

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

RELACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD CON LA ATRICIÓN DENTARIA
EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA
DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO
DE CIUDAD NUEVA - TACNA 2019

TESIS

Presentada por:

Bach. Elmer Jhon Gomez Calisaya

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional De Odontología

**RELACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD CON LA ATRICIÓN DENTARIA EN
ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E.
MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD
NUEVA – TACNA 2019**

TESIS

PRESENTADO POR:

Bach. Elmer Jhon Gomez Calisaya

Para optar el título profesional de:

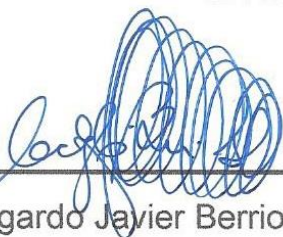
CIRUJANO DENTISTA

Aprobado por, *unanimidad* Ante el siguiente jurado:



Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila

Presidente



C.D. Edgardo Javier Berrios Quina

Jurado



Mtro. Noelia Yesica Martinez Cántaro

Jurado



C.D. Milton Saúl Flor Rodríguez

Asesor

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud y fortaleza para lograr mis objetivos, y por guiar mis pasos en el transcurso de mi carrera.

Con mucho amor y cariño a mi familia en especial a mis padres Mario e Irma, por su amor y comprensión, quienes fueron el apoyo incondicional y confiaron en mí, y que con sus palabras de aliento fueron mi apoyo en toda mi vida.

A Vanessa por llenar de alegría mi vida y darme ánimos para concluir este trabajo de investigación.

A todos mis maestros que formaron parte de mi educación, por compartir sus conocimientos y fomentar en mí éticas y valores.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi asesor, el C.D. Milton Saúl Flor Rodríguez por brindarme información bibliográfica importante para poder realizar la presente investigación de tesis.

Al profesor Víctor Manuel Ramos Copare, director de la I. E. Mariscal Cáceres por brindarme las instalaciones de dicha institución y facilitarme el ingreso a las aulas para la presente investigación de tesis.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Fundamentos y formulación del Problema.....	3
1.1.1. Descripción del problema.....	3
1.1.2. Formulación del Problema.....	6
1.2. Justificación.....	6
1.3. Objetivos.....	9
1.3.1. Objetivo General.....	9
1.3.2. Objetivos Específicos.....	9
1.4. Hipótesis.....	10

1.5. Operacionalización de variables.....	11
---	----

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	13
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	16
2.1.3. Antecedentes locales.....	20
2.2. Bases teórico-científicas.....	22
2.2.1. Ansiedad.....	22
2.2.2. Atrición dentaria.....	37
2.2.3. Generalidades sobre adolescencia.....	49
2.3. Definición de términos.....	51

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. El tipo de diseño de la investigación.....	53
---	----

3.1.1. Tipo de estudio.....	53
3.2. Ámbito de estudio.....	53
3.3. Población y muestra.....	54
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	55
3.5. Procedimiento de recolección de datos.....	56
3.6. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	59
3.6.1. Análisis de datos.....	60

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS.....	61
4.2. DISCUSIÓN.....	78
 CONCLUSIONES.....	 82
RECOMENDACIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01.....	62
TABLA N° 02.....	64
TABLA N° 03.....	66
TABLA N° 04.....	68
TABLA N° 05.....	70
TABLA N° 06.....	72
TABLA N° 07.....	74
TABLA N° 08.....	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01	63
GRÁFICO N° 02	65
GRÁFICO N° 03	67
GRÁFICO N° 04	69
GRÁFICO N° 05	71
GRÁFICO N° 06	73
GRÁFICO N° 07	75
GRÁFICO N° 08	77

RESUMEN

Objetivo: Relacionar el nivel de ansiedad con la atrición dentaria en alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva - Tacna 2019. **Metodología:** El estudio es descriptivo, prospectivo de corte transversal y relacional, tuvo como muestra 85 pacientes que fueron evaluados con el índice de desgaste de Hansson y Nilner modificado por el Dr. Carlos Matta 1989, y la ficha basada en el Test de IDARE. **Resultados:** Existen mayores niveles de ansiedad en el género femenino con una frecuencia de 59,5% de ansiedad alta. Existe mayor presencia de atrición en el género masculino con una frecuencia 67,4% del total de hombres. **Conclusión:** No existe relación significativa entre la ansiedad y la atrición dentaria considerando el sextante V como representante máximo, con un valor de $p = 0,779$; puesto que el valor de P es superior al 5% de significancia; $P\text{-valor} \leq \alpha$, se acepta H_0 (rechaza H_1).

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, atrición dentaria, índice de desgaste de Hansson y Nilner, Test de IDARE.

ABSTRACT

Objective: Relate the level of anxiety with dental attrition in adolescents of fourth and fifth year of secondary of the I.E. Mariscal Cáceres from the Ciudad Nueva district - Tacna 2019. **Methodology:** The study is descriptive, prospective, cross-sectional and relational, with a sample of 85 patients who were evaluated with the Hansson and Nilner attrition index modified by Dr. Carlos Matta 1989, and the card based on the IDARE Test.

Results: There are higher levels of anxiety in the female gender with a frequency of 59,5% of high anxiety. There is a greater presence of attrition in the masculine gender with a frequency of 67,4% of the total of men.

Conclusion: There is no significant relationship between anxiety and dental attrition considering the sextant V as the maximum representative, with a value of $p = 0,779$; since the value of P is greater than 5% of significance; $P\text{-value} \leq \alpha$, H_0 is accepted (rejects H_1).

KEY WORDS: Anxiety, dental attrition, Hansson and Nilner wear index, IDARE test.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por finalidad establecer la relación existente entre la ansiedad y atrición dentaria, así como determinar los niveles de ansiedad, buscando establecer el rol de la ansiedad como uno de los factores influyentes para el progreso y desarrollo de la atrición dentaria en los alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva. Fue importante estudiar los 2 últimos años ya que el alumno está expuesto a una sobrecarga académica, la falta de tiempo por la preparación pre Universitaria, sumado a ello que en la adolescencia es la época de mayor susceptibilidad para tener problemas de adaptación y trastornos emocionales. A esas dificultades se pueden sumar las presiones familiares y las expectativas puestas en ellos para que tengan un éxito académico. Sin embargo no todos los alumnos reaccionan de la misma forma frente a la ansiedad por eso la motivación de investigar el grado de ansiedad en los alumnos.

La pérdida de tejido dental es un proceso fisiológico que ocurre con el paso del tiempo. Sin embargo, debe considerarse patológico cuando el grado de la misma crea alteraciones funcionales, estéticas y sintomáticas. El

desgaste dentario es un término amplio que describe los procesos de atrición, abrasión y erosión.

La atrición dentaria es el desgaste de los tejidos duros de la corona dentaria mediante la acción del contacto entre diente y diente, sin que exista alimento o cualquier otra sustancia de por medio entre ambas superficies oclusales. Investigaciones anteriores han concluido en la causa del desgaste dental factores como el tiempo, género, cantidad de dientes, hábitos funcionales y parafuncionales, oclusión, dietas, fuerzas masticatorias, trastornos de conductas alimentarias, regurgitación y vómitos, ansiedad y estrés, así como condiciones ambientales relacionadas con el desgaste de los dientes. Estas investigaciones sugieren que el tema de desgaste dentario tiene un origen multifactorial.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y formulación del Problema

1.1.1. Descripción del problema

Actualmente las facetas de desgaste constituyen un problema emergente dentro de las enfermedades de los tejidos duros de los dientes; hay una alta prevalencia a lo largo de la vida, sus consideraciones etiológicas, clínicas, patológicas, de distribución, etc. En nuestro medio, no son muy bien determinadas. Cabe señalar que estas facetas conforme se incrementan y pasan de estructuras duras, como el esmalte, a estructuras blandas como la dentina, el daño pulpar resulta irreversible, la magnitud del daño que tiene que ver con la cantidad de dientes afectados y la cantidad de tejido perdido, encontrándose nuestra capacidad de diagnóstico precoz asociada directamente a nuestros tratamientos.¹

La atrición se inicia como pequeñas facetas pulimentadas en las superficies dentarias que hacen contacto durante la

masticación, más adelante, con la función, éstas facetas aumentan de tamaño y se disminuye la altura de la cúspide, cambiando la anatomía incisal y oclusal de las piezas dentarias. Las facetas de desgaste por atrición patológica se localizan en superficies oclusales, bordes incisales, caras palatinas de incisivos y caninos superiores. El perfil característico de un desgaste oclusal severo suele mostrar caras oclusales cóncavas, por desgaste de la dentina, con un área periférica de esmalte de mayor altura, que se podrá observar en molares inferiores. El resultado erosivo de algunas bebidas y alimentos sobre la estructura dental ha sido bien documentado, tanto en estudios in vitro como in vivo. Sin embargo, actualmente no existen estudios longitudinales que arrojen evidencia científica al respecto.²

Por otro lado la sociedad actual se encuentra inmersa en requerimientos cada vez mayores, lo que implica que tanto los adolescentes como los jóvenes deben estar preparados para afrontar una serie de nuevas situaciones, lo que genera en muchos casos estados de ansiedad y estrés al no sentirse preparados para afrontar a esta sociedad altamente

competitiva, llegando así a presentar problemas de inseguridad y desconfianza en sí mismos.³

La ansiedad, así como la depresión son trastornos que se dan con mucha frecuencia en la adolescencia, afectando del 17% al 28% de los adolescentes, éstas se asocian con el cambio de conducta generando desadaptaciones sociales, poco apoyo social, malas relaciones familiares, disminución en el rendimiento escolar, así como dificultad para resolver problemas, entre otras.

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2017 elaboró un informe sobre la salud de los adolescentes y jóvenes, en el cual se menciona la situación sobre los trastornos mentales tanto en áreas urbanas como rurales, encontrando una mayor incidencia del trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad generalizada (3% en promedio) y la fobia social (2,9%) mayormente en las áreas urbanas.⁴

Los estudiantes del nivel secundaria forman parte de esta población adolescente por cuanto no se encuentran exentos de estas situaciones, más aún, a ello se suma que están expuestos a una serie de cambios tanto biológicos como psicológicos propios de su edad; algunos de estos cambios aumentan o disminuyen el nivel de ansiedad que poseen en diferente medida, manifestándose esta ansiedad de diversas formas, tales como sudoración, palpitations, mareos, náuseas, intranquilidad, tartamudeo etc.

1.1.2. Formulación del Problema

¿Existe relación del nivel de ansiedad con la atrición dentaria en alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva – Tacna 2019?

1.2. Justificación

Actualmente podemos encontrar que las enfermedades bucales más prevalentes son la enfermedad periodontal y la caries. La ciencia se abocó a su prevención y disminuyó el porcentaje de las mismas, pero, así como a éstas se las ha podido controlar, está aumentando el porcentaje de lesiones cervicales no cariosas y el desgaste dental.

El desgaste dentario es la pérdida de la estructura de tejido de esmalte y dentina, no respondiendo a una etiología bacteriana. Las mismas se presentan en una variedad infinita de formas, con o sin sensibilidad, pudiendo llegar a comprometer la pulpa dental.⁵

La salud oral es un punto importante en el ámbito del bienestar de las personas, en nuestro país existen programas dirigidos para una buena alimentación, y prevención en salud oral. No obstante, todavía no tiene la suficiente importancia por la población, es por ello necesario desencadenar acciones educativas orientadas a la prevención.

En la actualidad muchos odontólogos no consideran significativa la presencia de la atrición en las estructuras dentarias, sino se enfocan en otras lesiones como la caries, haciéndose considerar que la presencia de atrición en adolescentes puede repercutir en la adultez de manera significativa en el sistema estomatognático.

Por otro lado, la adolescencia es la época de mayor susceptibilidad para tener problemas de adaptación y trastornos

emocionales por lo tanto ello conllevaría tener un grado de ansiedad y hábitos parafuncionales como el bruxismo.⁶

Los patrones disfuncionales como la disfunción temporomandibular en el sistema masticatorio, se citan a menudo como causa de la presencia de atrición. Estos patrones disfuncionales también se explican como el resultado del estrés psíquico siendo la etiología primaria de la disfunción y, por consiguiente, de la posible causa de las facetas de desgaste dentarias.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Relacionar el nivel de ansiedad con la atrición dentaria en alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva – Tacna 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de ansiedad según género en alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva – Tacna 2019
- Determinar el nivel de atrición dentaria según género en alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva – Tacna 2019

1.4. Hipótesis

Hipótesis afirmativa

Existe relación entre el nivel de ansiedad y atrición dentaria en alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva – Tacna 2019.

Hipótesis nula

No existe relación entre el nivel de ansiedad y atrición dentaria en alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva – Tacna 2019.

1.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
ANSIEDAD (Variable independiente)	Se entiende la ansiedad como un sentimiento desagradable, que se presenta como una sensación de aprensión o miedo indefinido que aparece ante una amenaza, que puede ser producido por diversos estímulos que pueden ser internos o externos, así el estado de ansiedad se manifiesta en respuestas tanto fisiológicas como afectivas.	Ficha técnica empleando el Test de IDARE	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad como rasgo <ul style="list-style-type: none"> a. Bajo (<30) b. Medio (30-44) c. Alto (>45) 	Ordinal
	La atrición es el desgaste de las Superficies oclusales, incisales y proximales de la dentición. (Barrancos, 2006)	Observación clínica empleando el índice de desgaste de Hansson y Nilner	<ul style="list-style-type: none"> •Grado 0: Ausencia de facetas de desgaste dentario (modificación hecha por el Dr Carlos Matta). •Grado 1: Faceta de desgaste dentario en esmalte •Grado 2: Faceta de desgaste dentario en esmalte e islotes de dentina hasta 1 mm 	

ATRICIÓN (Variable dependiente)		modificado por el Dr Carlos Matta	<ul style="list-style-type: none"> •Grado 3: Compromiso del 1/3 incisal o desgaste exagerado hacia lingual o bucal. •Grado 4: Facetas de desgaste que comprometen la cámara pulpar. 	Ordinal
GÉNERO			Masculino Femenino	Nominal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Cardentetey Garcia (Cuba-2014), “Atrición dentaria en la oclusión permanente”. El conocimiento de los factores que desencadenan o exacerban el desgaste dentario mecánico como resultado de la masticación o parafunción, sus consecuencias, así como el interés de detectarlos tempranamente, resulta de gran importancia. Objetivo: evaluar el comportamiento de la atrición dentaria y su relación con la presencia de desgaste cervical y las alteraciones de la guía de oclusión. Material y método: se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal en pacientes mayores de 19 años de edad con atrición dentaria que acudieron al Servicio de Estomatología pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "Raúl Sánchez", Municipio Pinar del Río, en el período comprendido de enero a febrero de 2013. Se

seleccionaron 60 pacientes mediante un muestreo no probabilístico por criterios; se les aplicó un examen clínico-bucal y se confeccionó la historia clínica individual. Los datos recolectados se analizaron mediante la prueba no paramétrica de Chi cuadrado. Resultados: se determinó que el desgaste de grado 2 fue el más característico, la mitad de los pacientes con grado de desgaste 2 presentaron la alteración de función en grupo. El grupo de edad más representativo de la muestra fue el de 31 a 40 años, predominando el sexo femenino. La mayoría de los pacientes con atrición en dientes posteriores poseían desgaste cervical, mientras que este no estuvo presente en dientes anteriores con atrición dentaria. Conclusiones: se demostró la existencia de atrición dentaria, así como la relación de esta patología con las alteraciones de la guía de oclusión y el grado de desgaste dentario.⁷

Maza Narváez (Ecuador-2016), “Atrición dentaria y su relación con el tipo de oclusión de los estudiantes de primero a quinto de básica de la unidad educativa saulo”.

En el desarrollo natural de la oclusión actúa una gran variedad de factores, una de las principales características a nivel dental

es la atrición dental fisiológica que se produce al poner en contacto los dientes durante la masticación, este estudio busco comprobar el nivel de atrición, con el tipo de oclusión y la edad en los estudiantes de primero a quinto de básica de la unidad educativa Saulo, se realizó una investigación transversal, descriptiva, observacional en 63 estudiantes de 5 a 10 año según la escala observacional de Richard Braws, los resultados obtenidos demostraron que la atrición dental se hace más evidente conforme la edad aumenta con un p de 0,005 y está atrición fue más frecuente en la oclusión tipo I con un p de 0,005, pudiendo concluir que la atrición dental aumenta en relación directa con la edad del participante y que la atrición se presentó con más frecuencia en la relación oclusal tipo I.⁸

Castillo Cárdenas - Ramón Malla (Ecuador 2017),
“prevalencia de desgaste dental en estudiantes de la facultad de odontología de la universidad de cuenca”. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia, grado y tipo de desgaste dental en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, donde la

muestra estuvo constituida por 151 estudiantes, en los que se realizó un examen clínico odontológico y un cuestionario para evaluar los siguientes factores: desgaste dental, grado de desgaste dental, tipo de desgaste dental (abrasión, atrición, erosión, abfracción). Resultados: Los resultados demostraron una prevalencia de desgaste dental del 77,5% que corresponde a 117 estudiantes, con respecto a la edad, el grupo de mayor relevancia fue el de 18 a 21 años, quienes presentaron un 35,8%, se encontró un mayor predominio de desgaste dental en el sexo femenino con el 47,0% y finalmente la atrición fue el tipo de desgaste dental más frecuente con un 60,3% que representa a 91 estudiantes.⁹

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Latorre López (Perú 2011), “Prevalencia de lesiones dentarias no cariosas en la comunidad de Santa Rosa anexo 22 de Jicamarca- San Juan de Lurigancho en el año 2009”. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de lesiones dentarias no cariosas según sus patrones clínicos como la abrasión, atrición y erosión en

individuos adultos que fueron evaluados el 18 de octubre del año 2009 en la comunidad de Santa Rosa anexo 22 de Jicamarca- Distrito San Juan de Lurigancho, y su frecuencia y distribución según edad, sexo y raza. Se recolectó una muestra de 290 individuos que fueron examinados clínicamente por un equipo de alumnos investigadores debidamente supervisados, se encontró prevalencia de lesiones dentarias no cariosas en un 40.7% de la población, con mayor incidencia en los patrones clínicos como la atrición y la abrasión con 27,6% y 15,5% respectivamente y la erosión con 3,45%. En la variable según el sexo se encontró mayor predominancia del sexo femenino con el 21% y según la raza se encontró mayor predominancia de la raza mestiza con un 39%, el grupo etario de 33-39 años presentó la mayor cantidad de individuos con lesiones no cariosas con un 12%.¹⁰

Cava Vergiu (Perú 2012), “Prevalencia de facetas de desgaste”. Objetivo: Determinar la prevalencia de facetas de desgaste. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en los pacientes usuarios de la Clínica Especializada de la Universidad San Martín de Porres, durante

los meses de abril a junio del 2012. La muestra estuvo constituida por 245 pacientes, en los que se realizó un examen odontológico y un cuestionario para evaluar los siguientes factores: edad del paciente, género, ocupación, cantidad de piezas dentarias con facetas de desgaste, factores predisponentes a la aparición de facetas de desgaste. Resultados. Los valores obtenidos muestran que el 77.55% de los pacientes presentaron facetas de desgaste, sin diferencia entre el sexo masculino y femenino. El grupo de edad más afectada estuvo constituido por pacientes entre 18-33 años (34.74%) seguido por el grupo de 34-49 años (31.05%). La pieza dental más afectada fueron los Incisivos (43.26%), seguido de los caninos (28.11%), los cuales presentaron también mayor sensibilidad táctil y al chorro de aire. El cepillado vigoroso el único factor predisponente en el que se encontró significancia.¹¹

Rendón Alvarado (Perú 2013), “Prevalencia de facetas de desgaste dentario asociado a personalidad en estudiantes universitarios peruanos”. Objetivo: Determinar la asociación entre la presencia de facetas de desgaste dentarias y

características de personalidad basada en el modelo teórico de Theodore Millon en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres-Filial Norte (FO USMP-FN). Material y métodos: Se eligió a 73 estudiantes de la FO-USMP-FN para realizarles un estudio odontológico especializado, se determinó la presencia o ausencia de facetas de desgaste y, si las tuvieran, se determinó el tipo de desgaste dentario. Luego, se les aplicó un inventario psicológico denominado “Inventario Millon de Estilos de Personalidad” (MIPS) para determinar cuáles eran las características de la personalidad de los estudiantes. Obtenidos los datos, se clasificaron en dos grupos: grupo facetas de desgaste fisiológicas y grupo facetas de desgaste patológicas; los datos del inventario MIPS de los estudiantes que componen los grupos sirvieron para determinar las medias y desviaciones estándar de la totalidad de datos como grupo; se aplicó la prueba estadística T de Student y se determinó las escalas del inventario MIPS en las que difieren estos grupos, estableciendo si las características de dichas escalas podrían desencadenar la presencia de facetas de desgaste dentarias mediante pruebas estadísticas de asociación. Resultados: Se

encontraron tres escalas del inventario MIPS asociadas con la presencia de facetas de desgaste dentarias, se identificaron las escalas Individualismo y Sometimiento para el grupo fisiológico y Apertura, Protección y Afectividad para el grupo patológico. Conclusiones: Existe asociación entre la presencia de facetas de desgaste dentario y la personalidad de los estudiantes de la FO-USMP-FN.¹²

2.1.3. Antecedentes Locales

Quispe Calisaya (Perú 2014), “relación entre niveles de ansiedad y trastornos temporomandibulares en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna 2013”. El presente trabajo tuvo como objetivo: Determinar la relación entre Niveles de Ansiedad y Trastornos Temporomandibulares, en estudiantes de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2013. Metodología: Estudio de campo, descriptivo y relacional. Se examinaron 115 estudiantes, evaluados con el Índice de Helkimo (para determinar el grado de TTM) y el Test

de IDARE (Índice de Ansiedad Rasgo Estado). Resultados: La prevalencia de TTM fue 98,26%. Los estudiantes con mayor nivel de ansiedad fueron del 3er y 4to año, habiendo predilección en el sexo femenino. Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado determinando asociación significativa entre niveles de Ansiedad-Rasgo y TTM ($p=0,003$), no así entre niveles de Ansiedad-Estado y TTM ($p=0,14$). Conclusión: A elevados niveles de Ansiedad-Rasgo mayor es la frecuencia y severidad de TTM.¹³

2.2 Bases Teórico-científicas

2.2.1 Ansiedad

Se entiende la ansiedad como un sentimiento no agradable, que se presenta como una sensación de aprensión o temor indefinido que aparece ante una amenaza, que puede ser producido por diversos factores que pueden ser internos o externos, así el estado de ansiedad se manifiesta en respuestas tanto fisiológicas como afectivas.

Todas las personas sienten un grado de ansiedad, siendo ésta una respuesta adaptativa como emoción complicada y no placentera que se manifiesta mediante una tensión emocional.

La mayor parte de las personas han experimentado ansiedad en algún momento. Se la considera como un miedo crónico que se mantiene en ausencia de una amenaza directa, ésta es adaptativa si incentiva conductas de afrontamiento efectivas.¹⁴

Mardomingo (1994), indicó que la ansiedad se muestra de manera física debido a la presencia de situaciones considerados por el

individuo como peligrosas, produciendo en el individuo respiración agitada.

Mientras que Gómez, Hernández (2008), mencionaron que es posible analizar la ansiedad de muchas formas posibles, pero concuerdan en la idea de considerarlas como manifestaciones psicofisiológicas, en respuesta a una amenaza.

Goldman (1992), menciona la ansiedad como un estado emocional no agradable, cuyos orígenes son difíciles de identificar. Acompañado frecuentemente de síntomas fisiológicos que pueden llevar a la fatiga o a un agotamiento. El nivel de la ansiedad tiene muchas gradaciones, iniciando de escrúpulos menores hacia temblores visibles y a un pánico completo, la forma más extrema de ansiedad.¹⁵

Navas (1989), menciona a la ansiedad como un estado emocional, es decir, que es un compuesto o mezcla de emociones, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas. En el aspecto subjetivo, la ansiedad es un sentimiento cualitativamente diferente de cualquiera

de otros estados emocionales tales como depresión, coraje o tristeza.¹⁶

La ansiedad presenta manifestaciones que consisten en una respuesta fisiológica, cognitiva, vivencial y conductual, caracterizada por un estado de alerta y activación. Por lo tanto la ansiedad es definida como una respuesta emocional que a su vez se divide en tres tipos de respuestas, las cuales contienen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a manifestaciones de estímulos tanto internos como externos al propio individuo.

La ansiedad ha sido entendida de diferentes maneras según desde qué ámbito se estudiara:

- Reacción emocional: ansiedad como emoción
- Rasgo de personalidad
- Respuesta o patrón de respuesta
- Estado de personalidad
- Síntoma
- Síndrome

En varias ocasiones se han mencionado diferentes términos a lo que sería la ansiedad.¹⁷

2.2.1.1 Características de la respuesta de ansiedad

La manifestación de ansiedad, desde un punto de vista conductual, se caracteriza por ser una reacción involuntaria, excesiva, irracional, persistente, no adaptativa y dependiente del contexto de cada persona. Actualmente se abandonó paulatinamente la idea de que la ansiedad es un fenómeno único, para adoptar otra postura que menciona que la respuesta de ansiedad está constituida por tres sistemas: conductual, fisiológico y cognitivo, que se provoca por variables determinadas, antecedentes que bien pueden ser respuestas de la persona que actúan como estímulos.¹⁸

Por lo tanto, se produce un planteamiento en términos de análisis funcional que delimita con claridad cómo se lleva a cabo la respuesta de ansiedad, qué características tiene tal respuesta y cuáles son las manifestaciones de la misma sobre la vida del individuo.

Con respecto al sistema psicofisiológico se constata un fenómeno de hiperactividad vegetativa que se traduce en un aumento de la actuación del simpático que lleva una serie de consecuencias a nivel fisiológico. Tales manifestaciones son, según el DSM-III-R (APA, 1987), las siguientes: dificultad para respirar o sensación de ahogo; palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado; sudoración o manos frías y húmedas; sequedad de boca; mareos o sensaciones de inestabilidad; náuseas, diarreas u otros trastornos abdominales; sofocos o escalofríos; micción frecuente; dificultades para tragar o sensación de tener un nudo en la garganta. De entre todas estas manifestaciones han encontrado correlaciones positivas entre la actividad electrodermal, la tasa cardíaca y el volumen sanguíneo que junto con los trastornos digestivos, son los elementos más comunes, desde un punto de vista fisiológico, en la ansiedad.

2.2.1.2 Trastornos de la ansiedad

Escamilla (2011), manifiesta que los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes dentro de los trastornos psiquiátricos. Afirmando que en un reciente estudio epidemiológico estadounidense informó la prevalencia de vida en los trastornos de

ansiedad del 28,8%. Estudios en Europa mostraron resultados parecidos, una prevalencia media anual de los trastornos de ansiedad del 12% y una prevalencia de vida del 21,1%. También hace una diferencia entre ansiedad normal y patológica.¹⁹

La ansiedad normal es una respuesta emocional adecuada, de estrés y estado de hiperalerta, ante un momento estresante. Esta ansiedad puede estar en asociación a experiencias de descubrimiento, cambios o novedades, muchas de ellas propias de cada una de las etapas del desarrollo.

Por ejemplo, los infantes en su primer día de colegio, los jóvenes en sus primeras citas, las personas adultas en sus primeras entrevistas de trabajo o al inicio de su carrera profesional, etc., o bien las individuos que se enfrentan a una enfermedad.

La ansiedad patológica inicialmente puede ser una respuesta apropiada, como la normal, pero que por su permanencia en el tiempo o por su grado se sigue de un deterioro físico significativo y de una resta progresiva en su efectividad y rendimiento en su actividad diaria.

2.2.1.3 Clasificación de los trastornos de la ansiedad

Escamilla (2011), menciona que en la actualidad la DSM IV-TR10 y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) distinguen los trastornos de ansiedad según se describe a continuación:

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de pánico sin agorafobia
- Trastorno de pánico con agorafobia
- Agorafobia sin trastorno de pánico
- Fobia social
- Fobia específica
- Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se presenta como un estado de preocupación constante ante cualquier problema. Va acompañado de síntomas como fatiga, dolores musculares, temblores, tics nerviosos, dolores de cabeza, problemas para dormir, ahogos, urgencia por ir al baño, náuseas, mareos, acaloramientos, entre otros.

Según los especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH de acuerdo a sus siglas en inglés) ubicado en Estados Unidos (2009), el trastorno de pánico es considerado como una patología cuyo tratamiento puede ser eficaz. Entre los síntomas que manifiesta están los ataques intempestivos de pánico. Puede producir cambios bruscos de temperatura, cosquilleo o adormecimiento de las extremidades superiores; así como náuseas, asfixia o presión en el pecho. Estos ataques originan en la persona ideas fatalistas y temor por no poder manejar las situaciones.

Los ataques de pánico se dan de manera esporádica, algunas personas, inclusive lo padecen de una a dos veces en su vida, lo cual no implica que llegue a desarrollar el trastorno de pánico, el cual suele confundirse con un ataque al corazón, produciendo miedo en el sujeto por la posible repetición del ataque.

La fobia social, se manifiesta como el temor a estar frente a las personas y sentirse observada, por cuanto surge un estado de vergüenza y el temor a equivocarse, esto repercute inclusive en el ámbito laboral de la persona.

Los especialistas del Nihh (2009), señalaron que la fobia específica es un miedo desmedido e ilógico hacia algo que no se considera peligroso. Entre estas fobias específicas, se tiene: la aracnofobia, la acrofobia, la agorafobia, la claustrofobia, etc.; estas situaciones de miedo causan estados de ansiedad intensa.

Las personas con trastorno obsesivo – compulsivo (TOC), según los especialistas del Nihh (2009) se identifican por obsesionarse con ciertas ideas generando rituales compulsivos como un mecanismo de control de este trastorno, los cuales pueden llegar a controlar las acciones de estas personas.

2.2.1.4 manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad

Se pueden definir en tres niveles: físicos, cognoscitivos y psicológicos.

SÍNTOMAS FÍSICOS:

La liberación de catecolaminas, el aumento del cortisol y la alteración asociada del sistema inmune son un hallazgo constante en los TA. Estos cambios producen no solo la existencia de síntomas físicos de

presentación aguda sino también de problemas y enfermedades a medio y largo plazo como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, alteraciones autoinmunes e infecciones, alteraciones gastrointestinales entre otros, cuando la ansiedad se mantiene en el tiempo.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS:

La ansiedad produce un estado de activación e hiperalerta. La conciencia de las sensaciones fisiológicas (palpitaciones, taquicardia, etc.) puede aumentar la ansiedad y el miedo. Además, en algunos casos, la conciencia de estar nervioso o asustado ante un público puede incrementar también los síntomas de ansiedad.

SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS:

La ansiedad afecta al pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción, no solo respecto al tiempo y al espacio, sino también respecto a las personas y al significado de los sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, al disminuir la capacidad de relacionar un tema con otro, de hacer asociaciones.¹⁹

2.2.1.5 teorías de ansiedad rasgo – estado

Mencionándolo como un rasgo de personalidad, tendencia individual a reaccionar ansiosamente; o como un estado (estado emocional transitorio fluctuante en el tiempo). Se manifiesta por su preocupación psicométrica, basándose generalmente en las técnicas de análisis factorial.

Ansiedad de rasgo: tendencia temperamental que tiene una persona al reaccionar de una forma ansiosa, independientemente en la situación en que se encuentre.

Ansiedad de estado: el rasgo consistiría en la persistencia, a través del tiempo de este estado, convirtiéndola en un factor más de la personalidad del sujeto. El estado emocional transitorio fluctúa en el tiempo. En la ansiedad como estado se dan cambios fisiológicos: alta presión sistólica, aumento del ritmo cardíaco, y respiratorio, descenso del PH de la saliva.

2.2.1.6 Dimensión de la variable ansiedad

La ansiedad posee tres dimensiones:

- Subjetiva o cognitiva
- Somática
- Comportamental o conductual.

Zung (1971) en la elaboración de su instrumento de autoevaluación de la ansiedad, considera las dimensiones subjetiva y somática, las cuales se refieren a la forma en que se manifiesta la ansiedad.

Dimensión 1: subjetiva

La dimensión subjetiva se define al modo de procesar la información y afecta a la percepción, la memoria, el pensamiento y la forma de utilizar los instrumentos de la inteligencia.

Entre sus indicadores encontramos: Intranquilidad, miedo, aprensión, estado de alarma ante lo que considera una amenaza, pensamientos negativos, entre otros.

Dimensión 2: somática

Son manifestaciones somáticas y se deben a una activación del sistema nervioso autónomo.

Se manifiesta a través de temblor en las extremidades, malestar corporal, cansancio o agotamiento, intranquilidad, latidos acelerados, vértigos, desvanecimientos, dificultad para respirar, cosquilleos, ascos y vómitos, frecuencia urinaria, sudoración, acaloramiento, problemas para dormir, entre otros.

2.2.1.7 Relación entre el estrés y la ansiedad

Actualmente casi todo cuanto nos rodea produce grandes dosis de tensión, que generan en la persona un estado de inquietud y malestar, que en muchos casos se manifiesta en graves dolencias físicas. Por ende puede haber cierta confusión entre los conceptos de estrés y ansiedad.

El estrés se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe la persona, a las que debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento.

El estrés suele tener como característica la ansiedad, en cuya situación se trata de una respuesta emocional generada por un agente desencadenante interno o externo. La ansiedad, aparte de

ser una respuesta emocional al estrés, suele ser una reacción emocional de alerta a una amenaza que puede producirse sin agentes estresantes. En el trastorno de la ansiedad, la sintomatología ansiosa no depende de la participación de agentes estresantes, si bien quienes la presentan son más vulnerables a las situaciones de estrés. El estrés provoca ansiedad pero la persona que presenta ansiedad no necesariamente padece de estrés.⁸

2.2.1.8 Ansiedad y patología

Aunque nos incentiva a actuar y nos ayuda a enfrentarnos a las situaciones amenazadoras, la ansiedad puede llegar a ser una patológica si es desproporcional, asociada a preocupaciones excesivas. La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento de la persona, de tal manera que deja de ser una respuesta defensiva para convertirse en una amenaza que la persona no puede controlar.

La ansiedad patológica es una respuesta desproporcional a un estímulo determinado. Como resultado de ello, la persona se ve

incapaz de enfrentarse a situaciones, lo que trastorna su vida cotidiana.¹⁷

2.2.1.9 test de IDARE

Rasgo - Estado

Es un test psicológico que mide dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento), y Rasgo (cómo se siente generalmente).

El test de IDARE, ha sido usado como un Gold Standart para evaluar características de Ansiedad en correlación con diferentes factores debido a sus valores psicométricos de especificidad conceptual y consistencia interna.⁹

Características:

- La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente.

- La escala A-Estado, también consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los individuos indiquen cómo se sienten en un momento dado.
- La escala A-Rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes y profesional propensos a la ansiedad, y para evaluar el grado hasta el que los estudiantes que solicitan los servicios de asesoría psicológica o de orientación.
- La escala A-Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes de distinta naturaleza cotidiana.²⁰

2.2.2 Atrición dentaria

El desgaste del diente se define como la pérdida gradual de la sustancia durante la masticación debido a la fricción de una superficie dentaria con otra. En la literatura se pueden identificar dos términos para referirnos al desgaste: la abrasión y la atrición.

El primer término describe la acción del contacto que se da entre el diente y las sustancias que se introducen a la boca; la atrición define a la acción del contacto entre diente y diente sin que exista alimento

o cualquier otra sustancia de por medio entre ambas superficies oclusales.³⁰

El desgaste de la superficie oclusal de los dientes deja un patrón y forma que se pueden ver macroscópicamente; ambos elementos (patrón y forma) están relacionados con el tipo de alimentación y el modo de utilizar los dientes en diversas actividades.²²

La atrición dental es el desgaste fisiológico, que se produce en los dientes de forma natural y muchas veces se ve aumentada con la edad del paciente, ocurre en superficies oclusales e incisales, las que entran constantemente en contacto durante la masticación.²³

Para Rodríguez (2009), la atrición dental es una consecuencia lógica de someter a la dentición a fuertes demandas para masticar los alimentos, la prevalencia de la atrición dentaria está asociada con la edad de la persona.²⁴

La atrición siendo el resultado normal de la función masticatoria se presenta en cierto grado en todo individuo, sin embargo, tiende a aumentar cuando la dieta contiene sustancias abrasivas, el bruxismo

puede agravar. Esto es también mayor cuando existe daño de la estructura, del esmalte y la dentina.

El grado de atrición que presenta un individuo depende de la fuerza de oclusión, es decir, del grado de desarrollo de los músculos masticadores. El fenómeno comienza como pequeñas facetas pulimentadas en las superficies dentarias que hacen contacto durante el acto masticatorio, más adelante, con la función estas facetas incrementan de tamaño y se reduce la altura de la cúspide, borrándose al mismo tiempo la anatomía incisal y oclusal de las piezas dentarias. Los cambios morfológicos están genéticamente determinados en forma parcial y regulada por diversos factores ambientales. Estas variaciones tardías están íntimamente relacionadas con la función. Para cada función se requiere una configuración anatómica y un espacio que permita el desarrollo.

Rodríguez, (2009) manifestó que desde el punto de vista forense las poblaciones actuales presentan atrición dentaria por sus costumbres alimenticias y por alteraciones que puedan presentar como el bruxismo.²⁴

Según Cava, Robello, & Olivares, (2012) indicaron que desde el punto de vista metodológico en bioarqueología la atrición dental constituye un factor básico ya que los patrones de desgaste dental están determinados por interacciones complejas entre los dientes y la fuerza empleada por los músculos masticatorios durante el acto masticatorio.²³

Según Díaz, Estrada, & González (2011), La atrición dental es un desgaste fisiológico de los bordes incisales y facetas oclusales producido por el acto masticatorio y puede tornarse en un proceso patológico cuando hay la existencia de bruxismo.²⁵

Como primera manifestación clínica de la atrición fisiológica dental es la aparición de una pequeña faceta pulida en la punta de una cúspide o un leve aplanamiento a nivel incisal, en el caso de atrición avanzada o patológica suele presentarse en individuos con bruxismo, así como también puede observarse una gran destrucción dentaria y exposición pulpar.

Rodríguez, (2009) indicó que la atrición dental es una consecuencia de someter a la dentición a gran cantidad de fuerzas masticatorias,

además consideró que la prevalencia de la atrición dentaria está asociada a la edad de la persona.²⁴

La atrición dental progresa paulatinamente con la edad de la persona y por el uso vigoroso y continuo de la masticación, presentando bordes incisales y cúspides desgastadas, en muchos de los casos hay exposición pulpar, y hasta reducción de la corona a nivel de la encía, típicamente el desgaste aumenta más en las cúspides bucales de molares inferiores y en las cúspides palatinas de molares superiores.¹¹

Los desgastes dentales por atrición patológica se localizan en superficies oclusales, bordes incisales, caras palatinas de incisivos y caninos superiores. La imagen característica de un desgaste oclusal severo suele mostrar caras oclusales cóncavas, por desgaste de la dentina, con una zona periférica de esmalte de mayor altura, que se podrá observar en molares inferiores.

Cárdenas & Sánchez, (2007) mencionan que es de suma importancia conocer perfectamente las características anatómicas, morfológicas y funcionales de las piezas dentales, para así

reconocer las alteraciones que pueden presentar y de esta manera poder adoptar medidas como su respectiva prevención y tratamiento.

2.2.2.1 Clasificación de la atrición

De acuerdo a la escala de Richard-Brows

1. No hay desgaste.
2. Ligero desgaste a nivel de esmalte.
3. Desgaste en zona extensa del esmalte con ligera toma de dentina.
4. Desgaste avanzado a nivel de dentina.
5. Desgaste muy avanzado próximo o con exposición pulpar.

2.2.2.2 Factores que influyen en la atrición dentaria

Ordóñez Calderón & Trujillo, (2011) manifestaron que la edad se considera como un factor que establece relación con el grado de atrición dentaria, la atrición dentaria, se va aumentando con el pasar

del tiempo de la persona ya que el desgaste es proporcional al tiempo de la exposición del diente.

Machado & Hernández, (1997) manifestaron que de acuerdo al Sexo varía el grado de atrición dental la cual parece ser mayor en los hombres que las mujeres, aunque las diferencias no son tan excesivas y notorias podría atribuirse al mayor potencial muscular en el sexo masculino.

Bordoni, Escobar, & Castillo (2010) indicaron que las Condiciones oclusales de la pérdida temprana de una estructura dentaria altera la oclusión y puede atribuir en un mayor porcentaje al desgaste dentario, de igual manera aquellas personas que presentan tendencia a una mandíbula más horizontal.

2.2.2.2.1 Masticación

La masticación es la principal función del sistema estomatológico que consiste en triturar los alimentos para su posterior deglución, un niño es capaz de la masticación cuando

surgen los primeros molares deciduos aproximadamente en los primeros 14 meses de vida.

Vázquez Gómez, (2008) manifestó que la masticación es una conducta motora rítmica e intermitente, los órganos dentales y su relación en oclusión son el proceso fundamental para llevar a cabo la masticación.

Zamora (2010), indica que la masticación ideal es bilateral, por lo tanto al presentarse de forma unilateral se estimula únicamente la estructura del lado de trabajo impidiendo de esta manera que exista una atrición fisiológico en los grupos dentales.

Gardentey, Carmona, & González, (2014) Indicaron que la masticación causa interferencias oclusales, recalando que el desempeño masticatorio se irá mejorando con los años.

Es importante aclarar la influencia de la edad con la masticación, con el propósito de establecer recomendaciones adecuadas para las necesidades alimentarias y la aceptación de la comida para así tener un mejor estilo de vida.

En la fase de trituración de la masticación el desgaste aumenta más en las cúspides palatinas de molares superiores y en las cúspides bucales de molares inferiores.

Ciclo masticatorio

Consta de tres fases:

1. Fase de Apertura: Descenso de la mandíbula, por contracción isotónica de los músculos depresores mandibulares.
2. Fase de Cierre: Ascenso de la mandíbula, por contracción isotónica de los músculos elevadores mandibulares.
3. Fase Oclusal: Contacto e intercuspidación de los órganos dentarios fisiológicamente en oclusión céntrica, generando fuerzas interoclusales debido al contacto isométrico de los músculos elevadores de la mandíbula.

2.2.2.2 Bruxismo

Proveniente del francés la bruxomanie, utilizado por primera vez por Marie Pietkiewicz (1907), acreditando a Frohman (1931) el manejo de este término para identificar un problema dentario ocasionado por el movimiento mandibular atípico.

Comúnmente encontramos diversos conceptos relacionado al acto de rechinar y apretar las piezas dentarias; como es el caso de bruxismo, bruxismo en excéntrica, bruxismo en céntrica, bruxismo diurno, bruxismo nocturno, parafuncion, apretamiento dentario, rechinamiento dentario, parasomnia, etc.

Carlsson y Magnusson (1999), mencionan a la parafunción como una actividad sistemática que no tiene propósitos de funcionalidad y apretamiento-rechinamiento como la actividad de apretar y frotar los dientes, conociéndose ambos como bruxismo. En un inicio el bruxismo desgasta el esmalte, el desgaste es más frecuente en piezas dentales anteriores en la dentición natural, lo opuesto a lo hallado en personas portadoras de prótesis totales donde el desgaste es en el sector posterior.

Como concepto de bruxismo podemos decir: trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares con presencia o ausencia de sonidos articulares, manifestado entre otras cosas por el apriete y rechinar de las piezas dentarias durante el día o la noche.

Se han propuesto muchos factores etiológicos como el estrés y los trastornos oclusales pero la fisiopatología exacta aún se desconoce. Varias teorías etiológicas se han manifestado para explicar la aparición del bruxismo, la mayor parte sugiere que se debe a diversos factores involucrados.

Entre éstos, se pueden mencionar:

- Factores morfológicos.
- Factores patofisiológicos.
- Factores psicológicos.

De la misma forma el bruxismo lo podemos clasificar en dos tipos:

- Céntrico:

Apretadores, preferentemente diurno, zonas de desgaste limitadas a cara oclusal, menos desgaste dentario y mayor afectación muscular.

- Excéntrico

Frotadores nocturnos, donde las zonas de desgaste sobrepasan la cara oclusal.

Podemos dar un diagnóstico por la observación de sus síntomas característicos, siendo el más llamativo el desgaste de las cúspides de los molares, así como el de los bordes de los incisivos y la punta de las piezas caninas. De igual manera nos podemos encontrar con lesiones por flexión que se dan en la proximidad del margen gingival, hipersensibilidad a los cambios de temperatura, fracturas de cúspides y de restauraciones o hipermovilidad de las piezas dentarias en ausencia de patología periodontal.

2.2.2.3 Diagnóstico diferencial de la atrición

Según Barrancos, (2006) la Abracción se describe como una lesión con forma de cuña, que involucra la pérdida del tejido dentario a nivel del cuello de las piezas dentales, ocurre comúnmente más en la región cervical, es originada por la fuerza masticatoria o parafuncion, provocando fracturas a nivel del esmalte y dentina en el límite amelocementaria.²

La erosión es el desgaste del esmalte dental por el actuar de los ácidos ya sean de origen exógeno (provenientes de la dieta) o endógeno por el actuar del ácido gástrico, las superficies vestibulares o palatinas se tornan lisas.

2.2.3 Generalidades sobre adolescencia

La adolescencia es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su duración varía según las diversas fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se da su inicio entre los 10 y 12 años, y su final a los 19 o 20.²⁶

La OMS señala a la adolescencia como “Etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años”. En cada una de las etapas se manifiestan cambios tanto en el aspecto físico. Cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

Nurmi describió 4 mecanismos que utilizan los adolescentes para recorrer esa transición para ser un miembro de esta sociedad:

- Se desarrollan en ambientes volubles que canalizan sus trayectorias, según sean en cada momento y en cada comunidad sus creencias institucionales, culturales y sus acontecimientos históricos.
- Los adolescentes seleccionan los ambientes por los que van a transitar su desarrollo y senderos que guíen su futuro.
- Los fracasos y los acontecimientos negativos, determinan sus objetivos, pensamientos y planes a fin de enfrentarse con éxito a los desafíos futuros.

- Los resultados de sus esfuerzos, y ante una situación y una posición social concretas, reflexionan sobre diferentes cuestiones relacionadas con ellos y con sus vidas.

Todo es una secuencia acelerada y permanente de diversos cambios. Dándose a llamar un período de inconsistencia de estado. Todo cambio obliga a realizar un esfuerzo de adaptación, son diversos los esfuerzos que son mencionados como fuente de estrés.

2.3 Definición de términos

ANSIEDAD: La definimos como una anticipación involuntaria del organismo en respuesta a estímulos que pueden ser internos o externos, como pensamientos, imágenes, ideas, etc., que son captados por la persona como peligrosos o amenazantes, y se acompaña de un sentimiento no agradable o de síntomas somáticos de tensión.

ATRICIÓN DENTARIA: Desgaste del diente manifestado por el contacto de las superficies dentales entre diente y diente sin que exista alimento o cualquier otra sustancia en medio o entre ambas superficies oclusales.

ADOLESCENCIA: Periodo de desarrollo psicológico, sexual, biológico y social posterior a la niñez y que inicia con la pubertad. Su rango de duración cambia según diversas fuentes y opiniones científicas, psicológicas y médicas, marca su inicio entre los 11 y 13 años.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. El tipo de diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de estudio:

Es una investigación de tipo transversal prospectivo, según el periodo y secuencia de estudio, porque la recolección de datos se llevó a cabo en un solo periodo de tiempo.

Según el análisis y el alcance de los resultados, la investigación es de tipo relacional.

3.2. Ámbito de estudio

El trabajo de investigación se llevó a cabo en la I.E. Mariscal Cáceres en el distrito de Ciudad Nueva de la provincia de Tacna en el mes de diciembre del año 2019.

3.3. Población y muestra

Población cualitativa

Está constituida por el total de alumnos adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres en el distrito de Ciudad Nueva de la provincia de Tacna

Población cuantitativa

Está conformada por los alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Mariscal Cáceres que cumplan con los criterios de exclusión e inclusión, el tipo de muestra será probabilístico

a) Criterios de inclusión

- Estudiante lucido, orientado en tiempo y persona (LOTEP).
- Estudiante con aparente buen estado general (ABEG).
- Estudiante adolescente de ambos sexos.
- Estudiante cuyos padres autoricen el consentimiento informado para su participación en la investigación.

b) Criterios de exclusión

- Estudiantes adolescentes que no se encuentren legalmente matriculados en dicha Institución Educativa
- Estudiantes cuyos padres no autoricen el consentimiento informado para su participación en la investigación
- Estudiantes que tengan enfermedades sistémicas no controladas.
- Estudiantes desdentados totales
- Estudiantes portadores de prótesis fijas o removibles
- Estudiantes con ortodoncia fija
- Estudiantes con ausencia de guía anterior

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

El estudio se realizó por la técnica de investigación de campo; por observación directa utilizando espejo bucal, con el paciente en posición sentado y con luz natural, y la técnica por entrevista al paciente. El instrumento de recolección de datos se realizó a través del Índice de desgaste de Hansson y Nilner modificado por el Dr. Carlos Matta en 1989, y la ficha basada en el Test de IDARE. Los

datos que se obtuvieron de los interrogatorios de los alumnos de dicha institución se consignaron en una ficha de recolección de datos conteniendo el test de IDARE y el índice de Hansson y Nilner modificado mediante un odontograma universal.

3.5. Procedimiento de recolección de datos

Recolección de datos:

La recolección de datos fue obtenida mediante el examen clínico oral y por el manifiesto de los pacientes durante el interrogatorio. Los niveles de ansiedad según Rasgo fueron evaluados mediante encuestas con el Test de IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado), siguiendo las indicaciones y cuidados previamente explicados a los sujetos en estudio, por parte del investigador. Para determinar el grado de atrición dentaria se utilizó el índice de desgaste de Hansson y Nilner modificado por el Dr. Carlos Matta.

Interpretación de los resultados:

a) Índice Hansson y Nilner modificado

El grado de atrición dentaria se determinó por los criterios considerados por el índice de Hansson y Nilner modificado por el Dr. Carlos Matta; que se enfoca en el tipo de desgaste generado por etiología oclusal, midiendo el grado de pérdida de tejido dental en las superficies oclusales e incisales de los dientes comprometidos. Establece una escala de 5 grados de desgaste.

- Grado 0: Ausencia de facetas de desgaste dentario (modificación hecha por el Dr. Carlos Matta en 1989)
- Grado 1: Faceta de desgaste dentario en esmalte
- Grado 2: Faceta de desgaste dentario en esmalte e islotes de dentina hasta 1 mm
- Grado 3: Compromiso del 1/3 incisal o desgaste exagerado hacia lingual o bucal.
- Grado 4: Facetas de desgaste que comprometen la cámara pulpar.

Luego de calculado el grado de desgaste en cada pieza dental, se obtuvo el promedio de la sumatoria de los valores de ellos y se dividió con el total de dientes examinados agrupándose en sextantes, se consideró dientes ausentes a aquellos que tenían una restauración extensa abarcando más del 2/3 de la cara oclusal.

b) Test de IDARE

Es un test psicológico que pretende medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento), y Rasgo (cómo se siente generalmente).

El test de IDARE en este estudio se utilizó para evaluar el nivel de ansiedad Rasgo; este test ha sido usado como un Gold Standart para evaluar características de ansiedad en correlación con varios factores debido a sus valores psicométricos de especificidad conceptual y consistencia interna.

Características:

- La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente.
- La escala A-Rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes y profesionales propensos a la ansiedad y para evaluar el grado de ansiedad buscando una oportuna intervención de los servicios de asesoría psicológica o de orientación.

3.6. Plan de procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectado los datos se procedió a la revisión de cada una de las fichas para verificar que todos los datos estén consignados y que no exista omisiones o errores en los mismos, posteriormente los datos se clasificó según los indicadores, el recuento de datos se realizó manual y electrónicamente, para finalmente presentar la información en tablas y gráficos estadísticos

3.6.1. Análisis de datos

El proceso estadístico de los datos se realizó recurriendo a la estadística descriptiva e inferencia. Para evaluar la hipótesis planteada se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado y así observó el grado de relación entre las variables, las relaciones son significativas cuando $P \leq 0,05$. El análisis y los gráficos se realizaron utilizando el programa SPSS 25, también se utilizó el programa Excel para elaborar los cuadros y diseñar los gráficos.

CAPÍTULO IV
DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS:

TABLA N° 01

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN
DENTARIA SEXTANTE I EN ALUMNOS DE CUARTO Y
QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL
DISTRITO DE CIUDAD NUEVA**

Ansiedad		Atrición sextante I			Total
		Grado 0	Grado 1	Grado 2	
Medio	N	28	8	2	38
	%	73,7%	21,1%	5,3%	100%
Alto	N	32	8	7	47
	%	68,1%	17%	14,9%	100%
Total	N	60	16	9	85
	%	70,6%	18,8%	10,6%	100%

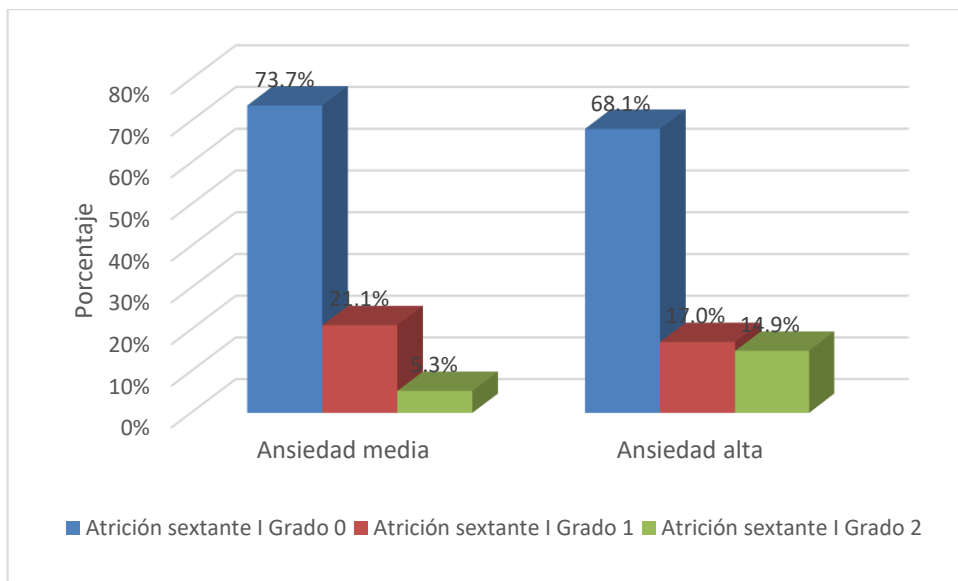
Fuente: Matriz de sistematización de datos.

De los alumnos que presentaron ansiedad media resultaron tener en su mayoría un grado de atrición 0 con un 73,7% y con una atrición grado 2 de 5,3%. De los alumnos que presentaron ansiedad alta resultaron tener una atrición grado 0 de 68,1% y con un ligero aumento a grado 2 con 14,9%.

A la prueba de significancia estadística de Chi-Cuadrado fue significativo. (valor de $p = 0,357$), puesto que el valor de P es superior al 5% de significancia; $P\text{-valor} \leq \alpha$, se acepta H_0 (rechaza H_1).

GRÁFICO Nº 01

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN DENTARIA SEXTANTE I EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.



Fuente: Cuadro Nº 01

TABLA N° 02

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN
DENTARIA SEXTANTE II EN ALUMNOS DE CUARTO Y
QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL
DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.**

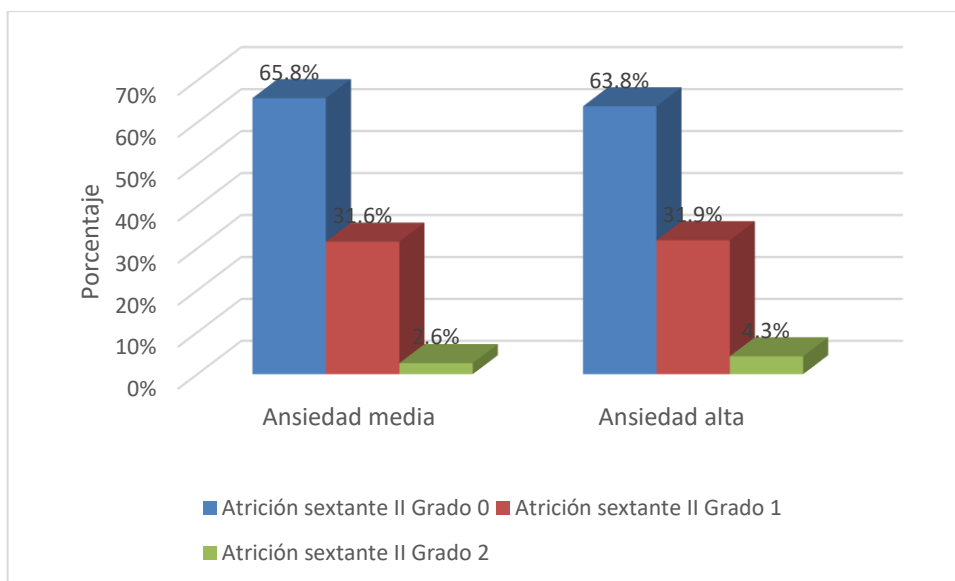
Ansiedad		Atrición sextante II			Total
		Grado 0	Grado 1	Grado 2	
Medio	N	25	12	1	38
	%	65,8%	31,6%	2,6%	100%
Alto	N	30	15	2	47
	%	63,8%	31,9%	4,3%	100%
Total	N	55	27	3	85
	%	64,7%	31,8%	3,5%	100,0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

De los alumnos que presentaron ansiedad media resultaron tener en su mayoría un grado de atrición 0 con un 65,8% y con una atrición grado 2 de 2,6%. De los alumnos que presentaron ansiedad alta resultaron tener una atrición grado 0 de 63,8% y con un grado 2 de 14,9%. A la prueba de significancia estadística de Chi-Cuadrado fue significativo. (Valor de $p = 1,000$), puesto que el valor de P es superior al 5% de significancia; $P\text{-valor} \leq \alpha$, se acepta H_0 (rechaza H_1).

GRÁFICO N° 02

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN DENTARIA SEXTANTE II EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.



Fuente: Cuadro N° 02

TABLA N° 03

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN
DENTARIA SEXTANTE III EN ALUMNOS DE CUARTO Y
QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL
DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.**

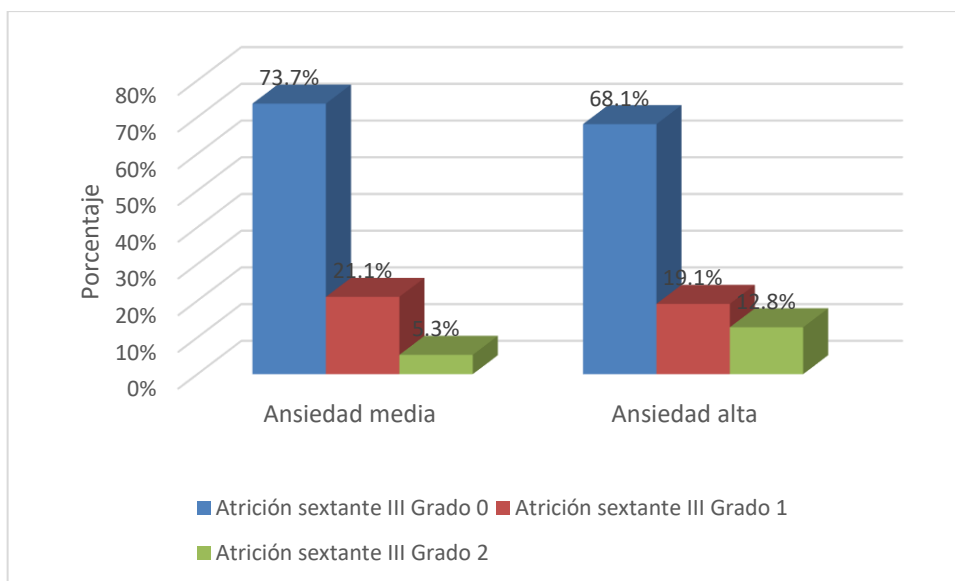
Ansiedad		Atrición sextante III			Total
		Grado 0	Grado 1	Grado 2	
Medio	N	28	8	2	38
	%	73,7%	21,1%	5,3%	100%
Alto	N	32	9	6	47
	%	68,1%	19,1%	12,8%	100%
Total	N	60	17	8	85
	%	70,6%	20%	9,4%	100,0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

De los alumnos que presentaron ansiedad media resultaron tener en su mayoría un grado de atrición 0 con un 73,7% y con una atrición grado 2 de 5,3%. De los alumnos que presentaron ansiedad alta resultaron tener una atrición grado 0 de 68,1% y con un grado 2 de 12,8%. A la prueba de significancia estadística de Chi-Cuadrado fue significativo (valor de $p = 0,534$), puesto que el valor de P es superior al 5% de significancia; $P\text{-valor} \leq \alpha$, se acepta H_0 (rechaza H_1).

GRÁFICO N° 03

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN DENTARIA SEXTANTE III EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.



Fuente: Cuadro N° 03

TABLA N° 04

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN
DENTARIA SEXTANTE IV EN ALUMNOS DE CUARTO Y
QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL
DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.**

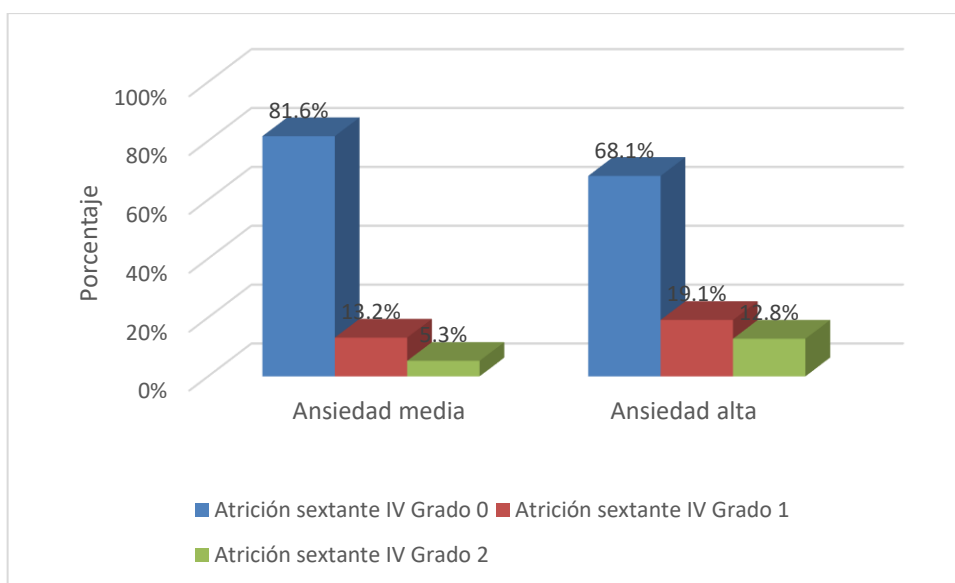
Ansiedad		Atrición sextante IV			Total
		Grado 0	Grado 1	Grado 2	
Medio	N	31	5	2	38
	%	81,6%	13,2%	5,3%	100%
Alto	N	32	9	6	47
	%	68,1%	19,1%	12,8%	100%
Total	N	63	14	8	85
	%	74,1%	16,5%	9,4%	100,0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

De los alumnos que presentaron ansiedad media resultaron tener en su mayoría un grado de atrición 0 con un 81,6 % y con una atrición grado 2 de 5,3%. De los alumnos que presentaron ansiedad alta resultaron tener una atrición grado 0 de 68,1% y con un grado 2 de 12,8%. A la prueba de significancia estadística de Chi-Cuadrado fue significativo (valor de $p = 0,357$), puesto que el valor de P es superior al 5% de significancia; P -valor $\leq \alpha$, se acepta H_0 (rechaza H_1).

GRÁFICO N° 04

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN DENTARIA SEXTANTE IV EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.



Fuente: Cuadro N° 04

TABLA N° 05

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN
DENTARIA SEXTANTE V EN ALUMNOS DE CUARTO Y
QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL
DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.**

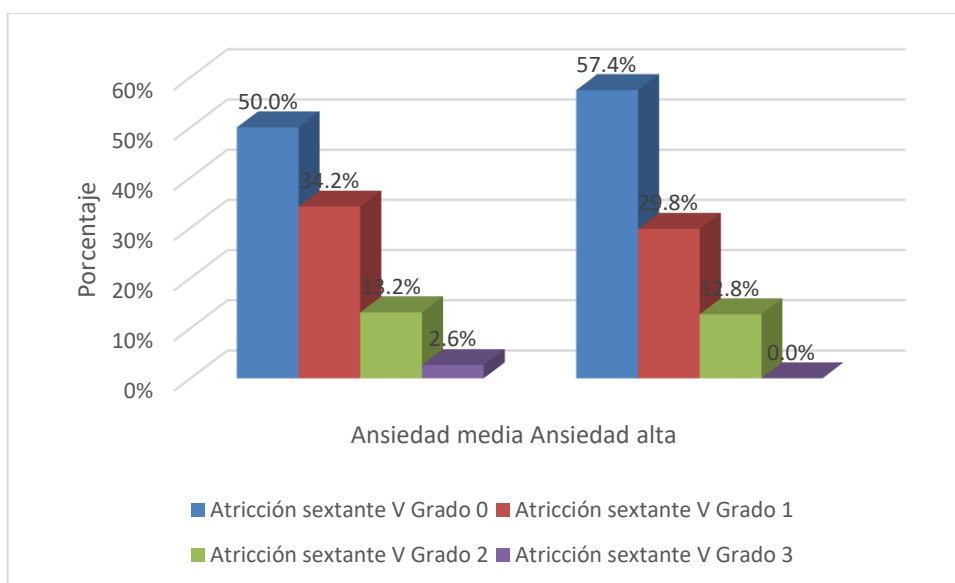
Ansiedad		Atrición sextante V				Total
		Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	
Medio	N	19	13	5	1	38
	%	50%	34,2%	13,2%	2,6%	100%
Alto	N	27	14	6	0	47
	%	57,4%	29,8%	12,8%	0.0%	100%
Total	N	46	27	11	1	85
	%	54,1%	31,8%	12,9%	1,2%	100,0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

De los alumnos que presentaron ansiedad media resultaron tener un grado de atrición 0 con 50%; atrición grado 2 de 13,2% y una atrición grado 3 de 2,6%. De los alumnos que presentaron ansiedad alta resultaron tener una atrición grado 0 de 57,4% y con un grado 2 de 12,8%; mientras que en grado 3 fue de 0%. A la prueba de significancia estadística de Chi-Cuadrado fue significativo (valor de $p = 0,779$), puesto que el valor de P es superior al 5% de significancia; $P\text{-valor} \leq \alpha$, se acepta H_0 (rechaza H_1).

GRÁFICO Nº 05

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN DENTARIA SEXTANTE V EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.



Fuente: Cuadro Nº 05

TABLA N° 06

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN
DENTARIA SEXTANTE VI EN ALUMNOS DE CUARTO Y
QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL
DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.**

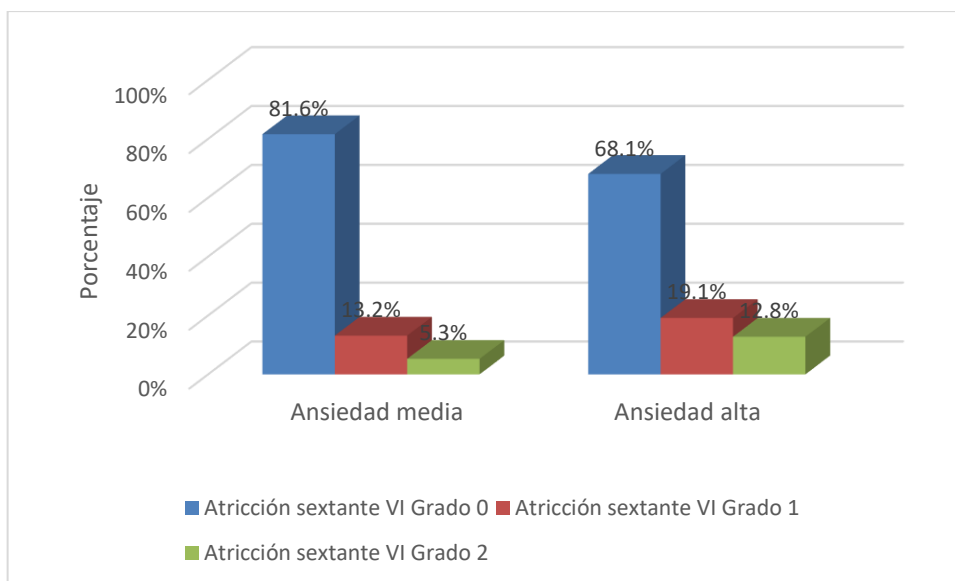
Ansiedad		Atrición sextante VI			Total
		Grado 0	Grado 1	Grado 2	
Medio	N	31	5	2	38
	%	81,6%	13,2%	5,3%	100%
Alto	N	32	9	6	47
	%	68,1%	19,1%	12,8%	100%
Total	N	63	14	8	85
	%	74,1%	16,5%	9,4%	100%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

De los alumnos que presentaron ansiedad media resultaron tener en su mayoría un grado de atrición 0 con un 81,6 % y con una atrición grado 2 de 5,3%. De los alumnos que presentaron ansiedad alta resultaron tener una atrición grado 0 de 68,1% y con un grado 2 de 12,8%. A la prueba de significancia estadística de Chi-Cuadrado fue significativo (valor de $p = 0,357$), puesto que el valor de P es superior al 5% de significancia; $P\text{-valor} \leq \alpha$, se acepta H_0 (rechaza H_1).

GRÁFICO Nº 06

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LA ATRICIÓN DENTARIA SEXTANTE VI EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.



Fuente: Cuadro Nº 06

TABLA N° 07

**NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN GÉNERO EN ALUMNOS DE
CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL
CÁCERES DEL DISTRITO DE
CIUDAD NUEVA 2019.**

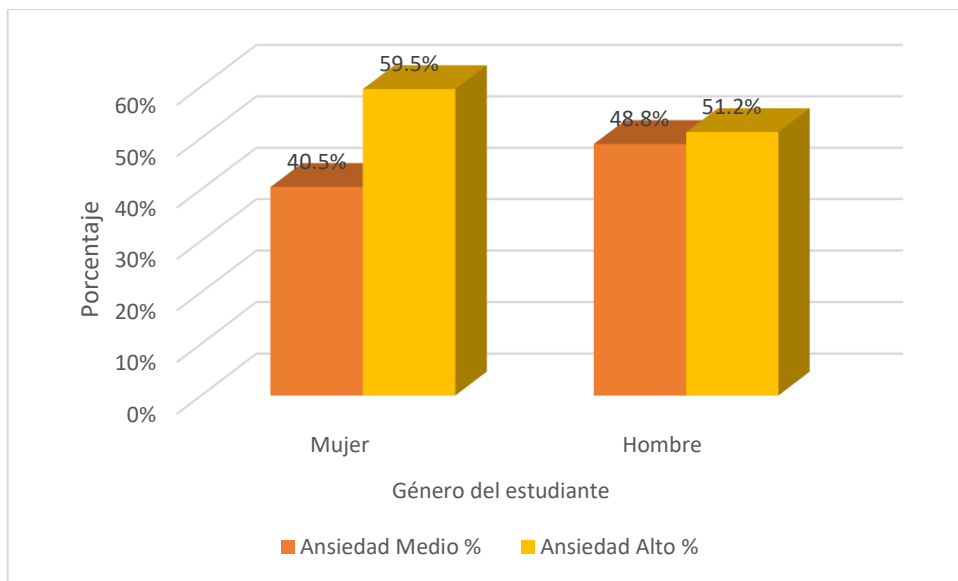
Género	Ansiedad		Total
	Medio	Alto	
Mujer	17	25	42
	40.5%	59.5%	100.0%
Hombre	21	22	43
	48.8%	51.2%	100.0%
Total	38	47	85
	44.7%	55.3%	100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

La ansiedad de los estudiantes según género, se encontró que para el género femenino presentó una ansiedad media de 40,5% y una ansiedad alta de 59,5%; para el género masculino presentó una ansiedad media de 48,8% y una ansiedad alta de 51,2%.

GRÁFICO N° 07

NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN GÉNERO EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA 2019.



Fuente: Cuadro N° 07

TABLA N° 08

**PRESENCIA DE ATRICIÓN SEGÚN GÉNERO EN ALUMNOS DE
CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES
DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA 2019.**

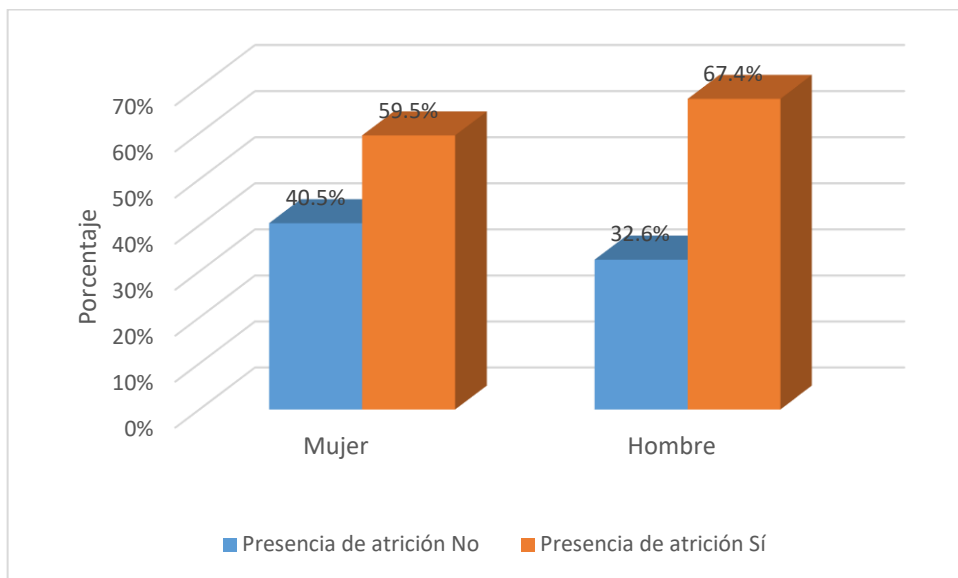
Género	Presencia de atrición		Total
	No	Sí	
Mujer	17	25	42
	40,5%	59,5%	100%
Hombre	14	29	43
	32,6%	67,4%	100%
Total	31	54	85
	36,5%	63,5%	100%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

La atrición de los estudiantes según género, se encontró que el 59,5% del género femenino presentó algún grado de atrición, mientras que el 67,4% del género masculino presentó algún grado de atrición, concluyendo por lo tanto que es el género masculino que presenta mayor atrición.

GRÁFICO N° 08

PRESENCIA DE ATRICIÓN SEGÚN GÉNERO EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA 2019.



Fuente: Cuadro N° 08

4.2. DISCUSIÓN

La atrición dentaria es una patología de etiología multifactorial, la cual aun en la actualidad el odontólogo general presenta cierta desconfianza respecto a su etiología y evolución del proceso patológico, así mismo no se ha encontrado otras investigaciones sobre poblaciones examinadas con ambas variables.

La relación entre los niveles de ansiedad y el desarrollo de la atrición dentaria aún no ha sido esclarecida, nuestro estudio parte como premisa en que existe relación entre la ansiedad y la atrición dentaria, por lo evaluado en el presente trabajo de investigación se establece que los niveles de Ansiedad-Rasgo no influyen en el desarrollo de la atrición dentaria, sin embargo, existen estudios que relacionan la ansiedad con el bruxismo como en su participación en la parafunción muscular. De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio varían significativamente a las diferentes hipótesis respecto a que la ansiedad cumple un papel importante en las causas de las diferentes parafunciones odontoestomatológicas.

La ansiedad de los estudiantes según género, se encontró que para el género femenino presentó una ansiedad media de 40,5% y una ansiedad alta de 59,5%; para el género masculino presentó una ansiedad media de 48,8% y una ansiedad alta de 51,2%; obteniéndose entonces que es el género femenino que presenta una mayor ansiedad, este resultado concuerda con el de Quispe calisaya (Perú 2014)¹³, que observó que la ansiedad alta tuvo una mayor predilección por el sexo femenino siendo éste el 26,96% de los estudiantes evaluados.

En nuestro estudio se encontró que la atrición dentaria fue un 63,5% del totalidad de los estudiantes de ambos géneros en edades entre 14 a 18 años, teniendo un mayor predominio de desgaste el grado 1 a diferencia de Cardentetey Garcia (Cuba 2014)⁷ que encontró con mayor predominio el grado 2, siendo su grupo de edad más representativo de 31 a 40 años. Estos resultados podrían ser diferentes debido al grupo etario en el cual fue realizado este estudio; se abarcó a una población estudiantil de nivel secundario entre 14 a 18 años, mientras que Cardentetey Garcia (Cuba 2014)⁷ lo realizó en una población general sin distinción de grupo etario. Teniendo esos datos se podría concluir lo que menciona Maza Narvaez (Ecuador

2016)⁸ que la atrición dentaria se hace más evidente conforme aumenta la edad.

Castillo Cárdenas - Ramón Malla (Ecuador 2017)⁹ en un estudio de 151 estudiantes universitarios encontró que la atrición dentaria fue en un 60,3%, con el grupo de mayor relevancia entre 18 a 21 años quien presento mayor predominio en el sexo femenino al igual que Latorre López (Perú 2011)¹⁰, que de una muestra de 290 individuos se encontró que la atrición dentaria fue un 27,6% cuyo grupo etario fue de 33 a 39 años, predominando el sexo femenino a diferencia de nuestro estudio cuyo resultado nos muestra mayor predominio del género masculino concordando con Machado y Hernandez (Ecuador 1997)⁸, que indicaron que el grado de atrición dental parece ser mayor en los hombres que en las mujeres y esto podría atribuirse al mayor potencial muscular del sexo masculino. A la vez se hace evidente lo que menciona Maza Narvaez (Ecuador 2016)⁸ que la atrición dental se hace más notoria conforme la edad aumenta.

Con respecto a la diferencia de los resultados de este estudio con los estudios de Castillo cardenas - Ramon Malla (Ecuador 2017)⁹ y Latorre López (Perú 2011)¹⁰ podría deberse a la cantidad

poblacional en la cual fue realizada el estudio. El presente estudio se realizó en una población de 85 estudiantes del nivel secundario, mientras que otros estudios fueron llevados en una cantidad mayor de población. Así mismo se presentaron limitantes para el efecto de este estudio tales como la no participación activa de algunos estudiantes.

En el estudio de Cava Vergiu (Perú 2012)¹¹ constituido por 245 pacientes obtuvo que el 77,55% presentaron facetas de desgaste sin deferencia entre el sexo masculino y femenino y cuyo grupo de edad más afectada estuvo constituido por pacientes entre 18 a 33 años, también menciona que las piezas más afectadas fueron los incisivos (43,26%), seguidos de los caninos (28,11%), concordando con los resultados de este estudio cuyo desgaste se encontraron en mayor proporción en los sextantes II y V, representados por los incisivos y caninos en un 35,5% y 45,9% respectivamente.

CONCLUSIONES

PRIMERA

No existe relación significativa entre la ansiedad y la atrición dentaria considerando el sextante I, II, III, IV, V y VI, con los valores de $P = 0,357, 1,000, 0,534, 0,357, 0,779$ y $0,357$ respectivamente; puesto que el valor de P es superior al 5% de significancia; $P\text{-valor} \leq \alpha$, se acepta H_0 (rechaza H_1).

SEGUNDA

Los niveles de ansiedad según género fueron mayores para en género femenino en la que se presentó una ansiedad media de 40,5% y una ansiedad alta de 59,5%; mientras que para el género masculino presentó una ansiedad media de 48,8% y una ansiedad alta de 51,2%.

TERCERA

La presencia de atrición dentaria fue mayor para el género masculino, se encontró que el 59,5% del género femenino presentó algún grado de atrición, mientras que el 67,4% del género masculino presentó algún grado de atrición, concluyendo por lo tanto que es el género masculino que presenta mayor atrición.

RECOMENDACIONES

- Debido a que no existen suficientes estudios sobre relación de la ansiedad y la atrición dentaria es recomendable realizar estudios complementarios respecto al por qué de la presencia de las atriciones dentarias sobre todo en una población joven.
- Se debe considerar realizar estudios posteriores similares abarcando una población mayor.
- Se debe considerar en estudios posteriores otras causas probables y factores relacionados a la atrición dentaria como la presencia de reflujo gastroesofágico, bruxismo, la edad etc.
- Realizar estudios relacionados a la ansiedad en la atención odontológica debido a los elevados niveles de ansiedad encontrados en nuestro estudio y teniendo en cuenta la repercusión del estado psicosocial del paciente frente al desenvolvimiento en el tratamiento odontológico.

- Diseñar estrategias de detección y tratamiento precoz del nivel de ansiedad en la Institución Educativa, puesto que se encontró niveles de ansiedad media y alta en los estudiantes de ambos géneros.
- Realizar talleres psicopedagógicos continuos para la crisis de ansiedad encabezado por un psicólogo, dando información necesaria acerca de dichos trastornos para que el adolescente reaccione de modo que busque la mejor forma de afrontar situaciones consideradas de peligro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Okeson J. Tratamientos de oclusión y afecciones temporomandibulares. 6ª ed. Barcelona: El Sevier; 2008.
2. Barrancos Monney J, Barrancos P. Operatoria Dental Integración Clínica. 4ª ed. Argentina: Médica Panamericana; 2006.
3. Orlandini, Alberto. Estrés, que es y cómo evitarlo. Edición electrónica, Fondo de Cultura económica. México. 2012.
4. MINSA. Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2017.
5. Cuniberti de Rossi, Rossi Guillermo. Lesiones cervicales no cariosas: La lesión dental del futuro. 1º ed. Argentina: Médica Panamericana; 2009.
6. Toro Josep Trallero. El adolescente en su Mundo. Riesgos, Problemas y trastornos. Madrid. Editorial Pirámide; 2010.
7. Cardentetey García. Atrición dentaria en oclusión permanente. Rev. Ciencias Médicas. Julio-Agosto, 2014: pág. 566-573.
8. Maza Narváez. Atrición dentaria y si relación con el tipo de oclusión de los estudiantes de primero a quinto de básica de la unidad educativa Saulo. Tesis. Ecuador; 2016.

9. Castillo Cárdenas, Ramón Malla. Prevalencia de desgaste dental en estudiantes de la facultad de odontología de la universidad de Cuenca. Tesis. Ecuador; 2017.
10. Latorre López. Prevalencia de lesiones dentarias no cariosas en la comunidad de Santa Rosa anexo 22 de Jicamarca-San Juan de Lurigancho en el año 2009. Tesis. Perú; 2011.
11. Cava Vergiu. Prevalencia de facetas de desgaste. Tesis. Perú; 2012
12. Rendón Alvarado. Prevalencia de facetas de desgaste dentario asociado a personalidad en estudiantes universitarios peruanos. Tesis. Perú; 2013.
13. Quispe Calisaya. Relación entre niveles de ansiedad y trastornos temporomandibulares en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna 2013. Perú; 2014.
14. Pinel J. Biopsicología. 4º ed. España: Pearson; 2001.
15. Goldman, H. Review of general psychiatry. USA: Editorial Prentice Hall International Inc; 1992
16. Navas, J. Ansiedad en la toma de exámenes: Algunas explicaciones cognoscitivas – conductuales. Revista de Aprendizaje y Comportamiento. 1989; Vol. 7.

17. Gómez H. Neurofisiología, Clínica y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. Venezuela: Singularidad; 2011.
18. J. M. Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad España: Hispano; 2005.
19. Escamilla I. Trastornos de ansiedad. Revista Medicine, 2011; Vol. 10.
20. Moreno DAC, Copete PEB. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE) en niños. Acta Colombiana de Psicología. 2005 Marzo.
21. White CD. Introduction: ancient maya diet. Utah; 1999.
22. Capasso L., Kennedy KA., Wilczak CA. Atlas of Occupational Markers on Human Remains. Italia: Edigraital; 1999.
23. Cava, C. Prevalencia de Faceta de Desgaste. 12 de Abril de 2012; Odonto(kiru): pág. 24-35.
24. Rodríguez, C. D. Asimetría en el Desgaste Oclusal Bilateral en la Dentición y su Relación con la Paleodieta en una Sociedad Prehispánica de Tradición. Diciembre de 2009
25. Díaz , E., Estrada, E., & González, R. Revisión de Literatura Lesiones no Cariosas. 2011; Scielo, 744.
26. Gonzales Barrón, Remedios. Psicopatología del niño y adolescente. España: Ediciones pirámide; 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con DNI
N°..... Autorizo que mi menor hijo(a).....
..... Participe en el estudio de **“RELACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD CON LA ATRICIÓN DENTARIA EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES - CIUDAD NUEVA 2019”** consistente en una encuesta para evaluar el nivel de ansiedad en el menor y una exploración clínica oral realizado por el Sr. Elmer Jhon Gómez Calisaya, Bachiller en Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

Declaro que he sido completamente informado(a) del procedimiento por realizar, por lo tanto, acepto libremente su participación en este estudio. Del mismo modo autorizo la utilización de este estudio para el uso científico exclusivo de dicha investigación.

Tacna____de diciembre del 2019

Nombre:

DNI:

ANEXO 2

TEST DE IDARE

Nombre: Edad: Sexo: M – F

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **CÓMO SE SIENTE GENERALMENTE**.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Me canso rápidamente	1	2	3	4
3. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
4. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
5. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
6. Me siento descansado	1	2	3	4
7. Soy una persona tranquila serena y sosegada	1	2	3	4
8. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
10. Soy feliz	1	2	3	4
11. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
12. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
13. Me siento seguro	1	2	3	4

14. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
15. Me siento melancólico	1	2	3	4
16. Estoy satisfecho	1	2	3	4
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19. Soy una persona estable	1	2	3	4
20. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

CALIFICACIÓN: sumar el puntaje marcado por el sujeto.

Ansiedad como rasgo

Ítems	2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20	Total A
Ítems	1, 6, 7, 10, 13, 16, 19	Total B

$(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

___ Bajo (<30)

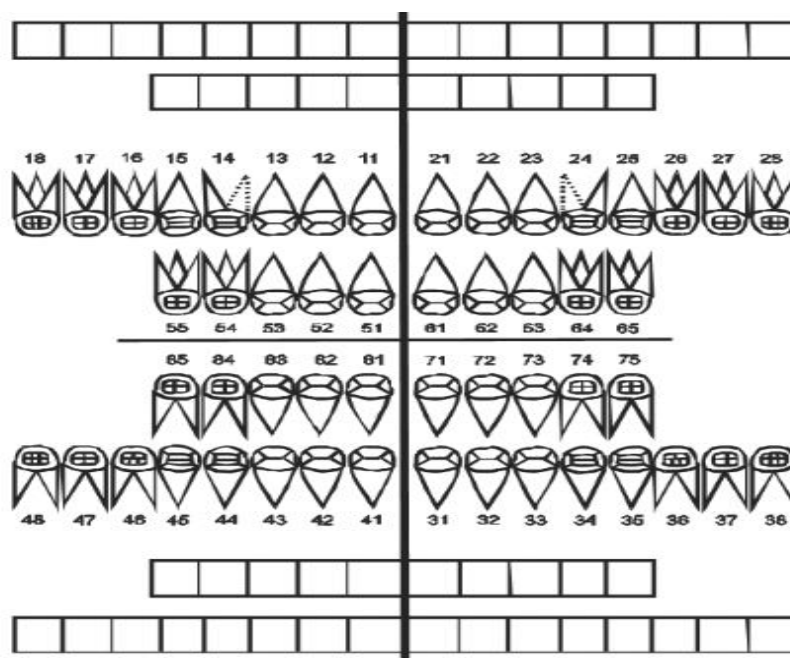
___ Medio (30-44)

___ Alto (>44)

ANEXO 3
ODONTOGRAMA

Nombre: Edad: Sexo: M – F

ODONTOGRAMA: (llenar el grado de desgaste según el índice de facetas de desgaste dentaria de Hansson y Nilner modificado por el Dr. Carlos Matta de cada pieza dentaria correspondiente al recuadro)



ÍNDICE DE DESGASTE DE HANSSON Y NILNER MODIFICADO

GRADO CRITERIO

- 0 Ausencia de facetas de desgaste dentario (modificación hecha por el Dr. Carlos Matta)
- 1 Faceta de desgaste dentario en esmalte.
- 2 Faceta de desgaste dentario en esmalte e islotes de dentina hasta 1 mm
- 3 Compromiso del 1/3 incisal o desgaste exagerado hacia lingual o bucal.
- 4 Facetas de desgaste que compromete la cámara pulpar

ANEXO 4

CONSTANCIA

 UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL TACNA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA "MARISCAL CÁCERES"
Av. Internacional N° 1249 - FONDO: 310933
V.mramos64@gmail.com
<http://es.geocities.com/mariscalcaceres82/mc>



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE, DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "MARISCAL CÁCERES" DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE TACNA,

HACE CONSTAR:

Que, el Sr Elmer Jhon GOMEZ CALISAYA, identificado con D.N.I.N°46225207, Bachillera de la Carrera Profesional de ODONTOLOGIA en la Universidad Nacional "Jorge Basadre Grohmann", ha aplicado el Proyecto de Tesis titulado: "RELACION DEL NIVEL DE ANSIEDAD CON LA ATRICION DENTARIA EN ALUMNOS DE CUARTO Y QUINTO AÑO NIVEL SECUNDARIA", de la I.E. "Mariscal Cáceres" a partir del : 02 de Diciembre al 13 Diciembre 2019 en el turno tarde, demostrando durante su permanencia, su alto grado de preparación académica , responsabilidad e idoneidad, en el cumplimiento de las metas trazadas, a entera satisfacción de esta Dirección.

Se expide la presente a Solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

Tacna, 30 DIC 2019



 Prof. VICTOR MANUEL RAMOS COPARE
Director

c.c.Archivo

ANEXO 5

ICONOGRAFÍA

LLENADO DEL TEST DE IDARE



FOTOGRAFÍAS DE EXPLORACIÓN CLÍNICA

