS (Factores psicológicos y conductuales)

FOBIA				
Refiere miedo al tratamiento odontológico	Antecedente Sí___ No___	Actualmente Si Igual que antes___ Más que antes___	Actualmente a veces	Actualmente No
Asiste al odontólogo solo cuando hay dolor			Si No	
Postpone consultas	Si	No	A veces	Siempre Rara vez
Atención odontológica	Fácil de tratar	Difícil de tratar	Anécdota reciente	
Su experiencia odontológica la considera		Agradable	Desagradable	
Por qué				

ANSIEDAD								
Se siente nervioso en el odontólogo cuando		Se sienta en la silla		Extracción dental		Anestesia		Dolor
		Ruido de la turbina		Solo pensar en la cita		Esperar		Nunca
Tiene usted algunos de los siguientes hábitos	Morder las uñas	Morder o chuparse los labios	Consumir drogas alucinógenas	Abrir objetos con los dientes	Morder palillos, lápiz, lapicero	Presionar la lengua contra los dientes	Respirar por la boca	Fuma
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
ESTÉTICA								
Refiere satisfacción con la apariencia de sus dientes						Sí		No
Cree que las personas de su entorno observan sus dientes						Sí		No
Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca						Sí		No
Cuando sonríe se tapa los dientes						Sí		No
Se siente satisfecho con aceptar y usar prótesis dental						Sí		No
LABORAL								
Cree que su sonrisa influye en su trabajo					Sí		No	
Ha sentido dificultad para desempeñar algún cargo o tarea laboral debido a sus dientes							Sí	No
Su trabajo requiere exposición al público				Sí	No		Poca	Alta
NUTRICIÓN								
Cuál es su dieta normal:								
La mayoría de los alimentos que consume son carbohidratos						Sí		No
Considera que se alimenta				Bien	Mal	Poco	Mucho	Regular
Considera que se hidrata bien				Bien	Mal	Poco	Mucho	Regular
La consistencia de los alimentos que consume es en su mayoría es				Líquida	Puré	Sólida blanda	Sólida dura	Indiferente
Ha perdido usted peso sin hacer dieta durante los últimos meses						Sí		No
Sufre usted de indigestión o estreñimiento de manera frecuente						Sí		No
CUIDADO BUCAL								
Usa el cepillo dental diario				Sí		No	Veces por día	
Realiza el cepillado			Antes del desayuno			Después del desayuno		
Realiza el cepillado			< de 2 minutos		> de 2 minutos		No sabe	
Usa hilo de seda dental			Sí	No		Índice de O'Leary según la HC		%
Usa prótesis dental			Sí	No	Tiempo	Satisfacción	Sí	No
Sabe cómo hacer mantenimiento a la prótesis dental					Sí		No	
CUIDADOS PROFESIONALES								
Refiere satisfacción con el tratamiento odontológico recibido						Sí		No
Acude a mantenimiento protésico u odontológico						Sí		No
Los odontólogos han tenido paciencia con usted						Sí		No
Le gusta que la atención sea rápida						Sí		No
Le gusta que el odontólogo le explique los procedimientos a realizar según el tratamiento						Sí		No

PARTE IV. ANSIEDAD

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STATE-TRAIT ANXIETY, STAI)

ANSIEDAD – ESTADO	0.Nada	1.Algo	2.Bastante	3.Mucho
1. *Me siento calmado				
2. *Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. *Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. *Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. *Me siento confortable				
11. *Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15. *Estoy relajado				
16. *Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. *Me siento alegre				
20. *En este momento me siento bien				
ANSIEDAD – RASGO	0.Casi nunca	1.A veces	2. A menudo	3. Casi siempre
21. *Me siento bien				
22. *Me canso rápidamente				
23. *Siento ganas de llorar				
24. *Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. *Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. *Me siento descansado				
27. *Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. *Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. *Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. *Estoy satisfecho				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39. *Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

PARTE V. DEPRESIÓN

5.1 ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE (20-64 años)

A. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente B. Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando C. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente D. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo				
	A	B	C	D
1. Me siento triste y deprimido				
2. *Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches				
5. *Ahora tengo tanto apetito como antes				
6. *Todavía me siento atraído por el sexo opuesto				
7. Creo que estoy adelgazando				
8. Estoy estreñado				
9. Tengo palpitaciones				
10. Me canso por cualquier cosa				
11. *Mi cabeza esta tan despejada como antes				
12. *Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto				
14. *Tengo esperanza y confianza en el futuro				
15. Me siento más irritable que habitualmente				
16. *Encuentro fácil tomar decisiones				
17. *Me creo útil y necesario para la gente				
18. *Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera				
20. *Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradan				

5.2 Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) >65 años

	SI	NO
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?		
2. *¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?		
3. *¿Siente que su vida esta vacia?		
4. *¿Se siente usted frecuentemente aburrido?		
5. ¿Tiene usted mucha fe en el mundo?		
6. *¿Tiene pensamientos que le molestan?		
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?		
8. *¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?		
9. ¿Se siente usted feliz la mayor parte del tiempo?		
10. *¿Se siente usted a menudo impotente, desamparado, desvalido?		
11. *¿Se siente usted a menudo intranquilo?		
12. *¿Prefiere quedarse en su hogar en vez de salir?		
13. *¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?		
14. *¿Cree que tiene más problemas en su memoria que los demás?		
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?		
16. *¿Se siente usted a menudo triste?		
17. *¿Se siente usted inútil?		
18. *¿Se preocupa mucho sobre el pasado?		
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?		
20. *¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?		
21. ¿Se siente lleno de energía?		
22. *¿Se siente usted sin esperanza?		
23. *¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?		
24. *¿Se preocupa por cosas sin importancia?		
25. *¿Siente a menudo ganas de llorar?		
26. *¿Es difícil para usted concentrarse?		
27. ¿Disfruta al levantarse por las mañanas?		
28. *¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30. ¿Esta su mente tan clara como antes?		