

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**NIVEL DE PREOCUPACIÓN DEL PACIENTE ANTES DEL
TRATAMIENTO Y SU ACTITUD EN UNA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA UNIVERSITARIA**

**TESIS PARA OPTAR POR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO- DENTISTA**

PRESENTADO POR EL:
Bach. José Carlos ARRÓYO MOYA

Lima - Perú

2018

TÍTULO DE LA TESIS:
NIVEL DE PREOCUPACIÓN DEL PACIENTE ANTES DEL
TRATAMIENTO Y SU ACTITUD EN UNA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA UNIVERSITARIA

A Dios por fortalecer mi vida e iluminar mis metas.

A mis padres por darme la vida y mi carrera.

A mi hermano y enamorada por su confianza y cariño, porque ellos son lo más importante en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento al Dr. Hugo Caballero Cornejo, que me orientó en todo momento en esta investigación, por su valioso asesoramiento y compañía durante el desarrollo de toda la tesis, para mi más que un asesor, un maestro y amigo.

Agradezco a todos mis maestros de mi querida Facultad de Odontología que siempre me guiaron cada año de mi formación profesional. A todos ellos mi eterna gratitud.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Gráficos	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Preocupación	1
1.1.2 Actitud	14
1.1.3 Universidad Privada	26
1.2 Investigaciones	35
1.3 Marco Conceptual	45

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	47
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	47
2.1.2 Definición del Problema	49
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	50
2.2.1 Finalidad	50
2.2.2 Objetivo General y Específicos	50
2.2.3 Delimitación del Estudio	51
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	52

2.3	Hipótesis y Variables	54
2.3.1	Hipótesis	54
2.3.2	Variables e Indicadores	54
CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO		
3.1	Población y Muestra	56
3.1.1	Población	56
3.1.2	Muestra	56
3.2	Diseño a Utilizar en el Estudio	57
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	57
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos	57
3.3.2	Instrumento de Recolección de Datos	59
3.4	Procesamiento de Datos	63
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
4.1	Presentación de los Resultados	64
4.2	Discusión de los Resultados	78
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1	Conclusiones	88
5.2	Recomendaciones	90
BIBLIOGRAFÍA		93
ANEXOS		97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
N° 01	Distribución de participantes según el sexo	65
N° 02	Distribución de participantes según edad	66
N° 03	Distribución de participantes según grado de instrucción	67
N° 04	Nivel de Preocupación y Actitud del paciente antes del Tratamiento	68
N° 05	Nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento	69
N° 06	Actitud del paciente antes del tratamiento	70
N° 07	Relación entre el nivel de preocupación y actitud del paciente	71
N° 08	Relación entre el nivel de preocupación y actitud del paciente; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)	72
N° 09	Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Edad	73
N° 10	Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Sexo	75
N° 11	Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Grado de instrucción	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO		Pág.
N° 01	Distribución de participantes según el sexo	65
N° 02	Distribución de participantes según edad	66
N° 03	Distribución de participantes según grado de instrucción	67
N° 04	Nivel de Preocupación y Actitud del paciente antes del Tratamiento	68
N° 05	Nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento	69
N° 06	Actitud del paciente antes del tratamiento	70
N° 07	Relación entre el nivel de preocupación y actitud del paciente	71
N° 08	Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Edad	74
N° 09	Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Sexo	75
N° 10	Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Grado de instrucción	77

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar el Nivel de Preocupación del paciente antes del Tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 – II. El diseño utilizado en el estudio fue descriptivo; el tipo de investigación prospectivo, transversal y observacional; el enfoque cualitativo. La muestra que se utilizó para el desarrollo de la investigación fue de 150 pacientes hombres y mujeres que se atendieron en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que fueron seleccionados en forma no aleatoria por conveniencia, quienes cumplieron con los criterios de selección. El procesamiento de datos fue mediante el programa estadístico SPSS versión 20.0 y la elaboración de la base de datos mediante el programa Microsoft Excel 2016. En los resultados se aprecia que el Nivel de Preocupación y Actitud del paciente antes del tratamiento en un número de 136 con un porcentaje de 90.7% tienen preocupación Baja y en un número de 105 con un porcentaje de 70% tienen una actitud Alta. Se concluye que los pacientes tienen un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta.

Palabras clave

Preocupación. Actitud. Pacientes. Tratamiento.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to determine the level of preoccupation of the patient before treatment and his attitude in the Adult Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University, in Cycle 2018 - II. The design used in the study was descriptive; the type of prospective, cross-sectional and observational research; the qualitative approach. The sample used for the development of the research was 150 male and female patients who attended the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University, who were selected in a non-random manner for convenience, who met the criteria of selection. The data processing was through the statistical program SPSS version 20.0 and the development of the database through the Microsoft Excel 2016 program. The results show that the level of concern and attitude of the patient before treatment in a number of 136 with a percentage of 90.7% have Low concern and in a number of 105 with a percentage of 70% have a High attitude. It is concluded that patients have a Low level of concern and a High attitude.

Keywords

Concern. Attitude. Patients Treatment.

INTRODUCCIÓN

Cuando nos referimos a preocupación es un tenor preventivo que va acompañado de un estado de ansiedad que tiene absorto a un individuo, impidiéndole el contacto afectivo y la relación con la realidad externa. Es un estado de desasosiego, de inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema, etc.. La preocupación ha sido considerada durante mucho tiempo como un componente más de la ansiedad incluso inseparable de ella.

La preocupación aparece, en general sin que se pueda considerar patológica, como un intento de resolver un problema que amenaza fijando un curso de acción adecuado y se convertirá en problemática cuando no llegue a buen término su función. Por tanto, la preocupación aparece asociada a la planificación de nuestras acciones y como tal entra dentro de la normalidad más absoluta y se puede estudiar junto a otras conductas de planificación en el contexto de la toma de decisiones y la resolución de problemas.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el Nivel de Preocupación del paciente antes del tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 – II; porque es importante, al haber pocos estudios sobre el tema, cuál es la preocupación que tiene el usuario externo antes de su tratamiento, cuando se encuentra en la Sala de espera; asimismo, también es necesario conocer cuál es la actitud que tiene, a parte de su preocupación, para realizarse el tratamiento odontológico, resultados que son de gran utilidad para tomar las acciones del caso.

El Primer capítulo, relacionado a fundamentos teóricos de la investigación, se propuso la fundamentación respectiva, mediante el desarrollo del Marco teórico, Investigaciones relacionadas al tema y terminando con el Marco conceptual.

El Segundo capítulo, el Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables, donde se desarrolló el Planteamiento de Problema, donde se consideró la realidad problemática, luego se hizo la definición del problema principal y específicos del estudio; luego la finalidad del estudio y luego hacer una descripción detallada de la justificación e importancia que tiene el estudio. Después se plantearon las dimensiones utilizadas en la investigación con sus respectivos indicadores, como se muestra en el instrumento.

El Tercer capítulo, muestra el Método utilizado, la Técnica e Instrumento, empezando con la población y muestra del estudio que fueron 150 pacientes que se atendieron en la Clínica Estomatológica; el diseño utilizado fue Descriptivo y el tipo de investigación fue Transversal, Prospectivo y Observacional, con un enfoque Cualitativo. En la Técnica de Recolección de Datos, se explica en el estudio todo el procedimiento utilizado para la obtención de datos, que fue mediante un instrumento tipo cuestionario que sirvió para medir el nivel de preocupación del paciente y otro cuestionario para determinar la actitud que tiene; luego de la obtención de los datos se realizó el Procesamiento de Datos.

En el Cuarto capítulo, Presentación y análisis de los resultados, se muestra mediante tablas y gráficos debidamente ordenados que corresponde a las dimensiones que se plantea en el estudio, para posteriormente hacer la respectiva

discusión de los resultados referente a los objetivos planteados en el estudio y finalmente hacer una discusión con los investigadores que realizaron sus estudios semejantes a la presente investigación.

En el Quinto capítulo, Conclusiones y Recomendaciones, donde se hace la Conclusión General y Específicas de acuerdo a los objetivos, llegando a la conclusión del estudio, que la preocupación del usuario externo en la Clínica Estomatológica es Baja y su actitud es Alta; siendo las recomendaciones que se hace de acuerdo a las conclusiones general y específicas, que es el resultado del estudio.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Preocupación

A. Concepto

Temor preventivo acompañado de un estado de ansiedad que tiene absorto a un individuo, impidiéndole el contacto afectivo y la relación con la realidad externa. Cuando no está justificada con datos de la realidad la preocupación tiene rasgos patógenos, con motivaciones que deben buscarse en el nivel inconsciente. Estado de desasosiego, inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema, etc. "su rostro mostraba la preocupación que aquella situación le causaba; la preocupación es mala para la salud; ha manifestado ya su notable preocupación ante el reparto final de esas parcelas".¹

La preocupación ha sido considerada durante mucho tiempo como un componente más de la ansiedad e incluso inseparable de ella (O'Neill, 1985). El hecho de que se haya identificado como el elemento característico para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada ha disparado los estudios sobre ella, sobre todo en los últimos 20 años. Ello

ha permitido entender algunas de sus características y plantear alternativas que abren nuevas perspectivas en el tratamiento cognitivo conductual de ese trastorno.²

La preocupación aparece, en general y sin que se pueda considerar patológica, como un intento de resolver un problema que amenaza fijando un curso de acción adecuado y se convertirá en problemática cuando no llegue a buen término su función. Cuando detectamos la presencia de un problema, comenzamos de inmediato su afrontamiento. Si las circunstancias lo permiten, nos ayudamos del lenguaje interno (pensamiento) para resolverlo. Nuestro lenguaje nos sirve para simular nuestro comportamiento futuro y prever sus consecuencias sin necesidad de actuar. Comenzamos a planificar nuestra reacción y la preocupación surge dentro del proceso cognitivo que tiene como función determinar el curso de acción más conveniente para nosotros. Por tanto, la preocupación aparece asociada a la planificación de nuestras acciones y como tal entra dentro de la normalidad más absoluta y se puede estudiar junto a otras conductas de planificación en el contexto de la toma de decisiones y la resolución de problemas.²

La ansiedad surge junto a una activación de nuestro cuerpo para hacer frente a una amenaza, luchando o huyendo, por ello, el análisis de los procesos que aparecen unidos a ella, se ha de hacer considerando que son parte del afrontamiento de lo que se teme. La preocupación se incluye en la actividad cognitiva que prepara la reacción al peligro; por tanto, la

preocupación asociada a la ansiedad es un factor que interviene en el enfrentamiento de cualquier amenaza y por eso se puede detectar frecuentemente en cualquier persona y como un elemento relevante en todos los sujetos que presentan un trastorno de ansiedad.²

La preocupación como afrontamiento de los problemas dentro de la normalidad está asociada a creencias de que es positivo preocuparse, puesto que colabora en la solución. Así en un estudio con sujetos normales encontraron las siguientes creencias positivas acerca de la preocupación: Motivarse para hacer las cosas; definir cómo prevenir o evitar sucesos negativos; prepararse para lo peor; resolver problemas; reducir la probabilidad de sucesos negativos, que es una creencia supersticiosa (Dugas, Buhr, y Ladouceur, 2004). Sin embargo, la preocupación patológica no reduce la probabilidad de resultados negativos ni aumenta la probabilidad de un afrontamiento exitoso ni es efectiva para resolver problemas concretos (Roemer y Orsillo, 2002, Wells, 2004). Pero las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan de sucesos con baja probabilidad y lo hacen de forma continuada. Como cuando se preocupan no ocurren los sucesos temidos, debido en realidad a su baja probabilidad, se refuerza la preocupación y la creencia en su eficacia. Es una confirmación supersticiosa, porque la no ocurrencia del suceso no está relacionada con preocuparse o no. Por ejemplo, cuando se preocupan con el objetivo de conseguir reducir la probabilidad de un accidente, como el accidente no ocurre, se refuerza la conducta de preocuparse.²

B. La incertidumbre

Para los individuos que desarrollan un trastorno de ansiedad generalizada la amenaza mayor es la incertidumbre (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998). Para ellos es más problemático no saber cuándo se van a morir, que el hecho mismo de morir. Pueden llegar a decir que preferirían que les asegurasen que no van a fallecer hasta los 50 años que no saberlo y poder vivir con la duda hasta los 80. Otro ejemplo es la incertidumbre que surge ante la muerte y la existencia de vida después. Para los sujetos con baja tolerancia a la incertidumbre el problema no es si va a existir la vida después de la muerte, sino la incertidumbre de no saber si va a existir o no. Dugas y colaboradores consideran que existen disparadores de la preocupación, que pueden ser situaciones, estados de ánimo o sucesos de la vida cuando generan amenazas, o pueden ser vistos como tales. Aparecen en esas circunstancias pensamientos de la forma “¿Y si...?” que generan incertidumbre y para evitarla se pone en marcha la preocupación. El proceso ocurre con mayor probabilidad cuando se tienen las creencias de que la preocupación es buena porque nos prepara para afrontar la amenaza, o que evita decepciones, o que nos ayuda a proteger a los que queremos.²

Al ser la preocupación una parte de la resolución de problemas que nos causan ansiedad, solamente el hecho de empezar a pensar en solucionar un problema significa que se ha comenzado su afrontamiento y, así, aumentamos la probabilidad de librarnos del peligro previsto y ya nos comenzamos a calmar, porque hemos iniciado la resolución del problema.

Se ha demostrado que la preocupación tiene un impacto directo sobre la ansiedad, en concreto sobre el tono vagal que incluye los latidos del corazón y la respiración. Es una reducción de determinadas formas de activación que, sin embargo, genera otras también desagradables como la tensión muscular y la inquietud. Al pensar, generamos imágenes o palabras; pero en la preocupación patológica se hace solamente de forma verbal, (Borkovec e Inz, 1990) alcanzando de esta forma un alto nivel de abstracción que aleja de la realidad de la amenaza más que las imágenes y nos permite, además, aplicar la lógica, lo que facilita llegar a soluciones más coherentes. Roemer y Orsillo (2002) dan gran importancia a este hecho y afirman que la forma más llamativa de evitación en el trastorno de ansiedad generalizada es la evitación de estímulos o experiencias internos, aunque irónicamente la preocupación se convierte en una experiencia interna no deseada. Así se explica cómo pueden darse simultáneamente dos procesos aparentemente contradictorios, la disminución de la ansiedad y el aumento de la tensión muscular.²

Pero no es ese el único camino por el que la preocupación se convierte en una conducta de evitación, que rebaja la ansiedad: Muchas veces los sujetos con trastorno de ansiedad generalizada, al preocuparse de sucesos muy poco probables, rehúyen hacerlo de problemas acuciantes a los que no quieren o no pueden enfrentarse (Borkovec, Alcaine, y Behar, 2004). Si se preocupan porque es posible que caigan enfermos, no les quedará tiempo para pensar que las relaciones con su pareja no son agradables y que no ven posibilidades de mejorarlas. Se evita así la experiencia de la

ansiedad al preocuparse de problemas menores para no afrontar aquellos que causarían mayor ansiedad y que no son solucionables. Al ocupar los recursos mentales en los temas que causan menor sufrimiento se impiden los pensamientos más amenazantes. Preocupándose de problemas terribles, aunque poco probables, se cree que se está haciendo todo lo posible para solucionar problemas; aunque en realidad los estén evitando. La quintaesencia de este proceso consiste en que los humanos puede crear estrés para excluir un dolor posterior mayor (Borkovec, Alcaine, y Behar, 2004).²

C. Preocuparse por estar preocupado

Wells (1999, 2002, 2004, Wells and Matthews, 1994) considera que tanto las creencias positivas acerca de la preocupación como las negativas pueden llevar a convertirla a ella misma en una amenaza. Este autor explica que cuando se piensa de forma rígida que la preocupación es buena y que hay que implementarla en todo momento, porque es imprescindible para resolver problemas o para evitar amenazas, aparece la preocupación de tipo 1. La persona inicia el desarrollo de planes de acción hasta que encuentra uno que le satisface. La forma de saber que le satisface es cuando siente o bien que es capaz de afrontar el problema o bien que ha contemplado todas las alternativas posibles; pero estos criterios suelen ser arbitrarios o supersticiosos. La persistencia y repetición de este proceso es la causa de que se implante una preocupación patológica. Finalmente se llegan a activar las creencias negativas, como considerarla incontrolable o dañina para el cuerpo o la mente de las

personas, con lo que se dispara la preocupación tipo 2. En este caso se establece la metapreocupación, ya que se llega a estar preocupado por el hecho de estar preocupado, se cree que la preocupación puede volver loco o llevar a hacer locuras, o a causar un estrés tan grande que produzca finalmente una enfermedad física.²

La creencia en que la preocupación es dañina se confirma a sí misma. En efecto, el análisis de la situación confirma las previsiones, porque uno comprueba que cuando se preocupa, su cabeza da vueltas y su nivel de ansiedad es muy grande lo que le hace temer por su salud; pero la primera alternativa que toma es preocuparse para encontrar la solución a su malestar, para asegurarse de que no le va a pasar nada, se establece así un círculo vicioso que incrementa la ansiedad y la creencia en la malignidad de la preocupación que se siente como incontrolable.²

Cuando puede avanzar en la resolución de su problema y pensar en otras alternativas, lo que se le ocurre es intentar dejar de pensar en lo que le preocupa, es decir, en los problemas que él cree que le producen sus pensamientos, no quiere pensar, pero sabemos que eso es muy difícil, cuanto más se esfuerza, más presentes están sus pensamientos (Wegner, 1994; Wenzlaff, 2000). Aunque en el caso del trastorno de ansiedad generalizada Purdon (1999) encuentra que algunas veces es posible suprimirlos, seguramente ocurrirá cuando la preocupación es una conducta de evitación, pero no cuando ella misma es la fuente de la ansiedad. Por lo tanto, lo más normal es que fracase en su intento. Cuando en sus intentos

de control analiza los resultados obtenidos con su esfuerzo, le surge un sentimiento de falta de capacidad de resolver el problema, que le lleva a esforzarse más y más (Sugiura, 2003), incrementando notablemente su problema. Así puede surgir otra creencia negativa de que la preocupación es incontrolable, además de potencialmente dañina lo que incrementa tremendamente la ansiedad.²

Solucionar los problemas causados por la preocupación patológica se tiene que hacer saliendo del marco de procesamiento de la información en el que se está, pasando al nivel metacognitivo, en el que se tiene control de la preocupación. Si no se hiciese así, se trataría de solucionar el problema comenzando por preocuparse por él, elaborando planes que ayuden a eliminar la preocupación, por lo que se entra en un camino que no lleva más que a empeorar la situación. Para conseguir este distanciamiento Wells propone la regulación de la atención (Wells y Mathews, 1994) por medio de la cual los sujetos se fijan en sonidos externos en presencia de los estímulos que llevan a la preocupación y cuando se distraen vuelven a ellos.²

Wells (2002) plantea que el elemento fundamental en la preocupación patológica es que el procesamiento de los pensamientos no se hace en un nivel metacognitivo, en el que hay control de los pensamientos. Así, quien se preocupa patológicamente ve los pensamientos como sucesos reales en lugar de considerarlos como sucesos internos que no tienen necesariamente que reflejar una realidad objetiva. De esta forma, una

amenaza pensada se convierte en real en lugar de ser solamente un pensamiento, y en consecuencia se establece el objetivo de eliminarla, evaluándola e intentando establecer estrategias y conductas para reducirla, acabar con ella o vigilarla, como si fuera totalmente real. Se ha dejado a un lado el funcionamiento metacognitivo que permite que se vean a los pensamientos como procesos que se tienen que evaluar y contrastar. Funcionar en modo metacognitivo supone que la persona toma una cierta distancia de sus pensamientos y creencias, que no se consideran obligatoriamente como una representación verdadera de la realidad. Con este modelo Wells propone demostrar que la preocupación es controlable, el objetivo para solucionar el problema sería potenciar el modo metacognitivo de pensar de forma que se pudieran evaluar los pensamientos, contrastar su realidad, suspender la preocupación o redirigir la atención a sucesos más probables. Funcionando en un nivel metacognitivo se conseguiría tener un conocimiento más estructurado y desarrollar planes nuevos y efectivos y sería menos probable caer en una preocupación patológica.²

Wells (2004) propone que se vaya comprobando que la preocupación es controlable, por ejemplo, sugiere que se intente aplazar indicando al paciente que solamente se preocupe durante un periodo corto y determinado al día. Se le enseña al paciente a estar aquí y ahora para poder ocupar su mente en las cosas que son importantes y que son a los que le conviene dedicarse en ese momento. La experiencia clínica nos dice que cuando la ansiedad es muy alta, lograr dejar la lucha contra lo que

tememos es muy difícil, por eso la exposición a sus miedos le ayudará a rebajar la ansiedad y a poder estar en el presente.²

Una vez que el paciente ha debilitado sus creencias negativas sobre la preocupación (incontrolabilidad, dañina para la salud, etc.) se atacan sus creencias positivas por las que piensa que la preocupación es una buena estrategia para controlar los resultados. En este paso, es un buen tratamiento la exposición a la imposibilidad o la falta de habilidad para predecir o controlar algunos resultados, lo que implica la aceptación del problema (Dugas et al, 1998). Lo que además ayuda a debilitar la creencia en la propia incapacidad de resolver problemas; ya que la salida del círculo vicioso en el que se ha entrado rompe la creencia en la propia incompetencia y es la forma de aumentar la creencia en la autoeficacia.²

D. Conductas de preocupación

Las preocupaciones generan ansiedad, la cual intenta ser controlada por los pacientes mediante determinadas conductas. Brown, O'Leary y Barlow (2001) entienden por conductas de preocupación hacer (evitación activa) o no hacer (evitación pasiva) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados. Ejemplos serían llamar frecuentemente a los seres queridos para comprobar que están bien, llamar a los hospitales cuando un hijo que viaja en moto se retrasa, llegar con antelación a las citas, consultar frecuentemente al médico por síntomas propios o de familiares cuya importancia se magnifica, pedir tranquilización a los amigos sobre estos síntomas, limpiar la casa

diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita, asegurarse con exceso de que un trabajo está bien hecho, negarse a leer esquelas o noticias desagradables en el periódico o a hablar sobre ellas, rehuir conversaciones incómodas, posponer actividades, no aceptar invitaciones a reuniones sociales, no querer ver ciertos programas de TV, etc. Estas conductas de preocupación contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza. Por otra parte, Wells (1995, 1997) ha señalado que con el paso del tiempo los pacientes desarrollan creencias negativas sobre las preocupaciones. A partir de experiencias propias (preocupaciones que se van volviendo cada vez más incontrolables y perturbadoras) y/o de otros (persona significativa que presenta un problema mental asociado con las preocupaciones), los pacientes tienden a creer que preocuparse es incontrolable y peligroso (“si no controlo mis preocupaciones, terminarán por controlarme”, “las preocupaciones me harán perder mi salud mental”). Estas creencias negativas estimulan lo que Wells (1997) ha denominado preocupaciones Tipo 2 o preocupaciones sobre la cognición en sí misma, en particular preocupaciones sobre la ocurrencia de preocuparse (metapreocupaciones); por ejemplo, me estoy volviendo loco con preocuparme, no voy a poder seguir funcionando, me voy a poner enfermo. Estas metapreocupaciones, o valoraciones negativas sobre preocuparse son más frecuentes en pacientes con TAG que en sujetos no ansiosos (davis y Valentiner, 200, citado en Gosselin y Laberge, 2003) y deben ser distinguidas de las preocupaciones Tipo 1 o preocupaciones sobre eventos externos y eventos internos no cognitivos (síntomas físicos). Las creencias negativas y preocuparse sobre

preocuparse tienen una serie de efectos: Mayor atención a y mejor detección de pensamientos no deseados, e intentos de controlarlos. Esto puede llevarse a cabo intentando suprimirlos directamente lo cual lleva paradójicamente a su incremento posterior, distrayéndose, diciéndose cosas tranquilizadoras o llevando a cabo las preocupaciones dentro de estrictos límites o de formas especiales que pretenden lograr los beneficios de las preocupaciones al tiempo que evitan sus peligros. Conductas dirigidas a buscar tranquilización y prevenir los peligros asociados con las preocupaciones tipo 1 y 2, es decir, conductas de preocupación. Así, hacer que la pareja llame cada cierto tiempo para decir que está bien, llegar a casa más tarde que el cónyuge para no preocuparse sobre su tardanza o evitar todo aquello que suscita las preocupaciones. Respuestas emocionales y otros síntomas. Incremento de ansiedad y tensión, disociación, mente acelerada, problemas de concentración, perturbaciones del sueño, etc. Estos síntomas pueden ser interpretados como prueba favorable a las creencias negativas que subyacen a las metapreocupaciones. En aquellos casos en que se diera una valoración de una catástrofe mental inmediata podrían aparecer ataques de pánico. Todos estos efectos exacerban los pensamientos intrusos, mantienen las interpretaciones de amenaza y contribuyen al mantenimiento de las metapreocupaciones. Según Wells, las metapreocupaciones son las que contribuyen fundamentalmente a transformar las preocupaciones normales en patológicas.³

E. Exposición a la preocupación

La exposición a la preocupación incluye los siguientes pasos: Identificar las dos o tres áreas principales de preocupación de un paciente y ordenarlas comenzando por la menos perturbadora o ansiógena. Entrenar en imaginación al cliente mediante el empleo de escenas agradables. Evocar vívidamente la primera área de preocupación pidiendo al cliente que se concentre en sus pensamientos ansiógenos mientras intenta imaginar la peor consecuencia temida que se le ocurra de esa área de preocupación. Así, un paciente que se preocupa cuando su cónyuge llega tarde del trabajo puede imaginárselo inconsciente y desplomado sobre el volante del coche. Y una paciente que se preocupa porque una amiga pase de visita sin avisar y vea la casa sucia y desordenada puede imaginarse que aquella llamará al resto de las amigas para decírselo y todas se reirán de ella y le perderán el respeto. - Una vez que el cliente logra imaginar vívidamente lo anterior, se le pide que vuelva a revocar los pensamientos e imágenes y que los mantenga claramente en su cabeza durante al menos 25-30 minutos. Es conveniente obtener calificaciones periódicas de la ansiedad del paciente (p.ej., cada 5 minutos) para comprobar si esta se va reduciendo y, si no es así, para detectar posibles problemas.³

F. Prevención de las conductas de preocupación

Brown, O'Leary y Barlow (1993, 2001) entienden por conductas de preocupación el hacer (evitación activa) o no hacer (evitación pasiva) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados. Ejemplos: llamar frecuentemente a los seres queridos para comprobar que están bien, llamar a los hospitales

cuando un hijo que viaja en moto se retrasa, llegar con antelación a las citas, consultar frecuentemente al médico por síntomas propios o de familiares cuya importancia se magnifica, pedir tranquilización a los amigos sobre estos síntomas, limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita, rarse con exceso de que un trabajo está bien hecho, negarse a leer esquelas o noticias desagradables en el periódico, rehuir conversaciones incómodas, posponer actividades, no aceptar invitaciones a reuniones sociales, no querer ver ciertos programas de TV, no ir al médico, etc. En cuanto a los experimentos conductuales, se puede pedir a un paciente que se preocupe sobre las consecuencias de eventos venideros y que no se preocupe por las consecuencias de otros. Al registrar los resultados de todos los eventos, el paciente puede poner a prueba su hipótesis de que preocuparse previene los resultados negativos o protege contra la decepción si estos ocurren. Para someter a prueba la creencia de que preocuparse mejora la actuación, se puede pedir al paciente que se preocupe más tiempo y con mayor intensidad durante un periodo de tiempo determinado. Luego, la calidad de la actuación durante este periodo es comparada con la de un periodo normal o de no preocupación.³

1.1.2 Actitud

A. Etimología

Etimológicamente, “actitud” es un término que surge en castellano a comienzos del siglo XVII y que proviene del italiano “actitudine”. Con este término los críticos de arte italiano aludían a las posiciones que el artista

daba cuerpo de su estatua o de su representación gráfica y con las cuales pretendía evocar ciertas disposiciones anímicas de la persona representada. Actitud, por lo tanto, es una postura corporal en la que se materializa y expresa la postura del espíritu.⁴

B. Concepto

Desde su aparición en la Psicología social, a principios del siglo pasado, y hasta la actualidad, se han propuesto distintas definiciones de actitud, de mayor o menor complejidad. En la actualidad, la mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en definir las actitudes de la siguiente forma: Evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud. De una manera más concreta, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud. Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización.⁵

No es difícil entender, por tanto, que las personas tengamos actitudes hacia cualquier objeto de actitud imaginable, tales como objetos materiales, personas, situaciones o ideas. A su vez, dichos objetos de actitud pueden ser muy concretos (por ejemplo un nuevo modelo de coche o los matrimonios homosexuales), o muy abstractos (por ejemplo la igualdad, la

democracia o la salud). Otra de las características esenciales de las actitudes es que constituyen un fenómeno mental. Es decir, las actitudes reflejan una tendencia evaluativa que no es directamente observable desde fuera del propio sujeto. Por tanto, se hace necesario inferir las actitudes de las personas a partir de ciertos indicadores. En el presente capítulo estudiaremos este aspecto en el apartado de medida de las actitudes. Por ejemplo, conocer los componentes de una actitud puede ayudar a inferir dicha actitud. De forma muy resumida, las actitudes se organizan mentalmente de acuerdo a lo que se ha dado en denominar concepción tripartita de las actitudes.⁵

El concepto de actitud está de tal manera arraigado en nuestra cultura, que resulta un término de uso casi cotidiano. Esto no quiere decir que siempre o en todas partes se emplee con la misma significación, o que el sentido que le da el uso coloquial del término equivalga a su sentido técnico. En general, el significado que se suele asignar al término es el que ofrece el diccionario, “disposición de ánimo”. Afirmamos, por ejemplo, que nos encontramos en una actitud positiva hacia los cambios sociales o que hemos adoptado una actitud de severidad hacia uno de nuestros hijos, que tenemos una actitud crítica frente a lo que dicen los periódicos.⁴

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. A continuación se señalan en orden cronológico algunas de ellas:

- La actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno.
- La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud.
- La actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-evitación del individuo con respecto a un objeto.
- La actitud es la disposición permanente del sujeto para reaccionar ante determinados valores.⁶

El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico. Una multitud de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencia, reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipia, valencia, sólo para mencionar algunos son sinónimos funcionales del concepto de actitud.⁶

El término actitud hace referencia a un sentimiento general, permanente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema.

Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser, son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a

valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros.

La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad.⁶

Las actitudes son como factores que intervienen en una acción, una predisposición comportamental adquirida hacia algún objeto o situación. Como una postura o semblante que expresa un estado de ánimo o quizá una intención o, de forma más general, una visión del mundo.

Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables.

Una actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien - el objeto de la actitud. Disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social; es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos.⁶

El concepto de actitud se refiere a las concepciones fundamentales relativas a la naturaleza del ser humano, implica ciertos componentes morales o humanos y exige un compromiso personal y se define como una tendencia o disposición constante a percibir y reaccionar en un sentido; por ej. de tolerancia o de intolerancia, de respeto o de crítica, de confianza o de desconfianza, etcétera.

Hablamos de actitud cuando nos referimos a una generalización hecha a partir de observar repetidamente un mismo tipo de comportamiento. Generalmente detrás de un conjunto de actitudes se pueden identificar valores.⁶

Predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto. Una actitud es una orientación general de la manera de ser de un actor social (individuo o grupo) ante ciertos elementos del mundo (llamados objetos nodales)⁶

C. Componentes de la Actitudes

La condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo.⁶

Los Componentes Cognitivos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.

Los Componentes Afectivos son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado) ⁶

Los Componentes Conativos, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas. ⁶

D. ¿Cómo se forman las actitudes?

Dado que en el ámbito de los valores y actitudes se mezclan los planos individual y social, las distintas teorías sobre la conducta se han orientado en estas dos perspectivas. La primera de ellas, la perspectiva Psicológica explica las actitudes como gustos, preferencias e inclinaciones, aversiones, que se derivan de las experiencias personales; la segunda, la perspectiva Sociológica las concibe como producto de la interacción social y como

valores y actitudes socialmente compartidos. Es decir, estas perspectivas fluctúan entre el subjetivismo (valoración, gusto o interés individual) y la consideración de valores que merecen ser defendidos socialmente. (Bolívar, 1995: 71) En todo caso, las actitudes surgen como producto de la interrelación sujeto-medio, en la que los prejuicios, costumbres, valores sociales y discriminación juegan un papel determinante.⁶

En cuanto a la adquisición de las actitudes, para la teoría del aprendizaje, éstas se adquieren de la misma forma que se integran las demás experiencias, en donde al asimilar una nueva información, se aprende, se sienten los pensamientos y las acciones que están en relación con ella (Trechera, 2000). Las forma de adquirir las actitudes; no es innata, existen tres formas de adquisición:

- A través de la experiencia directa, con un objeto, persona o situación.
- Mediante la objetivación de los efectos de un estímulo
- Como una consecuencia de las comunicaciones que constantemente están describiendo las características, atributos o cualidades Otra de las formas también podría ser a través del autoconocimiento, análisis crítico, descubriendo cosas y situaciones.⁷

También se adquieren así las actitudes relacionadas con la salud o algún problema que se presente, existen 3 factores que son determinantes de la formación de las actitudes:

1. Las necesidades personales: Ya que se desarrollan en el proceso de satisfacción de las necesidades, por lo que son potenciadas aquellas

que favorables hacia las personas u objetos que satisfacen estas necesidades.

2. La pertenencia a determinado grupo: en especial los grupos primarios, porque :

- Estos influyen para el conformismo y la homogeneidad de las actitudes de los miembros.
- Los individuos reciben la misma información y, a su vez, ellos participan en grupos que les presenten actitudes semejantes a las suyas.
- Los nuevos miembros de un grupo, tienden a adoptar las actitudes compartidas por ese grupo para conseguir su aceptación. Y estos grupos, pueden llegar a ser grupos de referencia que actúan como modelo y guías de comportamiento.⁷

3. Dimensiones de la personalidad: ya que las actitudes variaran dentro del grupo, según los diferentes rasgos de personalidad de sus miembros. Para González (1981) al ser las actitudes aprendidas, su posibilidad de cambio es real, por tanto, la actitud de cambio es también una actitud que posibilita nuevas valoraciones.⁷

E. La Medición de las Actitudes: Tipos de Medidas

Entre los diversos procedimientos existentes para medir las actitudes se pueden destacar los auto-informes, la observación de conductas, las reacciones ante estímulos estructurados, el rendimiento objetivo del sujeto

y las respuestas fisiológicas. Sin embargo, las medidas dominantes son los autoinformes y, dentro de éstas, caben señalar las siguientes escalas:

1. La escala de Thurstone. Ésta suele estar formada por unas 20 afirmaciones que intentan representar la dimensión actitudinal a intervalos iguales. El proceso de construcción y valoración de los resultados sería el siguiente:

- a. Reunidas las afirmaciones relacionadas con la actitud de estudio, se pide a diferentes jueces que sitúen cada afirmación en una categoría de respuesta de menos a más favorable
- b. Se eliminan aquellas en las que hay dispersión de opinión interjueces
- c. Las respuestas convergentes se utilizan para determinar el valor de la afirmación la mediana obtenida se utiliza con este fin
- d. Se seleccionan los ítems que están en un intervalo igual a lo largo de la actitud
- e. Se presentan las afirmaciones a los sujetos aleatorizadamente
- f. Éstos eligen las afirmaciones con las que están de acuerdo
- g. Se obtiene la estimación de la actitud de cada sujeto a partir de la mediana de las afirmaciones elegidas por éste.

2. La escala de Guttman. Aunque su elaboración es sencilla, suele ser de uso y utilidad limitada. Con ella se busca obtener una escala con un orden explícito. Así, esta escala se basa en el porcentaje de aceptación de una respuesta de tipo A hasta E. Por ejemplo, se pide a los sujetos que evalúen si aceptarían a miembros de diferentes grupos étnicos en distintos grados:

- a. Los expulsarían del país

- b. Visitantes de su país
- c. Inmigrantes o ciudadanos de su país
- d. Compañeros de trabajo
- e. Vecinos

En este caso, se presupone que los sujetos que aceptan la opción A - expulsarlos- no aceptarían la B -visitantes-. Por tanto, la distribución de aceptación en una sociedad tradicional debería seguir una escala porcentual: el 80% aceptaría la opción B, el 60% la C y el 40% la D. Teniendo en cuenta esto, se considerarían como errores los casos en los que los sujetos aceptaran las opciones C y D sin aceptar la B. ⁸

3. La escala de Likert. A diferencia de la escala Thurstone, la escala de Likert no presupone que haya un intervalo igual entre los niveles de respuesta. Sencillamente se pide a los sujetos que indiquen su grado de acuerdo-desacuerdo con una serie de afirmaciones que abarcan todo el espectro de la actitud -p. e., en una escala de 5 puntos, donde 1 es total desacuerdo y 5 total acuerdo-. Estas escalas presuponen que cada afirmación de la escala es una función lineal de la misma dimensión actitudinal, es decir, que todos los ítems que componen la escala deberán estar correlacionados entre sí y que existirá una correlación positiva entre cada ítem y la puntuación total de la escala (Perloff, 1993). Por ello, se suman todas las puntuaciones de cada afirmación para formar la puntuación total. A continuación, se presenta un ejemplo de este tipo de escala: En las prácticas situadas al final de este capítulo se

presentan tres escalas de Likert; una sobre Ética Protestante del Trabajo, otra sobre Actitud de Competición o Competitividad y otra sobre Mundo Justo.⁸

4. El diferencial Semántico. El diferencial semántico de Osgood se ha aplicado a la medición de la dimensión afectiva o evaluativa de la actitud. Éste consiste en una serie de escalas bipolares que vienen definidas por diferentes adjetivos antónimos (Clemente y Fernández, 1992). En uno de los extremos de la escala se encuentra uno de los adjetivos -p. e., bueno-, mientras que en el otro se sitúa su adjetivo antónimo -p. e., malo-. Los sujetos deben evaluar el objeto de actitud en cuestión según una escala de, normalmente, 5 o 7 posiciones para cada par de adjetivos (Igartua, 1996). Osgood et al. (1957) encontraron que las personas utilizan principalmente tres dimensiones semánticas a la hora de evaluar los conceptos: la 'evaluación', la 'potencia' y la 'actividad'. Además, plantearon que estas dimensiones eran universales y que la más importante era la evaluativa. En castellano, los adjetivos bipolares con mayor peso en las tres dimensiones del diferencial semántico son los siguientes:

- a. Evaluación: bueno – malo, amable – odioso, admirable – despreciable, simpático-antipático.
- b. Potencia: gigante-enano, mayor-menor, grande-pequeño, inmenso-diminuto.
- c. Actividad: divertido-aburrido, activo-pasivo, rápido-lento, joven-viejo (Bechini, 1986).

1.1.3 Universidad Privada

A. Definición

Artículo 115

Toda persona natural o jurídica tiene derecho a la libre iniciativa privada para constituir una persona jurídica, con la finalidad de realizar actividades en la educación universitaria, ejerciendo su derecho de fundar, promover, conducir y gestionar la constitución de universidades privadas. En caso de que la promotora tenga fines lucrativos se constituye bajo la forma societaria y en caso no tenga fines de lucro, bajo la forma asociativa. Para iniciar sus actividades, la promotora debe contar con la autorización de la SUNEDU, de conformidad con las normas y atribuciones que se señalan en la presente Ley. Adicionalmente, se deben sujetar a las siguientes reglas:

115.1 La persona jurídica promotora de la institución universitaria se constituye con la finalidad exclusiva de promover solo una institución universitaria. 115.2 Las actividades de extensión y proyección social se sujetan a lo establecido por sus autoridades académicas, quienes deben tener en cuenta las necesidades más urgentes de la población de su región.⁹

B. Bienes y beneficios

Artículo 116

Los bienes y beneficios de la universidad privada se rigen por los parámetros siguientes:

116.1 Los bienes de la institución universitaria se usan exclusivamente para los fines universitarios, y constan en las partidas correspondientes en caso de ser bienes registrables.

116.2 Los excedentes generados por las universidades privadas asociativas no son susceptibles de distribución o uso fuera de lo previsto por la presente Ley; no pueden ser distribuidos entre sus miembros ni utilizados por ellos, directa ni indirectamente.

116.3 Los excedentes que generan las universidades privadas societarias considera dos utilidades, están afectos a las normas tributarias del Impuesto a la Renta. Los programas de reinversión son supervisados por la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) y por la SUNEDU para verificar que estos contribuyan de modo efectivo al desarrollo académico de la institución.

116.4 Los convenios de cooperación celebrados entre instituciones universitarias y otras personas jurídicas de cualquier naturaleza que tengan por finalidad contribuir a la mejora de la calidad educativa, científica, tecnológica y al desarrollo deportivo del país, gozan de beneficios tributarios, conforme a la legislación pertinente sobre la materia. Es responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) y la SUNEDU, en el marco de sus competencias, verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.⁹

Es una comunidad académica orientada a la investigación y a la docencia, que brinda una formación humanista, científica y tecnológica con una clara conciencia de nuestro país como realidad multicultural. Adopta el concepto de educación como derecho fundamental y servicio público esencial. Está integrada por docentes, estudiantes y graduados.

C. Origen

La Educación Superior Universitaria, se inicia en el Perú con la creación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por Real Cédula expedida por don Carlos V, el 12 de mayo de 1551, la misma que fue inaugurada en la Sala Capitular del Convento de Santo Domingo en el Año 1553. En el año 1571 obtiene la aprobación Pontificia y en el año 1574, recibe el nombre de Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La creación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tiene como Institución Precursora la creación en la Ciudad de Los Reyes, del “Estudio General o Universidad”, a cargo de la Orden de Predicadores –Padres Dominicos- el 1º de Julio de 1548, celebrado en la ciudad del Cusco. Dicha Institución se encargaría de la formación de los evangelizadores de las nuevas tierras. Se enseñaría Escritura, Teología, Gramática y Lengua Quechua.¹⁰

D. De la Carrera Odontológica

Artículo 23.- Grados y Títulos

La profesión odontológica es una carrera de los profesionales de la salud de nivel universitario. La universidad otorga el grado de Bachiller y el Título de Cirujano Dentista.

Artículo 24.- De las Especialidades

Las universidades del país formulan y establecen Programas de Segunda Especialización acorde con las necesidades del país, en coordinación con el Ministerio de Salud.

Artículo 25.- De los Estudios de Especialización

El Cirujano Dentista obtiene el Título Universitario de Especialista en la modalidad escolarizada o no escolarizada. El título se otorga a nombre de la Nación.

Artículo 26.- Las especialidades odontológicas

Las especialidades odontológicas son las que la Universidad Peruana reconozca y otórguelas mismas que deben ser registradas por el Colegio Odontológico del Perú y serán consignadas en el Reglamento del Residentado Odontológico. Dichas especialidades son:

1. Cirugía Bucal Máxilo Facial
2. Cariología y Endodoncia
3. Medicina y Patología Estomatológica
4. Odontopediatría
5. Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
6. Periodoncia
7. Radiología Bucal y Máxilo Facial
8. Rehabilitación Oral
9. Salud Pública Estomatológica
10. Odontología Forense
11. Estomatología de Pacientes Especiales¹¹

Artículo 27.- De la capacitación

La educación continua y capacitación profesional permanente son inherentes al trabajo del Cirujano Dentista.

Artículo 28.- La promoción de la capacitación

El Estado y las entidades empleadoras del sector público y privado deberán promover la capacitación de su personal según la legislación vigente.

Artículo 29.- Registro de Magíster, Doctor y Especialista

El Colegio Odontológico del Perú contará con un Registro de los Cirujano Dentistas que posean título de Especialistas y los grados de Magíster y Doctor.

Artículo 30.- De los Residentes

Los residentes que pertenezcan a instituciones del Sector en condición de nombrados podrán acogerse a su solicitud al beneficio del destaque durante el período de su formación. Al finalizar el residentado permanecerán en el área de su especialidad en la institución de origen, un tiempo mínimo igual al de duración de su formación.¹¹

E. Especialidades

Luego de importantes reuniones entre las principales facultades de odontología del país y el Colegio Odontológico del Perú, se definieron las nomenclaturas y la formación de nuevas especialidades para la profesión odontológica en el Perú. El trascendental acuerdo se realizó el pasado 12

de junio en nuestra sede institucional. El cuadro de las nuevas especialidades consensuadas es el siguiente:

- Cirugía Bucal y Maxilofacial.
- Endodoncia.
- Medicina y Patología Estomatológica.
- Odontopediatría.
- Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.
- Periodoncia e Implantología.
- Radiología Bucal y Maxilofacial.
- Rehabilitación Oral.
- Salud Pública Estomatológica.
- Odontología Forense.
- Estomatología de Pacientes Especiales.
- Odontología Restauradora y Estética.
- Implantología Oral Integral.
- Odontogeriatría.
- Auditoria Odontológica.
- Administración y Gestión en Estomatología.¹²

Durante la reunión se aprobó por unanimidad la creación de la Comisión Permanente de Especialidades Odontológicas (COPEO) cuyas funciones serán organizar y sistematizar las competencias profesionales de las especialidades odontológicas, y recomendar las características necesarias para la formación de nuevas especialidades.¹²

Este nuevo organismo, que tendrá representantes del COP, de las facultades de odontología y de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), también tendrá la facultad de emitir opiniones técnicas para el caso de las especialidades odontológicas.

Asimismo, se aprobaron por unanimidad los proyectos para la modificación del artículo 26° del D.S. 016-2005-SA, Reglamento de la Ley de Trabajo del Cirujano Dentista, Ley 27878, y la enmienda del artículo 25° del D.S. 009-2013-SA, Reglamento de la Ley del Residentado Odontológico.¹²

“El orden llegó a nuestra profesión. No más nombres diferentes para una misma especialidad, no más creación de especialidades sin consenso. Consideró también significativa la creación del COPEO como el órgano que regulará las competencias de cada especialidad en el marco laboral y que será un filtro positivo a la aparición de nuevas especialidades. Hemos dado un gran paso, misión cumplida”, manifestó el Dr. David Vera Trujillo, decano nacional del COP.

Finalmente, se aprobó el registro de expedientes pendientes observados por nomenclatura. Además, las facultades de odontología se comprometieron a convocar a procesos de admisión con las especialidades en estricto orden a las denominaciones acordadas y a partir de su futura promulgación.¹²

F. La Clínica Estomatológica

Está definida como un establecimiento privado de salud de corta y mediana estancia conformada con un cuerpo de docentes especialistas estomatólogos y Departamento Médico para las atenciones en servicios de salud oral del punto de vista académico.

El establecimiento privado de salud además de ser una clínica universitaria de manejo docente asistencial tiene las autorizaciones y legitimidad absoluta para realizar procedimientos odontológicos a toda la comunidad en general.¹³

El objetivo principal, capacitar al futuro estomatólogo que debe contribuir en mejorar el estado de salud de la población del país y disminuir la prevalencia de enfermedades bucales, para ello contamos con un staff de profesionales especialistas.¹³

- Unidad de consulta externa

Es el sector encargado de brindar atención integral de salud al paciente ambulatorio. Tiene por objeto valorar, diagnosticar y prescribir los tratamientos en los diferentes campos de la especialidad médica, para la pronta recuperación del paciente, contando para ello con el apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y hospitalización si el caso lo amerita. Localización: Contará con un acceso directo y será independiente. Estará ubicado en el primer nivel separada de la Unidad de Hospitalización.¹⁴

Fácil acceso y comunicación con la Unidad de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento y con Registros Médicos. Los consultorios deben ubicarse agrupados en Consultorios Generales y Consultorios Especializados para un mejor trabajo

- **Ambientes**

- Sala de Espera
- Información
- Admisión
- Caja
- Archivo de Historias Clínicas
- Registros Médicos
- Servicio Social
- Consultorios Generales
- Consultorios Especializados
- Tópicos
- Inyectables e Inmunizaciones
- Cuarto de Limpieza
- Servicios Higiénicos para Pacientes
- Servicios Higiénicos para persona.¹⁴

- **Sala de Espera**

Contará una capacidad adecuada a la magnitud del Departamento, que albergue como mínimo de 10 a 20 personas, con un ambiente de Recepción y Control donde exista un Archivo Clínico de pacientes. Su área se considera de 24.00 m² por consultorio.¹⁴

1.2 Investigaciones

Caycedo C. y Cols. (2008) Colombia, en este trabajo se hace un estudio mayor sobre la convergencia entre el reporte del odontólogo acerca de la ansiedad de sus pacientes y las respuestas de los pacientes a dos escalas de ansiedad ante el tratamiento odontológico, llevado a cabo con una muestra de 132 odontólogos y sus correspondientes 913 pacientes en Bogotá, Colombia. Se presentan los datos correspondientes a las respuestas de los pacientes a dos instrumentos de autorreporte acerca de la ansiedad ante los tratamientos odontológicos. Tanto la escala mdas (escala de ansiedad dental modificada) como la sdai (inventario de ansiedad dental-versión corta), permitieron identificar una distribución similar en los diferentes niveles de severidad en la muestra de este estudio. Adicionalmente, se pudo observar que los contextos más ansiógenos son los que incluyen jeringas y agujas (47,2%), la anticipación de la extracción de una pieza dental (34,7%) y la anticipación del uso de la fresa dental (25,4%). Por otra parte, se observó niveles de ansiedad levemente mayores en mujeres que en hombres, este aspecto se evidencia tanto en los resultados de las escalas sdai y mdas como en la clasificación reportada por los odontólogos. Los resultados se discuten haciendo énfasis en la importancia de la identificación temprana de este desorden, del entrenamiento a odontólogos para su manejo; así como, del trabajo interdisciplinario para brindar al paciente una alternativa que promueva el uso de habilidades de autorregulación emocional.¹⁵

Espejo R. (2014) Perú, fue determinar la ansiedad dental en pacientes adultos del servicio de odontología de los hospitales regional docente de Trujillo y belén de Trujillo. Trujillo, 2014 material y método: el estudio de corte transversal,

comparativo y observacional, incluyó un total de 660 pacientes adultos del servicio de odontología de los hospitales regional docente de Trujillo y belén de Trujillo. Se les realizó un cuestionario basado en la escala de ansiedad dental modificada (mdas), evaluado mediante el índice de consistencia interna alfa de cronbach (0.76). Para el análisis de resultados se empleó la prueba t de student para grupos independientes y la prueba u de mann-whitney, considerando un nivel de significancia del 5%. Resultados: la puntuación media total de ansiedad para la población fue de 12,05 (de = 3,76), el sexo femenino presentó mayor ansiedad que el masculino ($p=0,000$) y la adultez joven presentó mayor ansiedad que la adultez media ($p=0,000$). Conclusiones: la puntuación media total fue de 12,05, siendo la perforación del diente y la inyección de anestesia local los ítems que alcanzaron el mayor puntaje de ansiedad. El sexo femenino presentó mayor ansiedad que el masculino y, la adultez joven, mayor ansiedad que la adultez media.¹⁶

Muza R. (2007) Chile, fue evaluar la frecuencia de ansiedad entre los pacientes en un servicio de emergencia dental. Corresponde a un estudio descriptivo basado en 232 entrevistas a pacientes mayores de 12 años que acudieron al servicio de emergencia dental en rancagua, chile, desde octubre a noviembre 2006. El método usado para medir la ansiedad fue dental anxiety scale [das]. El grupo del estudio contestó preguntas relacionadas con edad, género y traumas dentales previos. Los resultados mostraron que el 23,7% de la muestra tenía ansiedad de acuerdo al das, siendo esta mayor en mujeres que en hombres y el 16,8% tuvo experiencia negativa en tratamientos dentales anteriores. Se concluye que es frecuente la ansiedad entre los pacientes que acuden al servicio de

emergencia dental. Las mujeres están más dispuestas a reportar su ansiedad que los hombres. Las experiencias previas parecen ser un factor importante que contribuye a evitar los cuidados dentales. Palabras clave: ansiedad, servicio de emergencia dental, urgencia dental.¹⁷

Palomino R. (2015) Perú, fue determinar el nivel de ansiedad en los pacientes que acuden a la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas filial Ica en el mes de setiembre del año 2014. Se realizó un estudio de nivel descriptivo de tipo observacional, prospectivo, y transversal. Se diseñó un estudio epidemiológico con el objetivo de describir la distribución de la ansiedad a los procedimientos dentales en función de la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y la especialidad odontológica. Para la determinación del tamaño muestral se aplicó el algoritmo matemático para una población finita de 160 usuarios; con un nivel de significancia de 0,05; i.c. 95% y con una probabilidad de ocurrencia del 50,0% se obtuvo una muestra de 114. Previo consentimiento informado se aplicó la técnica de “la encuesta” para lo cual se utilizó la fusión de la escala de ansiedad dental modificada de Corah o mdas y la escala de ansiedad versión corta (sdai) con un índice de consistencia interna de 0,841 (validez interna elevada). El procesamiento se realizó en el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS versión 22. Según la edad fue prevalente la ansiedad mínima en los adultos 47,1%; ansiedad moderada y alta en los jóvenes 50,0% y 60,0% respectivamente. El género femenino ansiedad mínima 64,7%; moderada 87,5% y alta 60,0%. Según el estado civil, los solteros ansiedad mínima 50,6%; moderada 45,8% y alta 60,0%. Según escolaridad, el nivel secundario ansiedad mínima 48,2% y ansiedad moderada 58,3%; la ansiedad alta

en el nivel de instrucción superior universitario 60,0%. Según la actividad laboral, la ansiedad mínima en el trabajador activo 41,2% y ansiedad alta 60,0%; la ansiedad moderada en ama de casa 50,0%. Según las especialidades, la ansiedad alta en endodoncia y periodoncia con el 40,0% respectivamente y operatoria dental 20,0%. En cirugía los pacientes presentaron ansiedad mínima 10,6%; ansiedad moderada 12,5% y ansiedad alta 0,0% ($p>0,05$). Con un $p=0,000$ se concluye que la ansiedad mínima fue prevalente con el 74,6%, ansiedad moderada 21,1% y ansiedad alta 4,4% en los pacientes encuestados en la clínica estomatológica integral del adulto de la universidad alas peruanas filial ica en el mes de setiembre del año 2014.¹⁸

Pineda H. (2015) Guatemala, fue evaluar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes adultos durante su estadía en la sala de espera y que recibieron tratamiento en la clínica de exodoncia de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante el mes de enero de dos mil quince. Se trabajó con una muestra de 33 pacientes mayores de 18 años que asistieron a la clínica por tratamiento de extracción(es) dental(es), a quienes se les midió su nivel de ansiedad utilizando el inventario de ansiedad de beck, así mismo se tomó el tiempo de espera, se incluyó preguntas con el objetivo de conocer la edad, el sexo, experiencia previa y presencia de dolor. Se determinó que el nivel de ansiedad de los pacientes oscila entre mínimo y leve; según los análisis no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la relación de nivel de ansiedad con las variables de edad, sexo, experiencia previa y presencia de dolor actual. El nivel de ansiedad en el paciente no aumenta a causa del tiempo de espera, por el contrario se observó una disminución de ansiedad al

aumentar el tiempo de espera aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.¹⁹

Leyton A. (2016), fue determinar el nivel de ansiedad de los pacientes que acuden a la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo noviembre 2015. Material y método: el estudio de corte transversal, descriptivo y observacional, incluyó un total de 116 pacientes que acudieron a la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego. Se les realizó un cuestionario de ansiedad, evaluado mediante el índice de consistencia interna alfa de Cronbach (0.79). Para el análisis de los resultados se empleó la prueba de chi cuadrado. Resultados: el género femenino presento mayor ansiedad que el masculino ($p=0.0217$), pacientes mayores entre los 51-65 años presentaron mayor ansiedad ($p=0.0308$) y el área de cirugía y endodoncia son los que tuvieron mayor ansiedad ($p=0.0053$). Conclusiones: la mayoría de los pacientes encuestados no presento ansiedad (75.9%), sin embargo hay una prevalencia por el género femenino de presentar ansiedad, así como los pacientes de edad avanzada, y aquellos que son atendidos en el área de cirugía y endodoncia.²⁰

Atencio E. (2015) Perú, fue evaluar los niveles de ansiedad antes de la atención odontológica en pacientes que acudieron al centro de salud cono norte de la ciudad de Tacna, para lo cual se utilizaron la escala de ansiedad de corah a manera de auto encuestas. Los resultados del presente estudio determinan que, en los niveles de ansiedad de los pacientes, el 53% no presentan ansiedad, el 29% son ansiosos, el 16 % son muy ansiosos y el 2 % tienen extrema ansiedad.²¹

Casanova C. (2017) Perú, fue determinar el nivel de ansiedad pre-quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía oral en la clínica estomatológica de la universidad privada Antenor Orrego, Trujillo, 2017. Un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. Donde se incluyeron una población de 96 pacientes de ambos géneros, de entre 18-65 años de edad y que acudieron a la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego en las áreas de cirugía i, ii, y iii; clínica i y ii. Previo a la cirugía los pacientes tenían que completar dos encuestas de las escalas: stai-y1 (state-trait anxiety inventory-state) para medir la ansiedad estado y apais (amsterdam preoperative anxiety and information scale) para medir la ansiedad dental. Los resultados determinaron que los pacientes sometidos a cirugía oral mostraron niveles moderados de ansiedad estado y pacientes no ansiosos en ansiedad dental. Según género las mujeres presentaron niveles de ansiedad media 56%, contra un 39% en el sexo masculino con una diferencia estadísticamente significativa, en ansiedad estado; y se encontraron pacientes ansiosos con 62% en el sexo femenino y 18% en el sexo masculino, en ansiedad dental. Según el nivel de instrucción se encontró ansiedad baja en pacientes con nivel de instrucción superior en ansiedad estado, con una diferencia estadísticamente significativa; y pacientes no ansiosos con un 82% en pacientes con nivel de instrucción superior, en ansiedad dental. Concluyendo que se encontró niveles de ansiedad considerables. Donde existen diferencias significativas según género y nivel de instrucción.²²

Robles C. (2016) Perú, fue determinar el nivel de ansiedad y miedo al tratamiento odontológico de los pacientes que acuden al cap I San Pedro de Iloc, Pacasmayo, Trujillo, 2016, de corte transversal, se evaluaron a 132 pacientes adultos empleándose la escala de ansiedad dental de corah y la escala de miedos

dentales de pál-hegedus y lejarza a manera de autoencuestas. Los resultados del presente estudio determinaron que en el nivel de ansiedad de los pacientes al tratamiento odontológico presentaron un 60% y en el nivel de miedo el 81.8%. Según genero para los niveles de ansiedad las mujeres presentaron un 29.4%, mientras que los varones el 23.3%, para los niveles de miedo las mujeres presentaron un 84.3%, mientras que los varones el 73.3%. Según edad para los niveles de ansiedad el porcentaje más alto se presentó en el grupo etario de 40 - 59 años con un 27.5%, para el nivel de miedo el porcentaje más alto se presentó en el grupo etario de 40-59 años con un 86.3%. Según grado de instrucción para los niveles de ansiedad el porcentaje más alto se presentó en el nivel secundario con un 27.3%, para el nivel de miedo el porcentaje más alto se presentó en el nivel secundario con un 89.3%. Concluyendo que la mayoría de los pacientes, presentaron diversos niveles de ansiedad y miedo elevado al tratamiento odontológico.²³

Pulla J. (2017) Ecuador, fue conocer el nivel de miedo y ansiedad en pacientes adultos, al acudir a la atención odontológica: en cuatro centros de salud del distrito 17d04. El estudio es observacional y transversal con 167 pacientes, distribuidos en los cuatro centros de salud de acuerdo a la afluencia de cada uno. Se utilizó dos cuestionarios: miedo dental de pál-hegedus - lejarza y del dr. Martínez márquez y el cuestionario de ansiedad dental de corhn modificado (mdas), consideración como variables independientes al género, la edad y el grado de instrucción. Se determinó que existe miedo (31%) y ansiedad (38%) en los pacientes odontológicos de los centros de salud, además que existe mucho miedo a situaciones relacionadas con la práctica odontológica y el trato del odontólogo, incluso que existe ansiedad extrema a situaciones relacionadas a

inyecciones o agujas. Porcentualmente el género, edad y grado de instrucción influyen levemente en el miedo y ansiedad. Los pacientes que acuden a la atención odontológica de los centros de salud presentan un alto nivel de miedo y ansiedad dental que está influenciado por otros factores.²⁴

Muza R. y Muza P. (2007) Chile, fue conocer el nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental. Para ello, se aplicó la encuesta Dental Concerns Assessment (DCA), traducida, en la sala de espera del servicio dental del hospital regional Rancagua a 233 pacientes mujeres, acerca de 26 procedimientos dentales. La escala de medición de la ansiedad tiene 4 niveles (bajo, moderado, alto, no sabe) la edad fue clasificada en 4 grupos etarios por los que se compararon las respuestas. Resultados: los mayores niveles de preocupación estuvieron causados por el costo de los tratamientos (156 pacientes), la necesidad de varios procedimientos (131), el número de citas y el tiempo asociado (118), el dolor (117), temor a la inyección (111), tratamiento de endodoncia (104) y por el sonido del aparato empleado en la limpieza dental (96). El procedimiento que causó menos ansiedad es la radiografía (26). El uso de cuestionarios de evaluación de la ansiedad pre - tratamiento, puede ayudar a los dentistas a disminuir la ansiedad de sus pacientes. Es necesario tomar medidas concretas para manejar la ansiedad, tales como, fármacos, técnicas de relajación, respiración abdominal, meditación, música.²⁵

Briceño Y. (2017) Venezuela, fue comparar el nivel de ansiedad en pacientes que acuden a consulta odontológica en las cátedras de cirugía y periodoncia de la facultad de odontología de la universidad de los andes. Para ello se realizó un

estudio de tipo epidemiológico comparativo con un diseño transversal de caso en ambiente libre. La muestra fue de 40 hombres y mujeres adultos pacientes de las cátedras de cirugía y periodoncia. Para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos simultáneamente, *state-trait anxiety inventory (stai)* y *short version dental anxiety scale (sdai)*. Según la categorización por género y edad, los pacientes con mayor nivel de ansiedad según el género son las mujeres, y según la edad son los pacientes pertenecientes al grupo comprendido entre 38 y 45 años, a diferencia de los pacientes de menor edad que presentan menores niveles de ansiedad. En relación con las pruebas de *chi-cuadrado*, se puede resaltar que el *p*-valor obtenido del instrumento aplicado para la ansiedad estado-rasgo y ansiedad dental comparado con la cátedra de cirugía y periodoncia fue mayor a 0.05, referido a esto podemos afirmar que no encontramos una dependencia estadísticamente significativa entre las variables, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis alternativa (H_1) y aceptar la hipótesis nula (H_0).²⁶

Martínez A. (2014) España, fue determinar los niveles de ansiedad en pacientes adultos que asisten a consulta y tratamiento odontológico, identificando presencia y frecuencia de factores desencadenantes de ansiedad y relacionarlos con las características sociodemográficas de la población de estudio. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio observacional analítico de corte trasversal, con una muestra de 355 pacientes adultos, atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás de Floridablanca, en el primer semestre de 2014. Se aplicó una encuesta autodiligenciada, previamente validada, para establecer las características sociodemográficas de los participantes, como también el test de ansiedad dental de *Norman Corah*. La información se registró en una base de

datos, utilizando el programa epi-info versión 3.2.2. Se manejó estadística descriptiva para la presentación de variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. El análisis bivariado se realizó mediante la prueba de χ^2 . Cada paciente aceptó voluntariamente participar mediante la firma del consentimiento informado. Resultados: en 197 (55.6%) de los participantes no se evidenció ansiedad; el nivel de ansiedad más frecuente observado fue moderado, para 102 participantes (28,8%), y el nivel de ansiedad severo se presentó en 34 casos (9,6%). Los procedimientos odontológicos que generaron mayores niveles de ansiedad en los pacientes atendidos fueron la endodoncia y la exodoncia. Se encontró asociación entre los diferentes niveles de ansiedad y las variables edad ($p=0.001$), estado civil ($p=0,010$) y nivel educativo ($p=0,036$). Conclusiones: la aplicación del test de norman corah permitió establecer que un alto porcentaje de pacientes no refiere ansiedad frente a la atención odontológica, y en los pacientes que la reportan la ansiedad moderada es la más representativa. Los tratamientos de endodoncia y exodoncia requieren de anestesia troncular o infiltrativa, lo cual se encontró que aumenta la ansiedad durante el procedimiento.²⁷

1.3 Marco Conceptual

- Preocupación

Temor preventivo acompañado de un estado de ansiedad que tiene absorto a un individuo, impidiéndole el contacto afectivo y la relación con la realidad externa. Cuando no está justificada con datos de la realidad la preocupación tiene rasgos patógenos, con motivaciones que deben buscarse en el nivel

inconsciente. La preocupación ha sido considerada durante mucho tiempo como un componente más de la ansiedad e incluso inseparable de ella.

- **Actitud**

Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser, son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros.

- **Educación Superior**

La educación superior es aquella que contempla la última fase del proceso de aprendizaje académico es decir, aquella que viene luego de la etapa secundaria. Es impartida en las universidades, institutos superiores o academia de formación técnica. La enseñanza que ofrece la educación superior es a nivel profesional.

- **Universidad**

Del latín universitas, la universidad es una institución de enseñanza superior formada por diversas facultades y que otorga distintos grados académicos. Estas instituciones pueden incluir, además de las facultades, distintos departamentos, colegios, centros de investigación y otras entidades.

- **Universidad Privada**

Una universidad privada o un centro privado de educación superior es una universidad que no es gestionada por un gobierno ni recibe financiación

pública. Las universidades privadas se financian con sus propios ingresos, que suelen provenir de las matrículas de los alumnos, de donaciones particulares o de patentes registradas por sus equipos de investigación.

- **Clínica Estomatológica**

Está definida como un establecimiento privado de salud de corta y mediana estancia conformada con un cuerpo de docentes especialistas estomatólogos y Departamento Médico para las atenciones en servicios de salud oral del punto de vista académico.

- **Sala de Espera**

Contará una capacidad adecuada a la magnitud del Departamento, que albergue como mínimo de 10 a 20 personas, con un ambiente de Recepción y Control donde exista un Archivo Clínico de pacientes. Su área se considera de 24.00 m² por consultorio.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La preocupación es un estado preventivo que es parte de la ansiedad del ser humano la cual lo tiene absorto, impidiéndole que muestre contacto afectivo y la relación con la realidad externa. Los tratamientos odontológicos producen preocupación en los pacientes y si esta emoción no es controlada completa, retarda y muchas veces impide la conclusión de los tratamientos dentales. Entre las especialidades que se desarrollan en la clínica para los tratamientos son: Cirugía Bucal y Maxilofacial, Endodoncia, Odontopediatría, Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, Periodoncia e Implantología, Radiología Bucal y Maxilofacial, Rehabilitación Oral, Salud Pública Estomatológica, Estomatología de Pacientes Especiales, Odontología Restauradora y Estética.

A nivel mundial la preocupación y el miedo en los tratamientos dentales son problemas clínicos muy importantes que ocurren en un 40 a 50% de la población general. Se ha relacionado la preocupación, el miedo y la ansiedad, los cuales son considerados como un problema entre los odontólogos por tener respuesta negativa frente a procedimientos dentales en los pacientes.

Los estudios se han centrado en descubrir cuáles son los factores que influyen para que las personas decidan o no acudir al dentista en caso de necesidad, lo que significa que sólo busquen ayuda cuando ya el dolor sea muy intenso y los limita en su función.

A nivel Latinoamérica presentaron datos a las respuestas de preocupación de los pacientes ante tratamientos odontológicos. Observaron que en mayor porcentaje son que incluyen jeringas y agujas, seguido de la anticipación de la extracción dental y finalmente la anticipación del uso de la fresa dental. Aquellos son los tratamientos que más afectan a los pacientes frente a su estado emocional. Los mayores niveles de preocupación estuvieron causados por el costo de los tratamientos, la necesidad de varios procedimientos, el número de citas y el tiempo asociado, el dolor, temor a la inyección, tratamiento de endodoncia y por el sonido del aparato empleado en la limpieza dental. El procedimiento que causó menos ansiedad es la radiografía. El uso de cuestionarios de evaluación de la ansiedad pre-tratamiento, puede ayudar a los dentistas a disminuir la ansiedad de sus pacientes.

En el Perú no se ha realizado estudios previos frente a la preocupación que presenta el paciente ante tratamientos dentales como la extracción curación u otras, la preocupación es uno de los estados que puede intervenir en el momento en el que se quiere realizar un tratamiento.

De no realizar el estudio de la preocupación antes del tratamiento dental, la población peruana continuará asistiendo solo cuando sea necesario o cuando es demasiado tarde para el tratamiento dental, llegando a una extracción de la pieza dentaria y no poder tomar las medidas necesarias para disminuir la preocupación en los pacientes antes del tratamiento.

Los estudios se han centrado en la ansiedad de los pacientes, sin embargo se necesita hacer investigaciones frente a la preocupación, el cual se desenvuelve en una ansiedad, debido a que no hay estudios en el Perú y hay pocos a nivel mundial, ante ello el estudio a la preocupación del paciente frente al tratamiento odontológico es necesario para tomar las medidas necesarias y poder evitarlo, así el paciente tendrá más confianza asistiendo regularmente al dentista y no solo cuando hay dolor.

También es conveniente conocer la actitud que tiene el paciente, a pesar de las preocupaciones que pudiera tener, para realizarse el tratamiento estomatológico de su cavidad bucal. Por todo lo manifestado, es que plantea el siguiente planteamiento de problema del estudio que se propone realizar.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema Principal

¿Cuál es el Nivel de Preocupación del paciente antes del Tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 - II?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La finalidad que tuvo el estudio fue determinar el nivel de preocupación que tiene el paciente antes del tratamiento odontológico y la actitud que tuvo al ser atendido en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por ser la preocupación un preventivo que tiene la persona que asocia de un estado de ansiedad que tiene en tensión al paciente. Es necesario conocer cuál es su nivel de preocupación, al haber pocos estudios sobre el tema y más hay sobre la ansiedad, a fin que luego de los resultados se puedan tomar las medidas necesarias para evitar las preocupaciones, así el paciente tendría más confianza al acudir a la consulta con el odontólogo y asistir regularmente.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo Principal

Determinar el Nivel de Preocupación del paciente antes del Tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 – II.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Establecer el nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2. Determinar la actitud del paciente antes del tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
3. Establecer la relación entre el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
4. Determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según la Edad.
5. Establecer el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según el Sexo.
6. Identificar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según el Grado de instrucción.

2.2.3 Delimitación del Estudio

Delimitación Espacial

El estudio se realizó en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que está situada en el Distrito de Pueblo Libre, Lima.

Delimitación Temporal

La investigación se realizó con los pacientes que acudieron a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-II.

Delimitación Social

Al término del estudio realizados a los pacientes que acudieron a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-II. , sirvió para poder tomar las medidas necesarias y pertinentes, en los pacientes que tienen preocupación Alta al acudir a la consulta, a fin de mejorar y si fuera posible erradicar el nivel de preocupación que tienen los pacientes al asistir a la consulta Odontológica.

Delimitación Conceptual

La preocupación es un temor preventivo acompañado de un estado de ansiedad que tiene absorto a un paciente, que le impide el contacto afectivo y la relación con la realidad externa. Es un estado de desosiego, inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

Siendo la preocupación un estado de ansiedad que tiene confuso al paciente cuando se encuentra en la sala de espera antes de realizarse un tratamiento odontológico, tiene motivaciones que tiene en el inconsciente. Se encuentra en un estado de inquietud a veces con temor.

Esta preocupación del paciente tiene un impacto directo sobre la ansiedad, en concreto sobre el tono vagal que incluye los latidos del corazón y la respiración; además, otras desagradables como la tensión muscular y la inquietud, se hace una serie de interrogantes cuando está en la sala de espera de una institución prestadora de salud, como por ejemplo, dolor al pinchazo de la aguja en la anestesia, costo del tratamiento, tiempo de permanencia con la boca abierta, citas muy prolongadas, etc.

Actualmente por la coyuntura social económica en que nos encontramos hace que haya más personas con ansiedad y preocupación, por eso este estudio se refiere a conocer cuál es el nivel de preocupación que tiene el paciente cuando se encuentra en la sala de espera previa al tratamiento odontológico, para que de acuerdo a los resultados, se pueda hacer campañas de motivación sobre esta parte de la ansiedad que tiene el paciente sobre el tema que se está estudiando, que es la preocupación y el conocimiento de los factores asociados que puedan tener los pacientes al atenderse con el odontólogo.

También es necesario determinar en el estudio, a parte de la preocupación que puedan tener, cuál es la actitud que tienen los pacientes para realizarse el tratamiento odontológico, para que entre ambos resultados se pueda hacer una relación y luego tomar las medidas pertinentes, en caso fuera necesario.

También se justifica la investigación por ser la primera que se realiza en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega sobre el tema que se propone en el estudio.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis

Es alto el nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento y una actitud deficiente, al atenderse en la Clínica Estomatológica.

2.3.2 Variable e indicadores

2.3.2.1 Variable

- **Variable Independiente**

Nivel de Preocupación

- **Variable Dependiente**

Su Actitud

2.3.2.2 Indicadores

Los indicadores a utilizar en el estudio fueron las respuestas a las preguntas que figuran en la encuesta para determinar el nivel de preocupación de los pacientes.

1. Anestésico inyectable
2. Radiografías ("Rayos X")
3. Cansancio mandibular
4. Preocupación por estar tensionado
5. Miedo a ser herido
6. No poder detener al dentista
7. La cantidad de tratamiento necesario
8. Sonidos en el consultorio dental
9. Olores en el consultorio dental

10. No tener la libertad de hacer preguntas o ser escuchado
11. Recibir muy poca información
12. Demasiadas citas cortas o citas demasiado largas
13. Me preocupa que pueda necesitar muchas citas
14. Ser criticado o regañado
15. No ser escuchado

Con respecto a los indicadores de la encuesta son las respuestas para determinar la actitud de los pacientes antes del tratamiento.

1. Se siente predispuesto atenderse a pesar del inyectable que va recibir.
2. Es incómodo para Ud. sentirse con cansancio a la mandíbula.
3. En mi condición de paciente me preocupa estar tensionado.
4. Me preocupa que durante el tratamiento pueda ser herido en la boca.
5. Me disgusta los sonidos y olores que pudiera haber en el consultorio.
6. Es importante tener libertad de preguntar al odontólogo y tener respuestas.
7. En mi condición de paciente preferiría citas necesarias para mi tratamiento.
8. Es importante como paciente no ser criticado y escuchado por el odontólogo.

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

Estuvo constituida por los pacientes adultos en número de 250 que acudieron a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018 – II.

3.1.2 Muestra

La muestra a considerar en el estudio fue no aleatoria por conveniencia y estuvo constituida por 150 pacientes hombres y mujeres que acuden a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018 – II, y que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de inclusión

- Pacientes hombres y mujeres que acudieron a la Clínica Estomatológica.
- Pacientes hombres y mujeres que se atendieron en el Ciclo académico 2018 – II.
- Pacientes que acepten y den su autorización para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes hombres y mujeres que acudieron a otra Clínica Estomatológica.
- Pacientes hombres y mujeres que se atendieron en otro Ciclo académico.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

3.2 Diseño Utilizado en el Estudio

3.2.1 Diseño

El diseño utilizado en el presente estudio fue descriptivo, ya que buscó la realidad actual del problema.

3.2.2 Tipo

En el estudio se utilizó el tipo Prospectivo, Transversal y Observacional, al realizarse mediante la toma de una encuesta.

3.2.3 Enfoque

El enfoque fue Cualitativo y Cuantitativo.

3.3 Técnica e Instrumento de la Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

La recolección de datos del presente estudio se llevó a cabo presentando el proyecto a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para que emitan la autorización correspondiente y poder desarrollar la investigación.

Luego se hizo las gestiones respectivas ante el Director de la Clínica, quien emitió la autorización respectiva, para realizar la ejecución correspondiente del estudio en la Clínica Estomatológica.

Para realizar el procedimiento de recolección de datos, se llevó a cabo mediante un cuestionario para ser llenado por el paciente, el cuestionario en mención fue elaborado por “Dental Concerns Assessment” (DCA) y utilizado en la investigación Nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental por C.D. Ricardo Muza y Paula Muza del Servicio Dental, Hospital Regional Rancagua – Chile, en el año 2007.

Para realizar el procedimiento de recolección de datos se efectuó en la Sala de espera de la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, haciendo una entrevista a los pacientes que van atenderse, explicándole el motivo del estudio, de las ventajas que tiene, mejoraría la atención, de acuerdo a los resultados, en un lenguaje sencillo, claro y de fácil entendimiento para ellos; luego, de absolver todas las preguntas que tuvieron los pacientes, se les entregó un formato del Consentimiento Informado para que después de su lectura puedan firmar dando autorización al tesista, para participar en el estudio llenando los cuestionarios correspondientes sobre su nivel de preocupación y la actitud que tienen para su tratamiento, luego al término del llenado de los cuestionarios hicieron la devolución correspondiente para elaborar la base de datos. El cuestionario fue de tipo anónimo, teniendo el debido cuidado de que no tenga ninguna referencia que pueda identificar al encuestado.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento utilizado en el estudio, fue un Cuestionario de Evaluación de preocupaciones dentales, cuya validación ya se describió anteriormente. El cuestionario tendrá tres partes que se detallan a continuación:

- La primera parte está referida a la Introducción; donde se explica la finalidad que se tiene con la ejecución del proyecto y el modo que el encuestado va hacer el llenado del cuestionario.
- La segunda parte precisando algunos datos, con respecto a las Co-variables como: Sexo, Edad y Grado de instrucción.
- La tercera parte mencionando las preguntas relacionadas con la Dimensión Nivel de Preocupación; que constó de un número de 15 preguntas para que clasifiquen sus preocupaciones sobre los procedimientos odontológicos que le van a realizar en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

A continuación se presenta las preguntas del cuestionario:

1. Anestésico inyectable
2. Radiografías ("Rayos X")
3. Cansancio mandibular
4. Preocupación por estar tensionado
5. Miedo a ser herido
6. No poder detener al dentista
7. La cantidad de tratamiento necesario

8. Sonidos en el consultorio dental
9. Olores en el consultorio dental
10. No tener la libertad de hacer preguntas o ser escuchado
11. Recibir muy poca información
12. Demasiadas citas cortas o citas demasiado largas
13. Me preocupa que pueda necesitar muchas citas
14. Ser criticado o regañado
15. No ser escuchado

Para elaborar la escala de determinación de la respuesta al cuestionario, para medir el nivel de preocupación antes del tratamiento. La escala en mención contó con cuatro alternativas las cuales se dividieron en: Alta, Mediana, Baja, Ninguna, que fueron absueltas por los pacientes de acuerdo a preguntas planteadas, siguiendo el sentido y direccionalidad de la escala, luego a cada respuesta se le asignó una puntuación favorable o desfavorable. La suma algebraica de las puntuaciones de las respuestas de cada paciente a las preguntas que se les hace, generó una puntuación total que fue representativa; si la posición es Alta o Ninguna, respecto a la pregunta sobre el Nivel de preocupación antes del tratamiento Odontológico en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en la dimensión que se plantea en el estudio.

Ninguna	Baja	Mediana	Alta
4	3	2	1

Luego se agrupó el Nivel de preocupación que tiene el paciente, de acuerdo a la media del puntaje obtenido en cada pregunta en los intervalos correspondientes al Cuadro N° 01

Cuadro N° 01
Escala de medición del Nivel de Preocupación

Nivel de Preocupación	Escala de Medición
Ninguna	3.01 – 4.00
Baja	2.01 – 3.00
Mediana	1.01 – 2.00
Alta	0.00 – 1.00

- La cuarta parte fue un cuestionario para medir la Actitud que tienen los pacientes para el tratamiento odontológico, las preguntas estuvieron relacionadas con la Dimensión Actitud en la Sala de espera antes del tratamiento odontológico, que constó de un cuestionario de 08 preguntas, en que pudo evaluar su actitud. A continuación se presenta las preguntas del cuestionario:
 1. Se siente predispuesto atenderse a pesar del inyectable que va recibir.
 2. Es incómodo para Ud. sentirse con cansancio a la mandíbula.
 3. En mi condición de paciente me preocupa estar tensionado.
 4. Me preocupa que durante el tratamiento pueda ser herido en la boca.
 5. Me disgusta los sonidos y olores que pudiera haber en el consultorio.
 6. Es importante tener libertad de preguntar al odontólogo y tener respuestas.

7. En mi condición de paciente preferiría citas necesarias para mi tratamiento.
8. Es importante como paciente no ser criticado y escuchado por el odontólogo.

La escala de medición de las preguntas del cuestionario sobre Actitud que tienen los pacientes en la sala de espera antes del tratamiento odontológico, es como sigue:

Muy de Acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
5	4	3	2	1

A continuación se agrupo la actitud que tienen los pacientes que se atienden en la Clínica Estomatológica, presentando la distribución por categorización de los puntajes.

Cuadro N° 02
Escala de medición de la Actitud

Actitud del paciente	Escala de medición
Actitud Alta	32 - 40
Actitud Mediana	17 - 31
Actitud Baja	01 - 16

3.4 Procesamiento de datos

Después de la ejecución del proyecto, el procesamiento de los datos se elaboró mediante el procedimiento estadístico en el cual el análisis de los resultados obtenidos implicó dos tipos: análisis descriptivo, es donde se hizo una estadística de tipo descriptiva del objetivo general y específicos planteados en el estudio, así como la media y el porcentaje de los mismos. Así como, un análisis inferencial, en donde los datos obtenidos del cuestionario tomado, se presentan de una manera organizada mediante tablas y gráficos que corresponden a cada una de las dimensiones que se plantean en los objetivos.

Los datos fueron procesados en una Notebook marca Dell XPS 15-G502x Procesador i5 2410m de 4gb de memoria RAM con el sistema Operativo Windows 7 Home Premium. Toda la información del estudio fue procesada mediante el programa SPSS versión 20.0 y la elaboración de la base de datos mediante el programa Microsoft Excel 2016.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

La presente investigación tuvo como propósito determinar el Nivel de Preocupación del paciente antes del Tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 – II; luego de la ejecución del proyecto y obtenido los resultados que fueron de acuerdo a los objetivos planteados, se hizo un análisis de los datos logrados, aplicando la estadística respectiva, los que se van a presentar en tablas y gráficos que se presentan a continuación.

Tabla N° 01
Distribución de participantes según el sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	52	34.7%
Femenino	98	65.3%

En la Tabla N° 01 se aprecia que los participantes de sexo masculino representan el 34.7% (N°=52) y del sexo Femenino el 65.3% (N°=98).

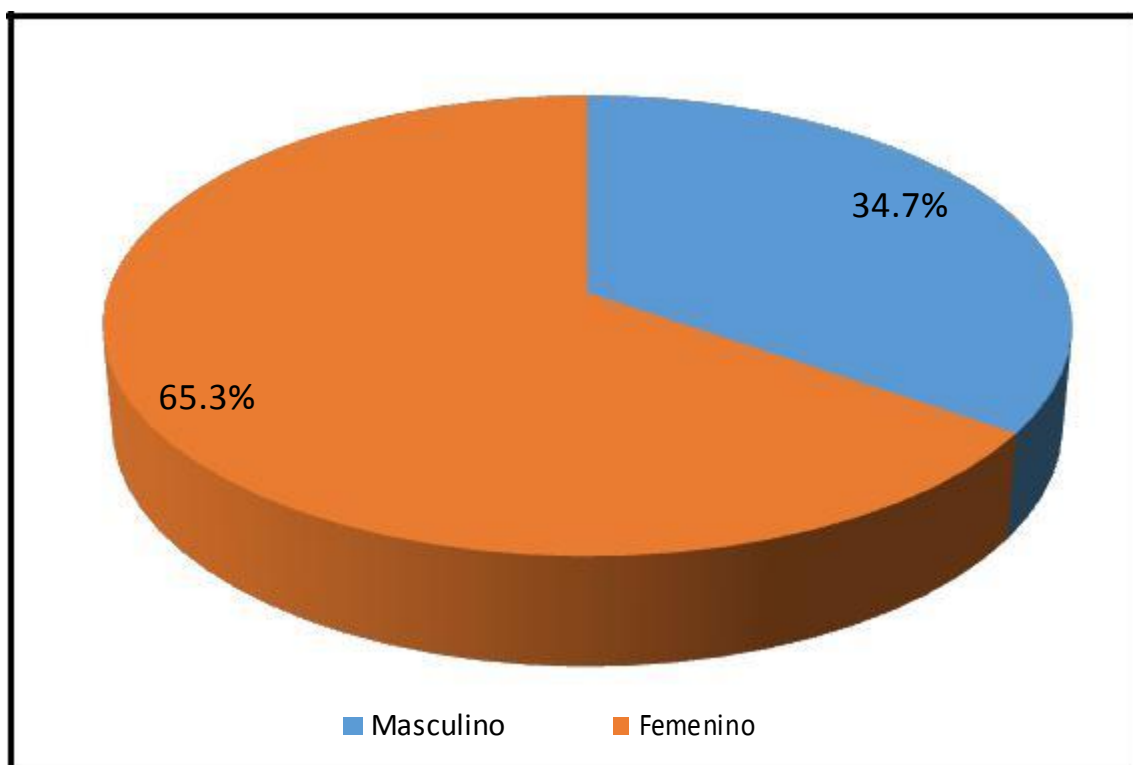


Gráfico N° 01
Distribución de participantes según el sexo

Tabla N° 02
Distribución de participantes según edad

	Frecuencia	Porcentaje
20 a 30 años	65	43.3%
31 a 40 años	32	21.3%
41 a 50 años	38	25.3%
51 a 60 años	11	7.3%
60 años a más	4	2.7%

En la Tabla N° 02 se aprecia que participantes cuya edad es de 20 a 30 años representan el 43.3% (N°=65), de 31 a 40 años el 21.3% (N°=32), de 41 a 50 años el 25.3% (N°=38), de 51 a 60 años el 7.3% (N°=11) y de 60 años a más el 2.7% (N°=4).

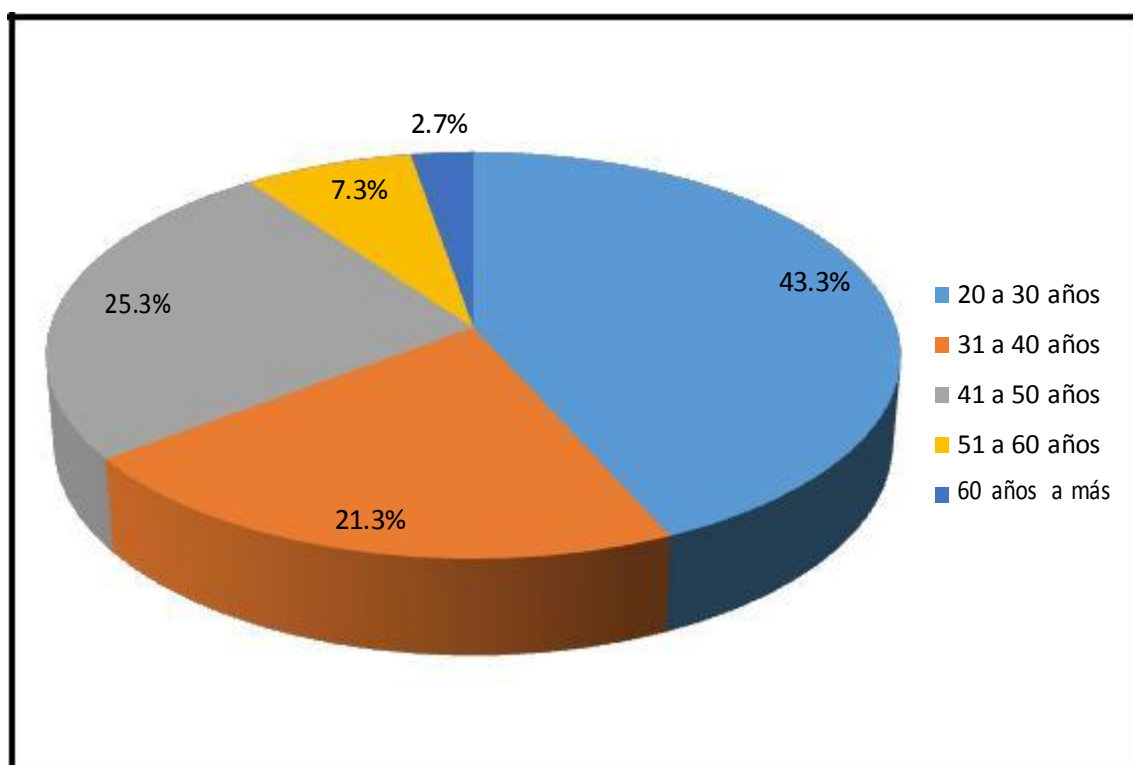


Gráfico N° 02
Distribución de participantes según edad

Tabla N° 03
Distribución de participantes según grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	2	1.3%
Secundaria	31	20.7%
Superior	117	78%

En la tabla N° 03 se aprecia que los participantes con estudios de Primaria representan el 1.3% (N°=2), Secundaria el 20.7% (N°=31) y Superior el 78% (N°=117).

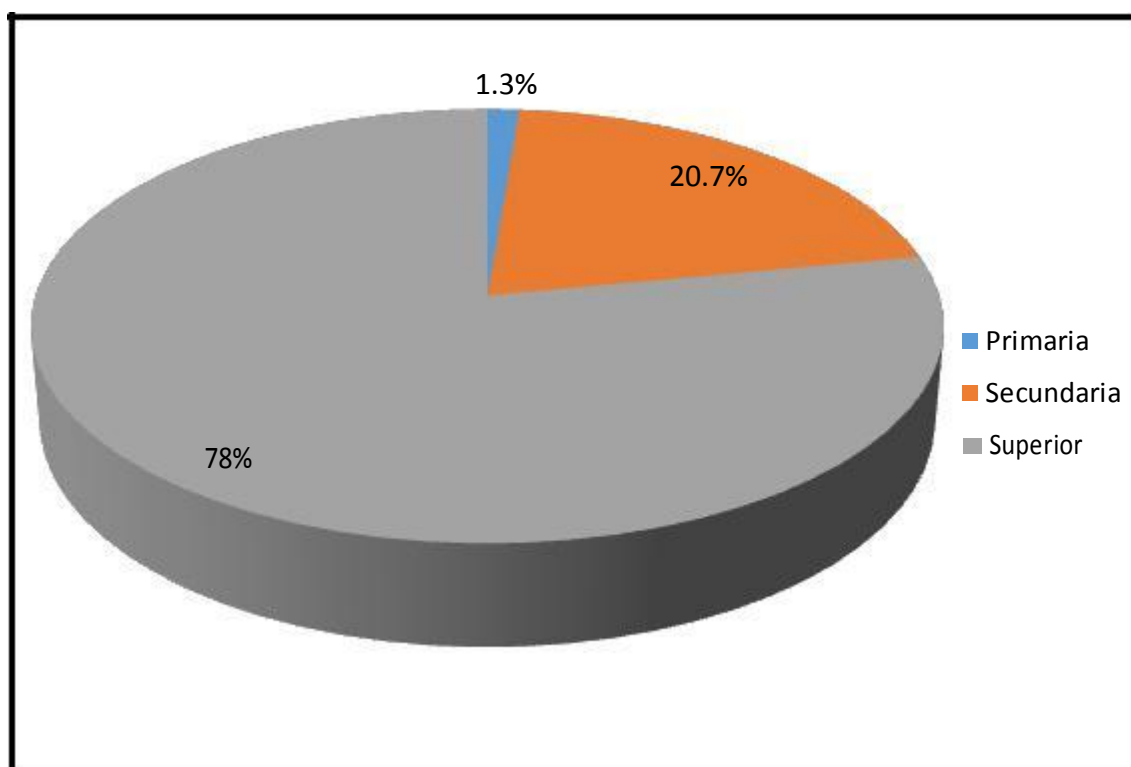


Gráfico N° 03
Distribución de participantes según grado de instrucción

Tabla N° 04
Nivel de Preocupación y Actitud del paciente antes del Tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje
Preocupación	Mediana	14	9.3%
	Baja	136	90.7%
Actitud	Mediana	45	30%
	Alta	105	70%

En la Tabla N° 04 se observa que en referencia al Nivel de Preocupación, en mayoría se aprecia Baja en un 90.7% (N°=136) y Media con un 9.3% (N°=14); en referencia a la Actitud en mayoría se describe como Alta en un 70% (N°=105) seguido de Mediana en un 30% (N°=45).

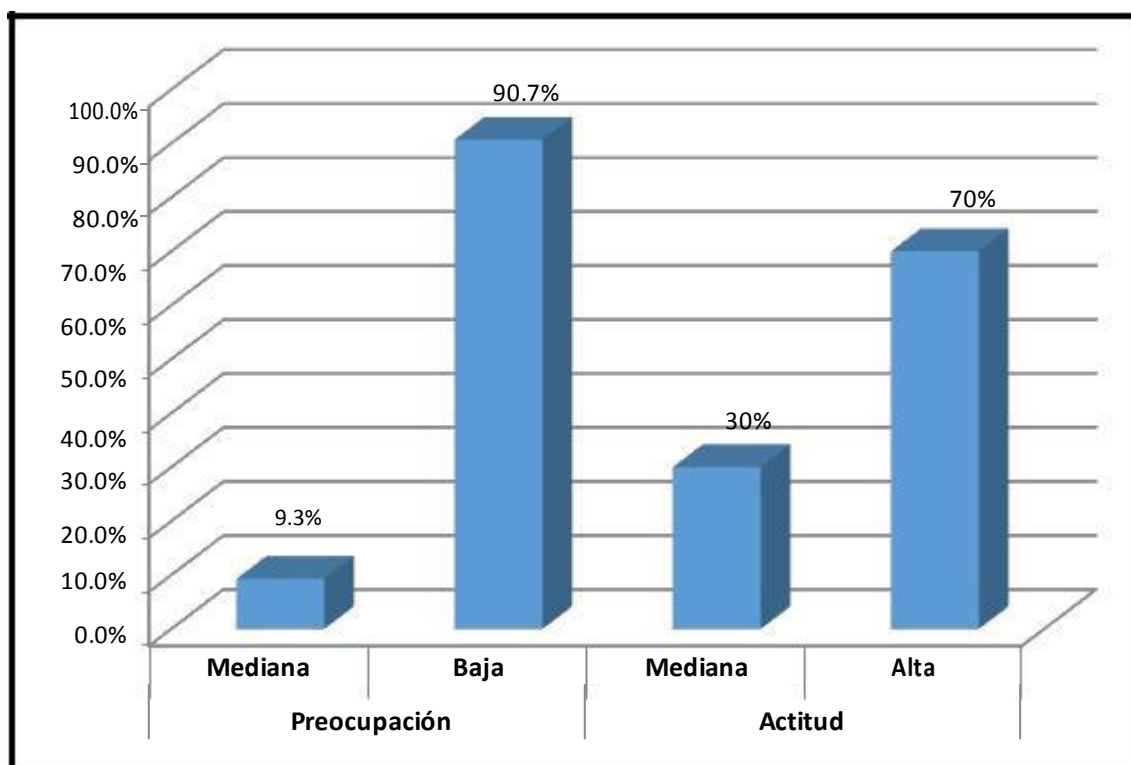


Gráfico N° 04
Nivel de Preocupación y Actitud del paciente antes del Tratamiento

Tabla N° 05
Nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje
Preocupación	Mediana	14	9.3%
	Baja	136	90.7%

En la Tabla N° 05 se aprecia que en mayoría se presenta Baja en un 90.7% (N°=136) y Media con un 9.3% (N°=14).

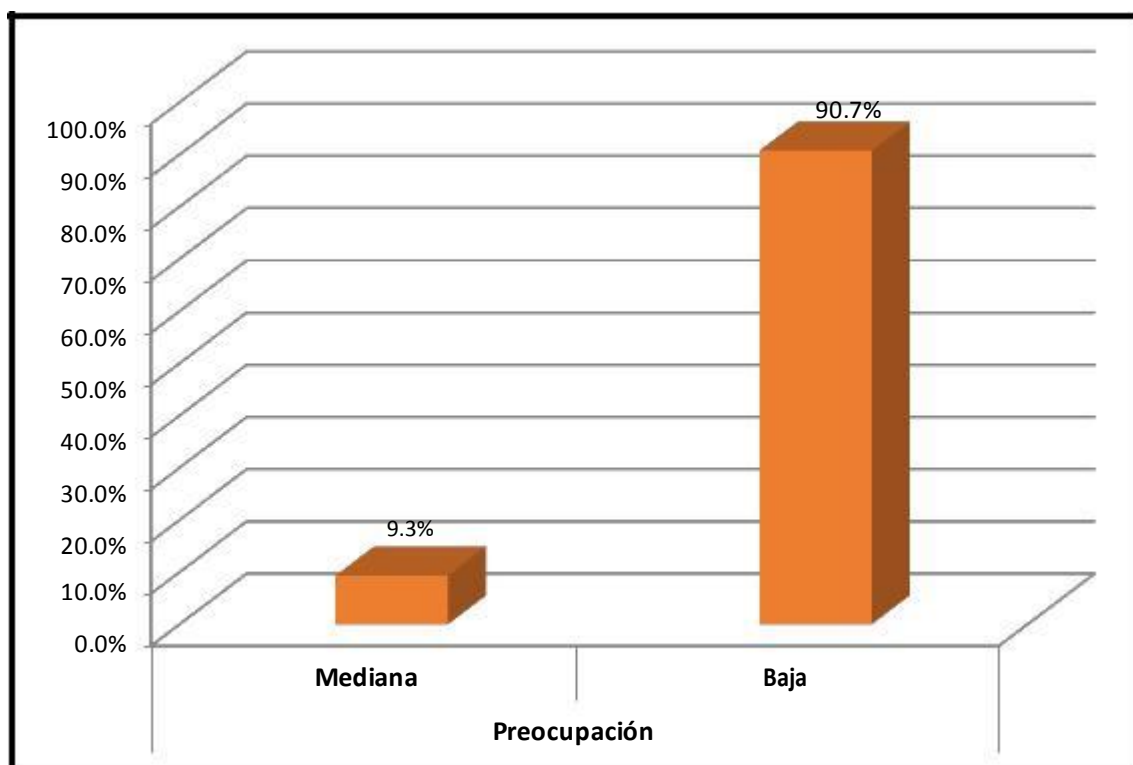


Gráfico N° 05
Nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento

Tabla N° 06
Actitud del paciente antes del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje
Actitud	Mediana	45	30%
	Alta	105	70%

En la Tabla N° 06 se aprecia que en mayoría se observa como Alta en un 70% (N°=105) seguido de Mediana en un 30% (N°=45).

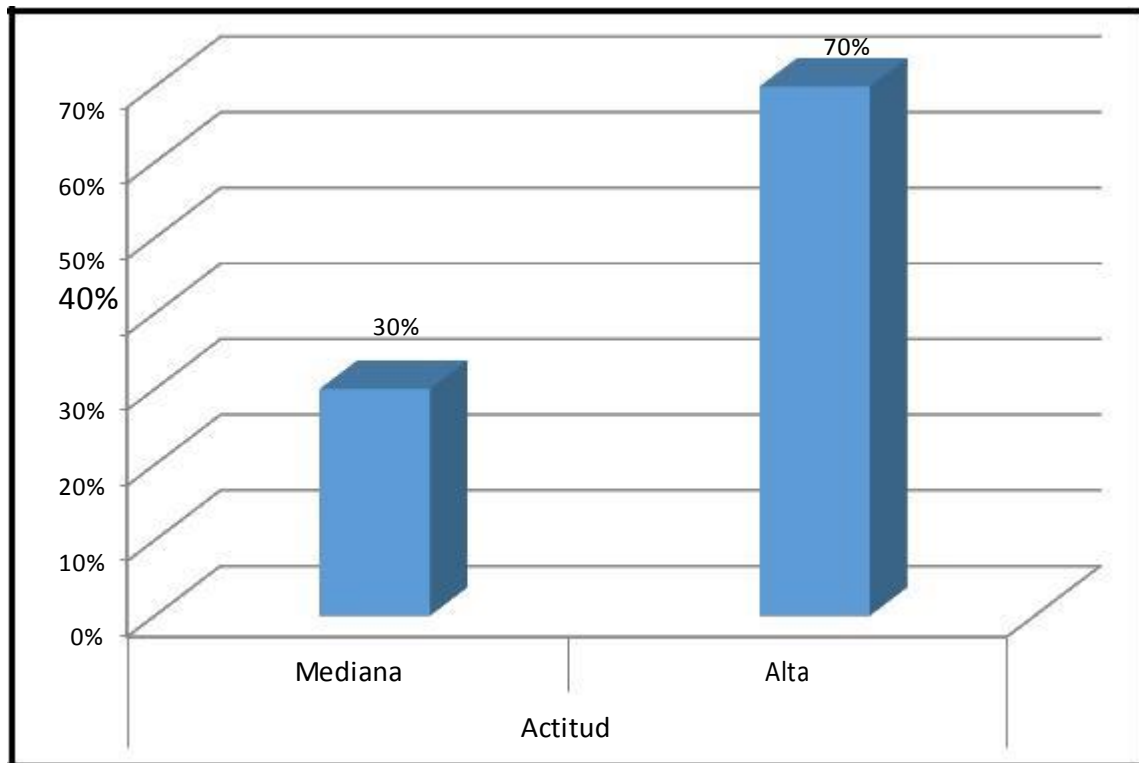


Gráfico N° 06
Actitud del paciente antes del tratamiento

Tabla N° 07
Relación entre el nivel de preocupación y actitud del paciente

		Actitud		
Preocupación	Mediana	Recuento	5	9
		%	3.3%	6%
	Baja	Recuento	40	96
		%	26.7%	64%

En la Tabla N° 07 se aprecia que en mayoría los pacientes presentaron una Preocupación Baja y una Actitud Alta en un 64% (N°=96), seguido de una Preocupación Baja y una Actitud Mediana en un 26.7% (N°=40), una Preocupación Mediana y Actitud Alta en un 6% (N°=9) y Preocupación Mediana y Actitud Mediana en un 3.3% (N°=5).

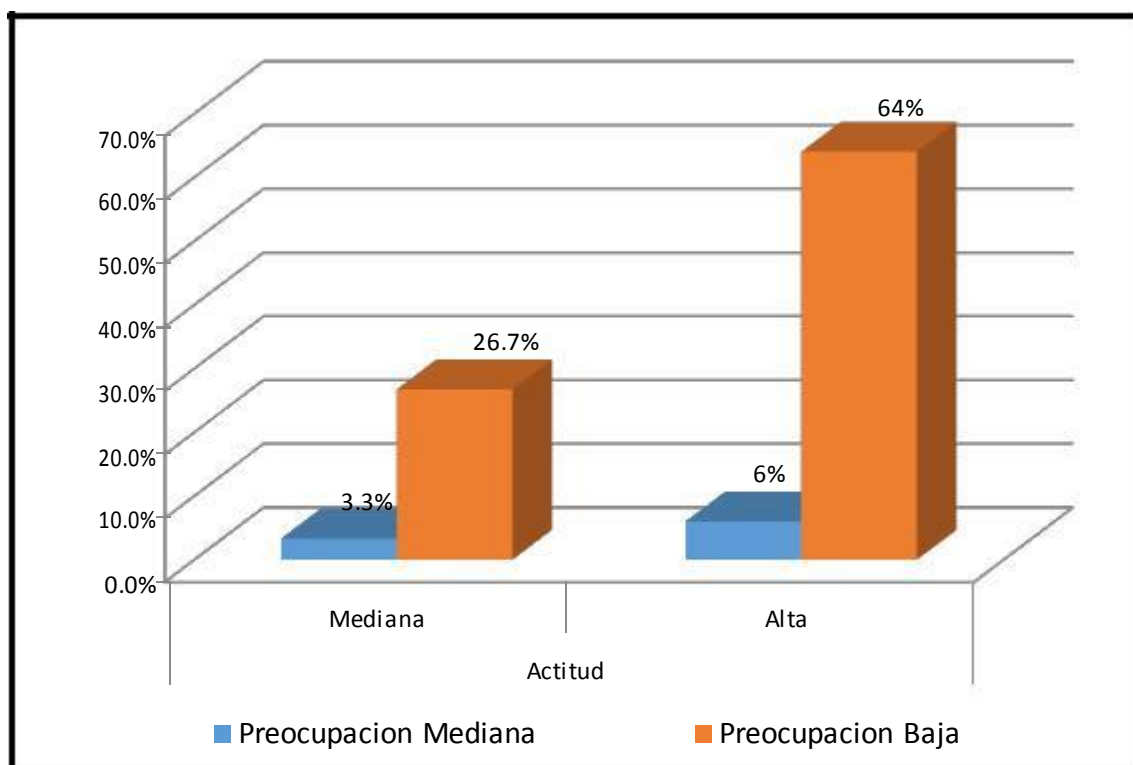


Gráfico N° 07
Relación entre el nivel de preocupación y actitud del paciente

Tabla N° 08

Relación entre el nivel de preocupación y actitud del paciente; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	0.240	1	0.624

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la Relación entre el nivel de preocupación y actitud del paciente, se aprecia que el valor de X^2 es de 0.240 y el nivel de significancia es de $p > 0.05$.

Tabla N° 09
Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según
Edad

		Preocupación			Actitud		
		Alta	Mediana	Baja	Alta	Mediana	Baja
20 a 30 años	Frec.	0	0	65	44	21	0
	%	0%	0%	100%	67.7%	32.3%	0%
31 a 40 años	Frec.	0	3	29	22	10	0
	%	0%	9.4%	90.6%	68.8%	31.3%	0%
41 a 50 años	Frec.	0	5	33	31	7	0
	%	0%	13.2%	86.8%	81.6%	18.4%	0%
51 a 60 años	Frec.	0	6	5	4	7	0
	%	0%	54.5%	45.5%	36.4%	63.6%	0%
60 años a más	Frec.	0	0	4	4	0	0
	%	0%	0%	100%	100%	0%	0%

En la Tabla N° 09 se observa que en referencia a los participantes de 20 a 30 años en mayoría su nivel de Preocupación fue Baja en un 100% (N°=65) y Actitud Alta en un 67.7% (N°=44), los de 31 a 40 años en mayoría su nivel de Preocupación fue Baja en un 90.6% (N°=29) y Actitud Alta en un 68.8% (N°=22), los de 41 a 50 años en mayoría su nivel de Preocupación fue Baja en un 86.8% (N°=33) y Actitud Alta en un 81.6% (N°=31), los de 51 a 60 años en mayoría su nivel de Preocupación fue Mediana en un 54.5% (N°=6) y Actitud Mediana en un 63.6% (N°=7) y los de 60 años a más en mayoría su nivel de Preocupación fue Baja en un 100% (N°=4) y Actitud Alta en un 100% (N°=4),

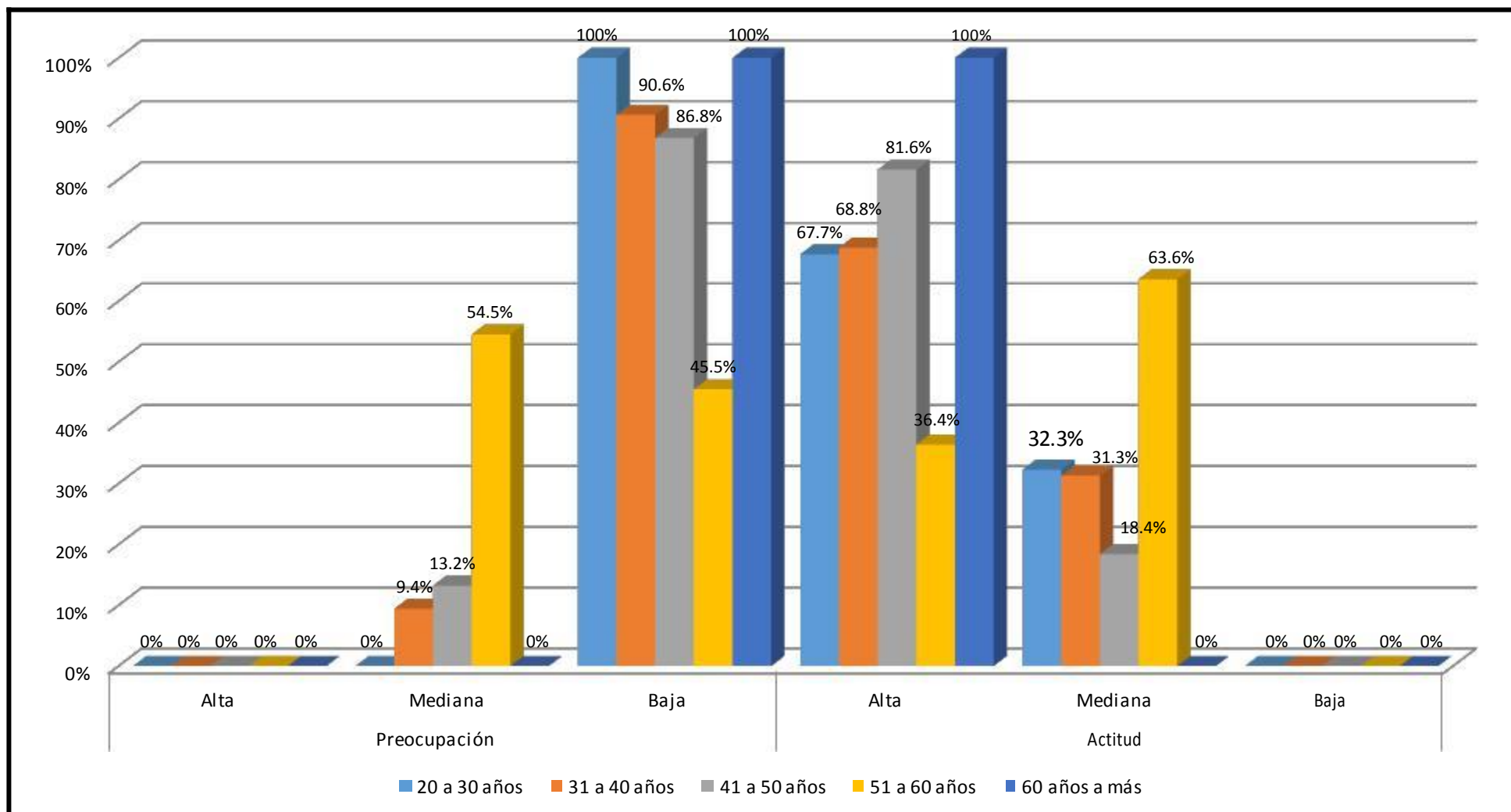


Gráfico N° 08
Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Edad

Tabla N° 10
Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Sexo

		Preocupación			Actitud		
		Alta	Mediana	Baja	Alta	Mediana	Baja
Masculino	Frecuencia	0	4	48	32	20	0
	Porcentaje	0%	7.7%	92.3%	61.5%	38.5%	0%
Femenino	Frecuencia	0	10	88	73	25	0
	Porcentaje	0%	10.2%	89.8%	74.5%	25.5%	0%

En la Tabla N° 10 se aprecia en referencia al sexo Masculino en mayoría presentaron Preocupación Baja en un 92.3% (N°=48) y Actitud Alta en un 61.5% (N°=32), las participantes de sexo Femenino en mayoría presentaron Preocupación Baja en un 89.8% (N°=88) y Actitud Alta en un 74.5% (N°=73).

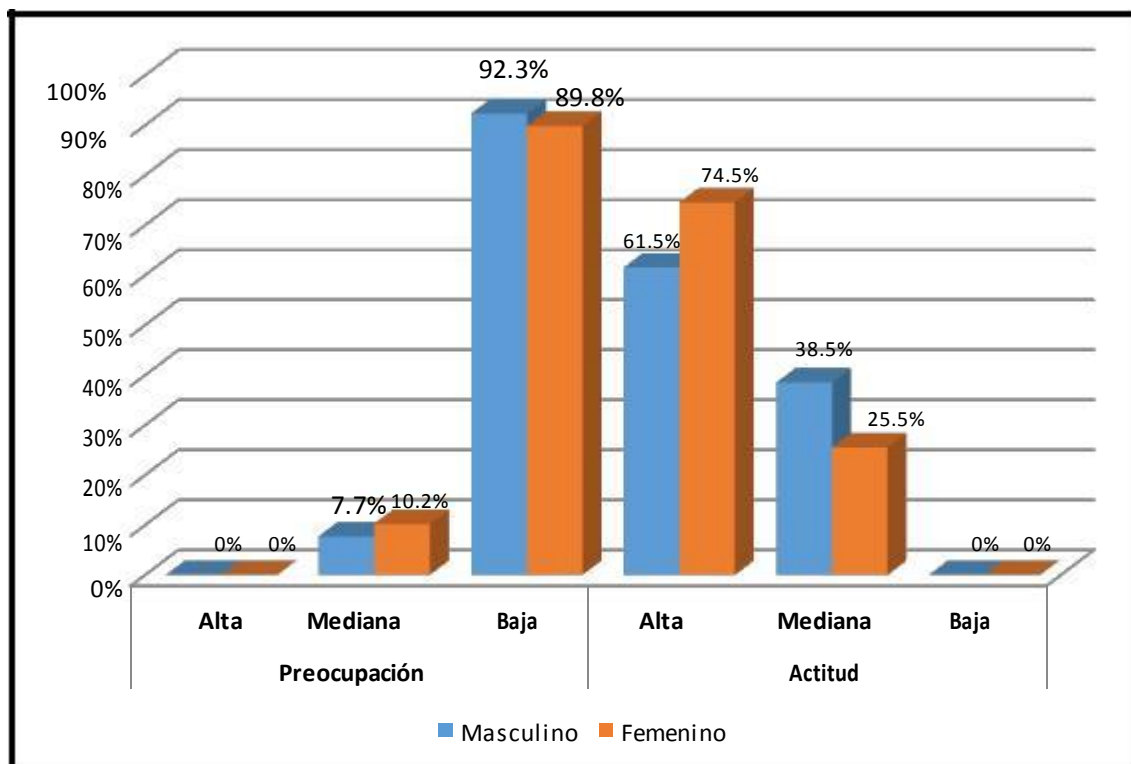


Gráfico N° 09
Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según Sexo

Tabla N° 11
Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según
Grado de instrucción

		Preocupación			Actitud		
		Alta	Mediana	Baja	Alta	Mediana	Baja
Primaria	Frecuencia	0	0	2	2	0	0
	Porcentaje	0%	0%	100%	100%	0%	0%
Secundaria	Frecuencia	0	9	22	22	9	0
	Porcentaje	0%	29%	71%	71%	29%	0%
Superior	Frecuencia	0	5	112	81	36	0
	Porcentaje	0%	4.3%	95.7%	69.2%	30.8%	0%

En la Tabla N° 11 se observa en referencia a los participantes con grado de instrucción Primaria en mayoría presentaron Preocupación Baja en un 100% (N°=2) y Actitud Alta en un 100% (N°=2), participantes con grado de instrucción Secundaria en mayoría presentaron Preocupación Baja en un 71% (N°=22) y Actitud Alta en un 71% (N°=22) y los participantes con grado de instrucción Superior en mayoría presentaron Preocupación Baja en un 95.7% (N°=112) y Actitud Alta en un 69.2% (N°=81).

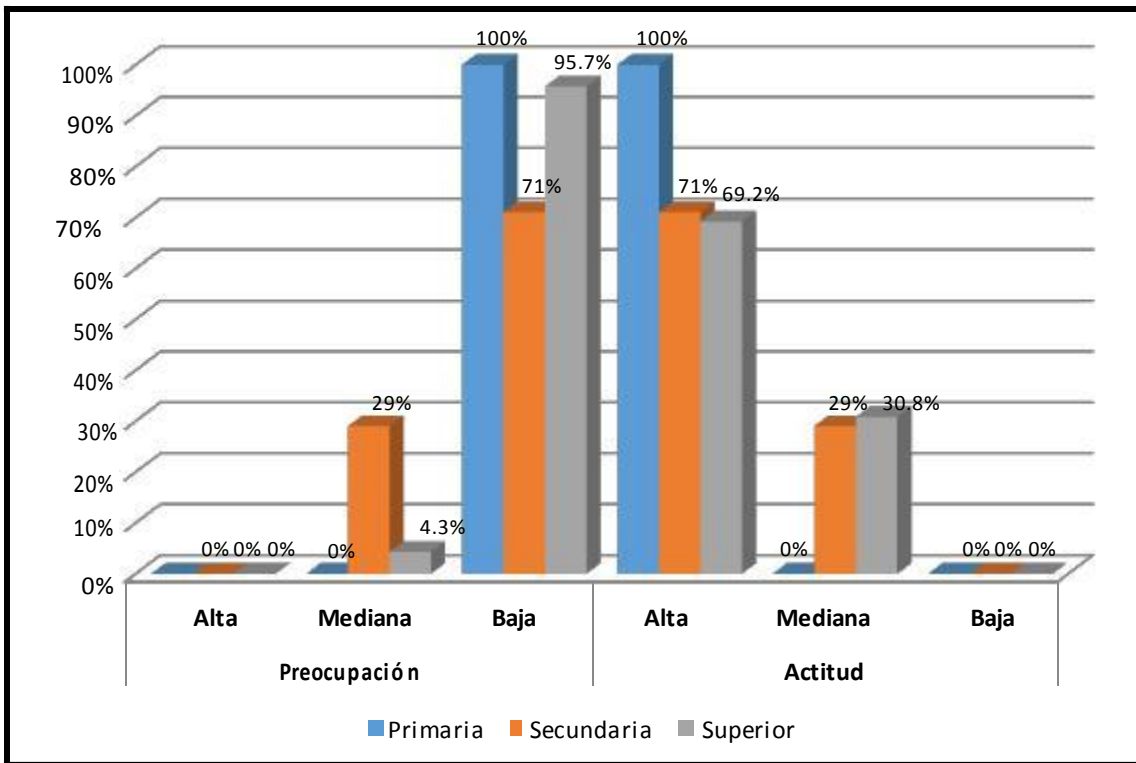


Gráfico N° 10
Nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, según
Grado de instrucción

4.2 Discusión de Resultados

Con respecto a determinar el Nivel de Preocupación del paciente antes del Tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 – II, en los resultados Se observa que con referencia al nivel de preocupación en abrumadora mayoría, un número de 136 con un porcentaje de 90.7% la tienen Baja y finalmente en un número de 14 con un porcentaje de 9.3% su nivel es Mediana, asimismo, en cuanto a su actitud Se aprecia que en amplia mayoría es un número de 105 con un porcentaje de 30% la tienen Alta; así como, en un número de 45 con porcentaje de 30% los pacientes tienen una actitud Mediana. Cómo se puede apreciar que los resultados son halagadores, porque los pacientes vienen a atenderse, a la Clínica Estomatológica del Adulto con una preocupación Baja y una altitud Alta, qué es favorable en el momento de su atención, tanto para el paciente como para el operador, que redundaría en un óptimo tratamiento y mejoraría la calidad de vida del paciente. En estos resultados es conveniente que durante la formación académica de los alumnos, se les inculque estos temas relacionados con el ejercicio profesional, además, a los docentes y personal administrativo para que se conserve un buen estatus en la referida clínica.

Tomando en cuenta de terminar el nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en los resultados Se aprecia que por abrumadora mayoría en un número de 136 con un porcentaje de 90.7%, los pacientes tienen un nivel de preocupación Baja y sólo en un número de 14 con un porcentaje de 9.3% tienen un nivel de preocupación Mediano. Los resultados obtenidos son

beneficiosos, puesto que el paciente que acude a la clínica para atenderse viene con buena predisposición a su tratamiento y ello es positivo porque habrá menos dificultad en la atención. Hay que seguir manteniendo y si es posible mejorar en un 100% el nivel de preocupación del paciente que asiste a la clínica.

Referente a determinar la actitud del paciente antes del tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en los resultados Se observa que en amplia mayoría en un número de 105 con un porcentaje de 70% tienen una actitud Alta y en un número de 45 con un porcentaje de 30% tienen una actitud Mediana cuando acuden los pacientes al tratamiento odontológico. Los resultados son alentadores puesto que los pacientes al atenderse en la Clínica Estomatológica de la Facultad van con una actitud Alta, lo cual les favorece y también al operador para realizar un tratamiento de calidad. Se debería seguir manteniendo esos resultados y mejor si se logra que la totalidad de pacientes tengan una actitud Alta.

En cuanto a determinar la relación entre el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en los resultados Se aprecia que en amplia mayoría en un número de 96 con un porcentaje de 64% presentada una preocupación Baja y una actitud Alta; luego, en un número de 40 con un porcentaje de 26.7% tienen una preocupación Baja y una actitud Mediana; también, el número de 9 con un porcentaje de 6% presenta una preocupación Mediana y una actitud Alta y finalmente es un número de 5 con un porcentaje de 3.3% lo una preocupación Mediana y una actitud Mediano. En la prueba de chi

cuadrado de Pearson se obtuvo un valor de 0.240, el cual es menor al valor de la zona de aceptación que es de 3.8415, siendo el nivel de significancia de 0.624, observando que no hay diferencia significativa porque $P > 0.05$, con lo cual se indica que no existe relación entre el nivel de preocupación y la actitud del paciente. Me lo resultado Se aprecia por ampliaría que tienen un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta. Con respecto a la relación entre ellos, cuando el paciente se atiende en la Clínica Estomatológica. Los resultados son favorables, porque la preocupación Baja y la actitud Alta permite que los pacientes estén mejor predispuestos en su atención. Con esos resultados se tendría que mejorar si fuere posible para lograr que la totalidad de los pacientes estén en ese nivel.

Respecto a determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según la Edad, en los resultados Se observa que en el grupo etario de 20 a 30 años, en su totalidad en un número de 65 con un porcentaje de 100%, su nivel de preocupación fue Baja y teniendo un número de 44 con un porcentaje de 67.7% con una actitud Alta el número de 21 con un porcentaje de 32.3% tienen una actitud Mediana; asimismo, en el grupo etario de 31 a 40 años en abrumadora mayoría en un número de 29 con un porcentaje de 90.6% su nivel de preocupación es Baja y sólo en número de tres con porcentaje de 9.4% tienen una tienen una actitud Mediana; teniendo un número de 22 con un porcentaje de 68.8% una actitud Alta y en un número de 10 con un porcentaje de 31.3%; tiene una actitud Mediana; luego, en el grupo etario de 41 a 50 años en abrumadora mayoría en el número de 33 con un porcentaje de 86.8% presenta

una preocupación Baja y en un número de cinco con porcentaje de 13.5% presentan una actitud de Mediana y por amplia mayoría en un número de 31 con un porcentaje de 81.6% presentan un actitud Alta y en un numero de siete con un porcentaje de 18.4% presentan un actitud de Mediana; también, por ligera mayoría en un numero de seis con un por; y por mayoría en un numero de siete con un porcentaje de 63.3% presentan una actitud Mediana y en un número de 4 con un porcentaje de 36.4 % presentan una actitud Alta; finalmente el grupo etario de 60 a más, en su totalidad en un número de 4 con un porcentaje de 100% tienen un nivel de preocupación Baja y en su totalidad en un número de 4 con un porcentaje de 100% tiene una actitud Alta. En los resultados Se observa que los grupos etarios de 20 a 30 años y más de 60 tienen un nivel de preocupación baja en su totalidad de su muestra, seguido de 31 a 40 años y de 41 a 50 años por abrumadora mayoría, cuando acuden a la Clínica Estomatológica y con respecto a la actitud del grupo etario de 41 a 50 años por amplia mayoría tienen una actitud Alta y el grupo etario de 60 años a más una actitud Total, seguido del grupo etario de 41 a 50 años. Con estos resultados se tendría que seguir manteniendo el mismo nivel tanto en preocupación como en actitud y si es posible mejorar sería el ideal, para beneficio de los pacientes.

Con referencia determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según el Sexo, en los resultados Se observa que con respecto al sexo masculino por abrumadora mayoría en un numero de 48 con un porcentaje de 92.3% tienen un nivel de preocupación Baja, asimismo en una amplia mayoría en un número de 4 con un porcentaje de 7.7% tiene un nivel de

preocupación Mediana; además, en el sexo femenino por amplia mayoría en un número de 88 con un porcentaje de 89.8% tiene un nivel de preocupación Alta; además, en un número de 10 con un porcentaje de 10.2% tiene un nivel de preocupación Mediana; con respecto a la actitud en el sexo masculino en mayoría en un número de 32 con un porcentaje presenta una actitud Alta y en un número de 20 con un porcentaje de 38.5% tienen una actitud Mediana; luego, en el sexo femenino por amplia mayoría en un número de 73 con un porcentaje de 74.5% presentan una actitud Alta; en un número de 25 con un porcentaje de 25.5% tienen una actitud Mediana. En los resultados Se aprecia que prevalece en ambos sexos masculino y femenino por amplia mayoría un nivel de preocupación Baja y con respecto a la actitud prevalecen en ambos sexos por mayoría una actitud Alta. Se tendría que seguir manteniendo esos niveles tanto de preocupación como de actitud, tratando de incrementar a este nivel, los pacientes que se encuentran tanto en el nivel de preocupación y de actitud que presentan Mediana.

En cuanto a determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según el Grado de instrucción, en los resultados Se observa que con respecto al grado de instrucción, en pacientes con grado de instrucción primaria por mayoría absoluta en un número de dos con un porcentaje de 100 presentan un nivel de preocupación Alta, instrucción secundaria por amplia mayoría en un número de 22 con un porcentaje de 71% presentan un nivel de preocupación Baja, respecto a pacientes con grado de instrucción superior por abrumadora mayoría en un número de 112 con un porcentaje de 95.7% presenta un nivel de preocupación Baja en un número de cinco con un porcentaje de 4.3%

presentan una actitud Mediana, con respecto a latitud en el grado de instrucción primaria en un número de dos con un porcentaje de 100% presentan una actitud Alta, luego, en el grado de instrucción secundaria por amplia mayoría en un número de 22 con un porcentaje de 71% presentan una actitud Alta y con un número de 9 con un porcentaje de 29% presentan una actitud Mediana; asimismo, en el grado de instrucción superior por amplia mayoría en un número de 81 con un porcentaje de 69.2% tienen una actitud Alta y finalmente en un número de 36 con un porcentaje de 30.8% presentan una actitud Mediana. En los resultados Observa que en los grados de instrucción primaria, secundaria y superior con respecto al nivel de preocupación presentan una preocupación Baja, igualmente presenta un nivel de actitud Alta, lo cual es muy halagador para el objetivo de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. En lo sucesivo se debería mantener el nivel que dicen los resultados y es más, tratar de incorporar a los pacientes de nivel de preocupación Mediana a Baja y con respecto a la actitud de los pacientes que presentan mediana a tener actitud Alta, mediante las acciones que las autoridades de la facultad consideren pertinentes.

Muza R. y Muza P. (2007) Chile, fue conocer el nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental. Para ello, se aplicó la encuesta Dental Concerns Assessment (DCA), traducida, en la sala de espera del servicio dental del hospital regional Rancagua a 233 pacientes mujeres, acerca de 26 procedimientos dentales. La escala de medición de la ansiedad tiene 4 niveles (bajo, moderado, alto, no sabe) la edad fue clasificada en 4 grupos etarios por los que se compararon las respuestas. Resultados: los mayores niveles de preocupación estuvieron causados por el costo de los

tratamientos (156 pacientes), la necesidad de varios procedimientos (131), el número de citas y el tiempo asociado (118), el dolor (117), temor a la inyección (111), tratamiento de endodoncia (104) y por el sonido del aparato empleado en la limpieza dental (96). El procedimiento que causó menos ansiedad es la radiografía (26). El uso de cuestionarios de evaluación de la ansiedad pre - tratamiento, puede ayudar a los dentistas a disminuir la ansiedad de sus pacientes. Es necesario tomar medidas concretas para manejar la ansiedad, tales como, fármacos, técnicas de relajación, respiración abdominal, meditación, música.²⁵ En la presente investigación se concluye que los pacientes tienen un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta.

Espejo R. (2014) Perú, fue determinar la ansiedad dental en pacientes adultos del servicio de odontología de los hospitales regional docente de Trujillo y belén de Trujillo. Trujillo, 2014 material y método: el estudio de corte transversal, comparativo y observacional, incluyó un total de 660 pacientes adultos del servicio de odontología de los hospitales regional docente de Trujillo y belén de Trujillo. Se les realizó un cuestionario basado en la escala de ansiedad dental modificada (mdas), evaluada mediante el índice de consistencia interna alfa de cronbach (0.76). Para el análisis de resultados se empleó la prueba t de student para grupos independientes y la prueba u de mann-whitney, considerando un nivel de significancia del 5%. Resultados: la puntuación media total de ansiedad para la población fue de 12,05 (de = 3,76), el sexo femenino presentó mayor ansiedad que el masculino ($p=0,000$) y la adultez joven presentó mayor ansiedad que la adultez media ($p=0,000$). Conclusiones: la puntuación media total fue de 12,05, siendo la perforación del diente y la inyección de anestesia local los ítems que

alcanzaron el mayor puntaje de ansiedad. El sexo femenino presentó mayor ansiedad que el masculino y, la adultez joven, mayor ansiedad que la adultez media.¹⁶ En la presente investigación se concluye que los pacientes tienen un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta.

Martínez A. (2014) España, fue determinar los niveles de ansiedad en pacientes adultos que asisten a consulta y tratamiento odontológico, identificando presencia y frecuencia de factores desencadenantes de ansiedad y relacionarlos con las características sociodemográficas de la población de estudio. Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, con una muestra de 355 pacientes adultos, atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás de Floridablanca, en el primer semestre de 2014. Se aplicó una encuesta autodiligiada, previamente validada, para establecer las características sociodemográficas de los participantes, como también el test de ansiedad dental de norman corah. La información se registró en una base de datos, utilizando el programa epi-info versión 3.2.2. Se manejó estadística descriptiva para la presentación de variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. El análisis bivariado se realizó mediante la prueba de χ^2 . Cada paciente aceptó voluntariamente participar mediante la firma del consentimiento informado. Resultados: en 197 (55.6%) de los participantes no se evidenció ansiedad; el nivel de ansiedad más frecuente observado fue moderado, para 102 participantes (28,8%), y el nivel de ansiedad severo se presentó en 34 casos (9,6%). Los procedimientos odontológicos que generaron mayores niveles de ansiedad en los pacientes atendidos fueron la endodoncia y la exodoncia. Se encontró asociación entre los

diferentes niveles de ansiedad y las variables edad ($p=0.001$), estado civil ($p=0,010$) y nivel educativo ($p=0,036$). Conclusiones: la aplicación del test de norman corah permitió establecer que un alto porcentaje de pacientes no refiere ansiedad frente a la atención odontológica, y en los pacientes que la reportan la ansiedad moderada es la más representativa. Los tratamientos de endodoncia y exodoncia requieren de anestesia troncular o infiltrativa, lo cual se encontró que aumenta la ansiedad durante el procedimiento.²⁷ En la presente investigación se concluye que los pacientes tienen un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta.

Palomino R. (2015) Perú, fue determinar el nivel de ansiedad en los pacientes que acuden a la clínica estomatológica integral del adulto de la Universidad Alas Peruanas filial Ica en el mes de setiembre del año 2014. Se realizó un estudio de nivel descriptivo de tipo observacional, prospectivo, y transversal. Se diseñó un estudio epidemiológico con el objetivo de describir la distribución de la ansiedad a los procedimientos dentales en función de la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y la especialidad odontológica. Para la determinación del tamaño muestral se aplicó el algoritmo matemático para una población finita de 160 usuarios; con un nivel de significancia de 0,05; i.c. 95% y con una probabilidad de ocurrencia del 50,0% se obtuvo una muestra de 114. Previo consentimiento informado se aplicó la técnica de “la encuesta” para lo cual se utilizó la fusión de la escala de ansiedad dental modificada de Corah o mdas y la escala de ansiedad versión corta (sdai) con un índice de consistencia interna de 0,841 (validez interna elevada). El procesamiento se realizó en el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS versión 22. Según la edad fue prevalente la

ansiedad mínima en los adultos 47,1%; ansiedad moderada y alta en los jóvenes 50,0% y 60,0% respectivamente. El género femenino ansiedad mínima 64,7%; moderada 87,5% y alta 60,0%. Según el estado civil, los solteros ansiedad mínima 50,6%; moderada 45,8% y alta 60,0%. Según escolaridad, el nivel secundario ansiedad mínima 48,2% y ansiedad moderada 58,3%; la ansiedad alta en el nivel de instrucción superior universitario 60,0%. Según la actividad laboral, la ansiedad mínima en el trabajador activo 41,2% y ansiedad alta 60,0%; la ansiedad moderada en ama de casa 50,0%. Según las especialidades, la ansiedad alta en endodoncia y periodoncia con el 40,0% respectivamente y operatoria dental 20,0%. En cirugía los pacientes presentaron ansiedad mínima 10,6%; ansiedad moderada 12,5% y ansiedad alta 0,0% ($p > 0,05$). Con un $p = 0,000$ se concluye que la ansiedad mínima fue prevalente con el 74,6%, ansiedad moderada 21,1% y ansiedad alta 4,4% en los pacientes encuestados en la clínica estomatológica integral del adulto de la universidad alas peruanas filial ica en el mes de setiembre del año 2014.¹⁸ En la presente investigación se concluye que los pacientes tienen un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Con respecto a determinar el Nivel de Preocupación del paciente antes del Tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 – II, se concluye que los pacientes tienen un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta.

5.1.2 Conclusiones Específicas

1. En cuanto a determinar el nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se concluye que los pacientes presentan un nivel de preocupación Baja.
2. Tomando en cuenta determinar la actitud del paciente antes del tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se concluye que los pacientes tienen una actitud Alta

3. Respecto a determinar la relación entre el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se concluye que los pacientes presentan una preocupación Baja y una actitud Alta, no habiendo relación estadísticamente significativa entre ambas.
4. Referente a determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según la Edad, se concluye que mayoritariamente los grupos etarios tienen un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta.
5. En cuanto a determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según el Sexo, se concluye que tanto el sexo masculino como el sexo femenino presenta un nivel de preocupación baja y una actitud Alta.
6. Con referencia a determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según el Grado de instrucción, se concluye que en los tres grados de instrucción presentan un nivel de preocupación Baja y una actitud Alta.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendación General

Con respecto a determinar el Nivel de Preocupación del paciente antes del Tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 – II, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para que se continúe con la percepción de los pacientes con el mismo nivel de preocupación y actitud, se lograría que el paciente y operador tengan mejor predisposición en su tratamiento y mejor calidad del tratamiento.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

1. En cuanto a determinar el nivel de preocupación del paciente antes del tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para seguir manteniendo el nivel de preocupación presentado, lográndose menor dificultad y confianza para el operador en la atención odontológica.
2. Tomando en cuenta determinar la actitud del paciente antes del tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, tomar en cuenta los resultados, para aprovechar la actitud alta que tienen para el tratamiento, se lograría favorecer al operador a realizar una mejor atención.

3. Respecto a determinar la relación entre el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para tomarlos en cuenta al realizar el tratamiento de los pacientes, se lograría una mejor calidad de atención coadyuvante de su calidad de vida.
4. En cuanto a determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según la Edad, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para para considerar la atención odontológica con el grupo etario de 51 a 60 años y de 31 a 40 años, se lograría que mejoren su preocupación y actitud respectivamente.
5. Referente a determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según el Sexo, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para seguir manteniendo la baja preocupación y mejorar la actitud en ambos sexos, se lograría que la mayor cantidad de pacientes mantengan su preocupación y mejoren su actitud.
6. Con respecto a determinar el nivel de preocupación del paciente y su actitud para el tratamiento, en la Clínica Estomatológica del Adulto de

la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según el Grado de instrucción, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para mejorar la preocupación en el grado de instrucción secundaria y mejorar la actitud en los grados instrucción secundaria y Superior, se lograría que los pacientes de todos los grados de instrucción presente en una preocupación Baja y actitud Alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real academia de la Lengua Española. Diccionario Real academia de la Lengua Española. Guía de consulta · 23.^a edición. 2014
2. García Higuera J. La preocupación patológica y su tratamiento. Disponible en <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/preocp.htm> (Verificado el 09 de marzo de 2018)
3. Bados López A. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf> (Verificado el 09 de marzo de 2018)
4. Baró I. Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica. 4ta ed. El Salvador. UCA Editores. 1990. 247-248 p.
5. Morales J, Gaviria E, Moya M. y Cuadrado I. Psicología Social. 3ra ed. España Madrid. Mc Graw – Hill / Interamericana. 2007. 457-490.
6. Castro de Bustamante J. Análisis de los componetes actitudinales de los docentes hacia la enseñanza de la matemática (tesis para aspirar al grado de Doctora en Pedagogía) Tarragona: Universitat Rovira I Virgili; 2002.
7. Actitudes Marco teórico definición de actitud (citado el 28 de Junio de 2018) <http://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/Fulltext/ADLA0000516/Capitulo%201.pdf>

- 8.** Páez D. Psicología Social, Cultura y Educación. Vasco. Editorial Universidad del País Vasco. 2003 CAp 10..3-5p.
<https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
- 9.** Ley Universitaria Ley N° 30220 Disponible en
http://www.minedu.gob.pe/reforma-universitaria/pdf/ley_universitaria.pdf
(Verificado el 09 de marzo de 2018)
- 10.** Informe Sobre Educación Superior en Perú – 2003. Disponible en
<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001316/131677s.pdf> (Verificado el 09 de marzo de 2018)
- 11.** Reglamento de la Ley N° 27878 - Ley de Trabajo del Cirujano Dentista Disponible en
http://www.cop.org.pe/pdf/L_Reglamento_de_la_Ley_de_Trabajo_del_Cirujano_Dentista_Ley_27878.pdf (Verificado el 09 de marzo de 2018)
- 12.** COP y Universidades Acordaron la Nomenclatura de Nuevas Especialidades para la Profesión Odontológica en el País. Disponible en
<http://www.cop.org.pe/noticias/cop-y-universidades-acordaron-la-nomenclatura-de-nuevas-especialidades-para-la-profesion-odontologica-en-el-pais> (Verificado el 09 de marzo de 2018)
- 13.** Clínica Estomatológica. Disponible en
https://www.uigv.edu.pe/estomatologia/?page_id=107(Verificado el 09 de marzo de 2018)
- 14.** Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Disponible en
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/11Proyectos/marco/Infraestructura/NorTecProyArqHosp.pdf>(Verificado el 09 de marzo de 2018)
- 15.** Caycedo C. Ansiedad al tratamiento odontológico características y diferencias de género. Revista Suma Psicológica. Colombia; 2008 vol 15n° 1 259-278.

16. Espejo Carrera R. ansiedad dental en pacientes adultos del servicio de odontología de los hospitales regional docente de Trujillo y Belén 2014. (tesis para optar el título de cirujano dentista) Perú, universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
17. Muza R. y Muza P. Ansiedad de un servicio de emergencia dental. Revista de investigación Horizonte Enfermería. Chile 2008; 19, 1, 23-28.
18. Palomino Cáceres R. Nivel de ansiedad de los pacientes de la clínica estomatológica integral del adulto de la universidad alas peruanas filial Ica en el mes de setiembre del año 2014 (tesis para optar el título de cirujano dentista) Perú, Universidad alas peruanas 2015.
19. Pineda Ramos H. nivel de ansiedad en pacientes adultos que se encuentran en la sala de espera de la facultad de odontología de la universidad de san Carlos de Guatemala (tesis para optar el título de cirujano dentista) Guatemala, Univesidad de Guetemala, 2015.
20. Leyton Diaz R. nivel de ansiedad en pacientes de 18 a 65 años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la universidad Privada Antenor Orrego Trujillo noviembre 2015(tesis para optar el título de cirujano dentista) Perú Universidad Privada Antenor Orrego, 2016.
21. Atencio Atencio E. Nivel de ansiedad en pacientes que acuden al centro de salud cono norte antes de la atención odontológica Tacna 2015 (tesis para optar el título de cirujano dentista) Perú, universidad Alas Peruanas; 2015.
22. Casanova Sandoval C. Nivel de ansiedad pre quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía oral en la clínica estomatológica de la universidad privada antenor Orrego Trujillo 2017(tesis para optar el título de cirujano dentista) Perú, Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
23. Robles Sosayas C. Nivel de ansiedad y miedo al tratamiento odontológico de los pacientes que acuden al cap I san pedro de lloc Pacasmayo Trujillo 2016 (

tesis para optar el título de cirujano dentista) Perú, Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.

- 24.** Pulla Mullo J. Nivel de Miedo y ansiedad y pacientes adultos al acudir a la atención odontológica en cuanto centro de salud distrito 17d04 (proyecto de investigación para optar el título de cirujano dentista) Ecuador, Universidad Central del Ecuador;2017.
- 25.** Muza R. y Muza P. Nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental. Revista Chilena Salud Pública. (Chile) 2007 Vol 11 (1) : 18-22.
- 26.** Briceño Ibraim Y. 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 (Venezuela) 2017; 5(1) : 42-56.
- 27.** Martínez López (España) 2014. Niveles de ansiedad en pacientes adultos que asisten a consulta y tratamiento odontológico, identificando presencia y frecuencia de factores desencadenantes de ansiedad y relacionarlos con las características sociodemográficas de la población de estudio.

ANEXOS

ANEXO N°01



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Cuestionario de nivel de preocupación del paciente

Evaluación de Preocupaciones Dentales

I. Introducción

II. Datos Generales

• Sexo : M F

• Edad : _____

• Grado de Instrucción : Primaria Secundaria Superior

III. Preguntas del cuestionario

	Nivel de preocupación			
	Ninguna	Bajo	Mediana	Alto
1. Anestésico inyectable				
2. Radiografías ("Rayos X")				
3. Cansancio mandibular				
4. Preocupación por estar tensionado				
5. Miedo a ser herido				
6. No poder detener al dentista				
7. La cantidad de tratamiento necesario				
8. Sonidos en el consultorio dental				
9. Olores en el consultorio dental				
10. No tener la libertad de hacer preguntas o ser escuchado				
11. Recibir muy poca información				
12. Demasiadas citas cortas o citas demasiado largas				
13. Me preocupa que pueda necesitar muchas citas				
14. Ser criticado o regañado				
15. No ser escuchado				
Califica tu sonrisa (No me gusta) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Me encanta)				

CUESTIONARIO DE ACTITUD

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Se siente predispuesto atenderse a pesar del inyectable que va recibir.					
2. Es incómodo para Ud. Sentirse con cansancio a la mandíbula					
3. En mi condición de paciente me preocupa estar tensionado					
4. Me preocupa que durante el tratamiento pueda ser herido en la boca					
5. Me disgusta los sonidos y olores que pudiera haber en el consultorio					
6. Es importante tener libertad de preguntar al odontólogo y tener respuestas.					
7. En mi condición de paciente preferiría citas necesarias para mi tratamiento.					
8. Es importante como paciente no ser criticado y escuchado por el odontólogo.					

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy el Bachiller José Carlos ARRÓYO MOYA, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: “Nivel de Preocupación del Paciente Antes del Tratamiento y su Actitud en una Clínica Estomatológica Universitaria ”.

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo Determinar el Nivel de Preocupación del paciente antes del Tratamiento y su Actitud en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Ciclo 2018 – II. Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 10 minutos.

La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse al siguiente teléfono 976074992.

Yo, _____ d ejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “Nivel de Preocupación del Paciente Antes del Tratamiento y su Actitud en una Clínica Estomatológica Universitaria ”. Realizado por el Bach. José Carlos ARRÓYO MOYA.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre y apellido del participante

Fecha:

Firma del participante

DNI N°