

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Departamento de Estomatología



TESIS DOCTORAL

Ansiedad estado versus ansiedad rasgo.

**Influencia en el postoperatorio de pacientes sometidos
a extracción de terceros molares inferiores incluidos.**

CONCEPCIÓN RECIO LORA

Sevilla, 2014

A Marta y Antonio
A Goyo....., mi familia.

AGRADECIMIENTOS

Hace un tiempo oí esta frase:

“Yo no estoy manipulando piedras, yo estoy haciendo una catedral”

Con constancia y esfuerzo, con la ayuda necesaria y disfrutando de cada paso, por duro que sea, todos los trabajos se terminan y vemos construidas nuestras “pequeñas catedrales”.

Quiero, en este momento, agradecer a todas las personas que me han ayudado a lo largo de este camino.

Tengo que empezar por mi familia, porque, aunque profanos todos en la materia, siempre han sido un apoyo firme para mí. A mis padres, por su lucha continua por nosotros, pilares de todo lo que hemos emprendido. A mis hermanos, por su presencia en todos los momentos. A mis niños, porque me fuerzan a intentar ser mejor. A Goyo, por su apoyo continuo, por su ayuda técnica, por no dudar nunca de que sería capaz, por el montón de horas en las que ha hecho de padre y madre, por estar ahí...

A José Luis Gutiérrez, por inculcar en mí la pasión por la Cirugía Bucal y el trabajo en equipo.

A Daniel Torres, director de este trabajo, porque, a pesar de su enorme ocupación, ha sabido y querido encontrar los momentos para guiarme. Su enorme capacidad de trabajo, su tenacidad y compañerismo, son un espejo para todos los miembros de su equipo.

A Esther Hernández Pacheco, creadora de la idea, porque a pesar de mi escasa respuesta durante una buena temporada, ella siempre me ha respondido con ilusión y entusiasmo, ayudándome en todo lo que he necesitado.

A mis compañeros, profesores y alumnos del Máster, por su ayuda durante el período de investigación y por sus ánimos y aportaciones durante todo el trabajo.

A Marisa Heras y a Manuel María Romero, por estar conmigo siempre, como los mejores amigos.

Y si hay alguien a quien deba darle las gracias de una forma especial es a Guillermo Pradíes. Sin conformarse con recordarme cada vez que nos veíamos que este tema estaba pendiente, un día me dio un ultimátum que para mí fue el impulso definitivo. Gracias a su apoyo, a su ayuda, a su insistencia y a su confianza este trabajo es hoy una realidad.

GRACIAS A TODOS.



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Departamento de Estomatología
C/ Avicena S/n

DOCTOR GUTIÉRREZ PÉREZ, JOSÉ LUIS, Doctor en Medicina y Cirugía y Profesor Titular Vinculado del Departamento de Estomatología.

DOCTOR TORRES LAGARES, DANIEL, Doctor en Odontología y Profesor Titular del Departamento de Estomatología.

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado “Ansiedad estado versus ansiedad rasgo. Influencia en el postoperatorio de pacientes sometidos a extracción de terceros molares inferiores incluidos”, desarrollado por D^a Concepción Recio Lora, ha sido realizado bajo nuestra dirección, habiendo los que suscriben revisado el mencionado trabajo y estando conformes con su presentación como Tesis Doctoral para ser juzgado por el Tribunal que en su día se designe.

En Sevilla, y para que así conste y a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado a 2 de Abril de 2014.

Fdo. José Luis Gutiérrez Pérez

Fdo. Daniel Torres Lagares

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. LA ANSIEDAD	8
1.1.1. CONSIDERACIONES PREVIAS	8
1.1.2. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD	9
1.1.3. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD EN LA SALUD	11
1.1.4. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD EN LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.....	12
1.1.5. TIPOS DE ANSIEDAD	13
1.1.6. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	17
1.1.6.1. Epidemiología de los Trastornos de ansiedad	17
1.1.6.2. Clasificación de los Trastornos de ansiedad	18
1.1.6.3. Etiología y fisiopatología de los trastornos de ansiedad	19
1.1.6.4. Diagnóstico de los trastornos de ansiedad.....	21
1.1.6.5. Tratamiento de los Trastornos de ansiedad	22
1.1.7. ANSIEDAD DENTAL.....	23
1.1.7.1. Etiología del miedo dental.....	23
1.1.7.2. Variables relacionadas con la ansiedad dental.....	24
1.1.7.3. Medidas para disminuir la ansiedad dental.....	26
1.2. VALORACIÓN DEL DOLOR	28
1.3. PATOLOGÍA DE LAS INCLUSIONES DENTARIAS	30
1.3.1. LA INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR	30
1.3.1.1. Etiopatogenia	30
1.3.1.2. Manifestaciones clínicas.....	31
1.3.2. ANSIEDAD EN RELACIÓN CON LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR	41
1.3.2.1. Medidas preoperatorias	42
1.3.2.2. Premediación ansiolítica.....	42
1.3.3. POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.....	43
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
3. HIPÓTESIS	48
4. OBJETIVOS.....	49
4.1. GENERAL	49
4.2. ESPECÍFICOS	49
5. MATERIAL Y MÉTODO	50
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	50
5.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	50
5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	50
5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	50
5.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
5.6. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD	51
5.7. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	52
5.8. EVALUACIÓN DEL POSTOPERATORIO	53
5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	53

6. RESULTADOS	55
6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	55
6.1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS	55
6.1.1.1. Sexo	55
6.1.1.2. Edad.....	56
6.1.1.3. Estado civil.....	57
6.1.1.4. Situación laboral.....	57
6.1.2. DATOS RELATIVOS A LA ANSIEDAD.....	58
6.1.2.1. Ansiedad.....	58
6.1.2.2. Ansiedad Estado.....	59
6.1.2.3. Ansiedad Rasgo.....	59
6.2. COMPARABILIDAD DE LOS GRUPOS	60
6.2.1. COMPARABILIDAD POR ANSIEDAD RASGO.....	60
6.2.1.1. Sexo y ansiedad rasgo.....	60
6.2.1.2. Edad y ansiedad rasgo.....	60
6.2.1.3. Grupo de edad y ansiedad rasgo.....	61
6.2.1.4. Estado civil y ansiedad rasgo.....	61
6.2.1.5. Situación laboral y ansiedad rasgo.....	62
6.2.2. COMPARABILIDAD POR ANSIEDAD ESTADO.....	63
6.2.2.1. Sexo y ansiedad estado.....	63
6.2.2.2. Edad y ansiedad estado.....	64
6.2.2.3. Grupo de edad y ansiedad estado.....	64
6.2.2.4. Estado civil y ansiedad estado.....	65
6.2.2.5. Situación laboral y ansiedad estado.....	66
6.2.3. COMPARABILIDAD POR ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO DE FORMA COMBINADA.....	66
6.2.3.1. Sexo y Ansiedad.....	67
6.2.3.2. Edad y Ansiedad.....	67
6.2.3.3. Grupo de edad y Ansiedad.....	68
6.2.3.4. Estado civil y Ansiedad.....	69
6.2.3.5. Situación laboral y Ansiedad.....	70
6.3. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD EN EL POSTOPERATORIO.....	72
6.3.1. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD RASGO EN EL POSTOPERATORIO.....	72
6.3.1.1. Influencia de la ansiedad rasgo en el dolor postoperatorio.....	72
6.3.1.2. Influencia de la ansiedad rasgo en la inflamación postoperatoria.....	73
6.3.1.3. Influencia de la ansiedad rasgo en el consumo de AINEs en el postoperatorio.....	75
6.3.2. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD ESTADO EN EL POSTOPERATORIO.....	77
6.3.2.1. Influencia de la ansiedad estado en el dolor postoperatorio.....	77
6.3.2.2. Influencia de la ansiedad estado en la inflamación postoperatoria.....	78
6.3.2.3. Influencia de la ansiedad estado en el consumo de AINEs en el postoperatorio....	80
6.3.3. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD RASGO Y LA ANSIEDAD ESTADO DE FORMA COMBINADA EN EL POSTOPERATORIO.....	82
6.3.3.1. Influencia de la ansiedad rasgo y estado de forma combinada en el dolor postoperatorio	82
6.3.3.2. Influencia de la ansiedad rasgo y estado de forma combinada en la inflamación postoperatoria.....	83
6.3.3.3. Influencia de la ansiedad rasgo y estado de forma combinada en el consumo de AINEs en el postoperatorio.....	84

6.4. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO	87
7. DISCUSIÓN	88
7.1. INTRODUCCIÓN.....	88
7.2. DISCUSIÓN DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	90
7.2.1. Muestra del estudio.....	90
7.2.2. Influencia del operador.....	91
7.2.3. Modelo de estudio.....	91
7.2.4. Ítems postoperatorios	92
7.2.5. Evaluación de la ansiedad.....	93
7.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	96
7.3.1. COMPARABILIDAD DE LOS GRUPOS POR ANSIEDAD RASGO O POR ANSIEDAD ESTADO	96
7.3.2. COMPARABILIDAD POR ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO DE FORMA COMBINADA	97
7.3.3. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD RASGO Y ESTADO EN EL POSTOPERATORIO	98
7.3.4. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD RASGO Y LA ANSIEDAD ESTADO DE FORMA COMBINADA EN EL POSTOPERATORIO.....	100
7.3.5. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO	101
7.4. LINEAS FUTURAS	102
8. CONCLUSIONES	103
9. RESUMEN	105
10. BIBLIOGRAFÍA.....	106
11. ANEXOS.....	121

1. INTRODUCCIÓN

1.1. LA ANSIEDAD

1.1.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Se asume en la actualidad, que la salud y la enfermedad de las personas se relacionan, en gran medida, con cuestiones de tipo psicológico, así como la manera de valorar y afrontar las múltiples demandas ambientales y personales que están presentes en la sociedad contemporánea ¹.

El control de estas cuestiones puede ayudar a la persona a incrementar su bienestar, su calidad de vida y su salud, por lo que la intervención psicológica adquiere una importancia notable ².

Los estados de ansiedad se caracterizan por sentimientos subjetivos de aprehensión, nerviosismo, tensión y preocupación exagerados ante un estímulo determinado ³.

Si nos centramos en nuestro medio, el miedo y la ansiedad son señalados por muchos pacientes como un motivo para no acudir de forma regular al dentista. Esta circunstancia dificulta la atención odontológica de un gran número de pacientes, e incluso puede llegar a impedir el tratamiento dental de algunos de ellos ^{4,5}.

La ansiedad está ampliamente asociada con el tratamiento buco-dental, ya que determinados procedimientos odontológicos pueden causar dolor u otras experiencias desagradables. Los complejos factores de la ansiedad influyen en la experiencia dental, y llevan a una gran variedad de disfunciones conductuales relacionadas con el tratamiento dental ⁶.

Pero la ansiedad dental no supone únicamente un serio problema para la persona que la padece, sino que también repercute en la relación con el dentista, pudiendo ser causa de muchas fatigas y fracasos profesionales. Los pacientes ansiosos requieren un 20% más de tiempo en el sillón que los pacientes que se encuentran relajados, y los dentistas consideran que los pacientes ansiosos constituyen una de las fuentes más molestas del estrés profesional ⁷.

Por tanto, la persona con miedo y/o ansiedad ante el tratamiento dental, provoca para sí misma y para el dentista que la trata, unas consecuencias que alteran el correcto orden y desarrollo de una cita y, por tanto, del plan de tratamiento ⁵.

Las manifestaciones de la ansiedad dental se presentan como un círculo vicioso que lleva a los pacientes a evitar las citas con el dentista y, en consecuencia, el cuidado dental, lo que implica un deterioro, bien real o percibido, de la salud oral, que combinado con la imposibilidad por parte del paciente de aceptar el tratamiento dental, acaba produciendo sentimientos de vergüenza e inferioridad con respecto a otra gente, disminuyendo la autoestima. Todo esto puede servir para aumentar, más aún, la ansiedad del paciente y para reforzar la evitación del cuidado dental ^{6,8}. Así vemos que la ansiedad ante el tratamiento odontológico, no sólo tiene impacto en la salud oral de las personas, sino que, además, genera desajustes en otras áreas de la vida como las actividades sociales, relaciones familiares y el trabajo ⁹.

Un correcto conocimiento y manejo de estas cuestiones resulta, por tanto, muy importante para el profesional que desea atender del mejor modo posible a sus pacientes, así como para la comunidad científica que debe contribuir en el desarrollo de estrategias encaminadas a la prevención o tratamiento de estas fobias ⁵.

1.1.2. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

La **ansiedad**, del latín *anxietas*, según la Real Academia de la Lengua (RAE), se define como un *estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo*. Una segunda definición de la RAE, referida más al ámbito médico, la describe como la *angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos* ¹⁰.

Existen otras definiciones de ansiedad según los diferentes autores:

- Beck, en 1985, la describe como una percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas ¹¹.
- Lazarus, en 1993, afirma que es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente ¹².
- Lane, en 1997, aduce que es una respuesta emocional ante situaciones que se perciben o interpretan como amenazas o peligros ¹³.

Posteriormente, la **ansiedad** se ha definido como una *anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión*. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza ¹⁴.

Ante la pregunta, ¿qué es la ansiedad?, Cano Vindel¹⁵ responde que es una emoción natural que guarda algunas similitudes con otras reacciones emocionales como la alegría, el enfado, la tristeza, el miedo, etc. La ansiedad es experimentada como una emoción desagradable, negativa, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza con posibles consecuencias negativas. Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas el individuo debe ponerse en alerta.

Conviene aclarar el significado de una serie de términos que pueden confundirse o emplearse en contextos erróneos. Habitualmente se tiende a confundir los términos ansiedad y miedo, usados indistintamente, pero que clínicamente tienen significados distintos. La ansiedad es definida como un estado emocional difuso y desagradable cuya causa es difícil de identificar y es percibida como incontrolable o inevitable, mientras el **miedo** es una respuesta emocional y fisiológica consecuencia de la percepción de amenazas o eventos identificables, reales o supuestos ^{16, 17}.

También hay que aclarar el término **ansiedad fóbica** que es diferente del miedo, porque en él existe un peligro objetivo, y en las fobias, el supuesto peligro no lo es objetivamente ¹⁷.

Aunque en la práctica, los términos **ansiedad y angustia** se equiparan y se utilizan como sinónimos, la diferencia entre ambos estriba en que ¹⁷:

1. La ansiedad, etimológicamente incomodidad, se refiere más al sentimiento de malestar psíquico del sujeto.
2. La angustia, etimológicamente estrechez, se refiere más al sentimiento de malestar relacionado con las sensaciones corporales.

El término **trastorno de ansiedad** incluye tanto miedos (fobias) como estados de ansiedad ¹⁸. Afectan anualmente a millones de adultos, llenando a las personas de miedos e incertidumbre. A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante, los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata ¹⁹.

Los trastornos de ansiedad como tal, son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión, o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo ^{2,18}.

En la aparición de los trastornos de ansiedad están implicados factores biológicos, ambientales y psicosociales, aunque las causas no son bien conocidas ²⁰. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad ²¹, siendo además muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo (depresión) ^{2,22,23}. Suelen darse conjuntamente con otras enfermedades psíquicas o físicas, las cuales necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad ¹⁹.

1.1.3. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD EN LA SALUD

Las situaciones ansiógenas o aquéllas que producen ansiedad, pueden venir desde distintos ámbitos de la vida como:

- Situaciones de **peligro físico**, en las que pelagra la supervivencia o la integridad del individuo.
- Situaciones de **evaluación**, en las que el sujeto se siente evaluado y el resultado de esta evaluación puede arrojar un saldo positivo o negativo.
- Situaciones de **amenaza interpersonal o social**, de una forma más cara a cara que en las anteriores.
- Situaciones en las que se encuentran **elementos fóbicos** como viajar en avión, inyecciones, sangre, tratamiento dental, animales inofensivos, aglomeraciones, espacios cerrados, aguas profundas, etc.
- Situaciones **ambiguas o novedosas** que son desconocidas para el individuo, sobre las que no tiene experiencia.
- Situaciones en las que el individuo percibe una **pérdida de control** (pérdida de control sobre los resultados, sobre su ansiedad, sobre su conducta, etc.)

Pero **cualquier situación cotidiana** (como intentar dormirse, trabajar, estudiar, etc.) puede ser una situación ansiógena, si el individuo está pensando en cosas amenazantes, o que pueden tener consecuencias negativas para sus intereses ¹⁵.

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen

una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento de la misma²⁴.

La ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad resulta complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a Atención Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran^{24,25}.

Si no se tratan, los trastornos de ansiedad pueden tener consecuencias graves. Por ejemplo, algunas personas que tienen ataques de pánico recurrentes evitan a toda costa ponerse en situaciones que temen podrían desencadenar un ataque. Esta conducta evasiva puede crear problemas si está en conflicto con requisitos del trabajo, obligaciones familiares, tratamientos médicos u otras actividades básicas de la vida diaria.

Muchas personas que tienen trastornos de ansiedad no tratados son propensas a otros trastornos psicológicos, como depresión, y tienen una mayor tendencia al abuso de alcohol y otras drogas, con las repercusiones que esto conlleva para su salud. Sus relaciones con familiares, amigos y compañeros de trabajo pueden volverse muy tirantes y su desempeño laboral puede decaer²⁶.

1.1.4. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD EN LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La ansiedad preoperatoria ha sido un tema de intenso estudio en las últimas décadas^{27,28}. El papel de la elevada ansiedad preoperatoria está suficientemente documentado por la investigación para ser considerada como síntoma en todo proceso quirúrgico y, por tanto, es necesario considerar su posible influencia en los distintos pacientes y en los distintos protocolos de cirugía²⁹.

Los estados de ansiedad elevados en los periodos previos a la intervención quirúrgica se ven reflejados durante la operación, ya que el cuerpo reacciona de diferente forma ante la anestesia en estado de gran ansiedad, y en los periodos postoperatorios, retardando la recuperación y aumentando el consumo de fármacos³⁰.

Existen estudios ^{30,31} que, de diversas maneras, han conseguido disminuir la ansiedad prequirúrgica. Hay trabajos que han comprobado que la modificación de la infraestructura del hospital o de la zona quirúrgica (más zonas verdes, ventanas, música, etc.) ayuda a reducir el grado de ansiedad ³¹. Otros estudios se han centrado en evaluar cómo los cambios en la rutina hospitalaria (mayor acceso de los familiares, compartir habitación con un paciente que ya ha sido intervenido) ayudan a disminuir la ansiedad y a mejorar la recuperación postquirúrgica ³². Por último, otras estrategias que se han empleado para reducir la ansiedad se basan en un adecuado apoyo psicológico a través de la aplicación de técnicas cognitivas ³³, conductuales ³⁴ e informativas ³⁵.

Otros trabajos indican la relación existente entre los factores psicológicos y la vulnerabilidad ante la enfermedad y muestran una peor recuperación en aquellos pacientes que manifiestan un mayor grado de ansiedad antes de someterse a una intervención ²⁹.

Dada la importancia de este dato a la hora de garantizar el bienestar del paciente cuando entra en contacto con el ámbito sanitario, es muy importante aislar los factores psicosociales de riesgo y abordar al paciente desde un punto de vista integral que nos facilite mejorar la calidad en la atención a nuestros pacientes ²⁹.

1.1.5. TIPOS DE ANSIEDAD

- ANSIEDAD NORMAL Y ANSIEDAD PATOLÓGICA

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual ¹⁴.

Si un individuo reacciona en alguna ocasión con altos niveles de ansiedad ante una situación, ante la que otros individuos no experimentan tanta ansiedad, podemos hablar simplemente de una reacción de alta intensidad, o de una reacción aguda de ansiedad en un nivel no demasiado alto, que es puntual y no extrema. Esto no suele suponer ningún trastorno. El problema vendría si esta forma de reacción aguda es excesivamente intensa, como en los ataques de pánico o crisis de ansiedad (en los que el individuo no puede controlar su ansiedad y alcanza niveles extremos), o bien cuando se establece dicha reacción aguda como un hábito, es decir, si una reacción de ansiedad de alta intensidad se

vuelve crónica, o se vuelve muy frecuente. La reacción aguda de ansiedad, por tanto, no siempre es patológica, sino que puede ser adaptativa y nos puede ayudar a responder mejor ante una determinada situación ¹⁵.

La ansiedad es, sobre todo, algo que se siente. No es un pensamiento, sino un sentimiento de malestar difuso que se manifiesta tanto en el ámbito psíquico como en el somático, con repercusiones en el funcionalismo del sujeto ¹⁷.

La reacción emocional o el sentimiento psíquico que provoca la ansiedad puede ser muy intenso y originar multitud de síntomas que pueden observarse a un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable) ^{15,17}:

A **nivel cognitivo-subjetivo**, la ansiedad se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.)

A **nivel fisiológico**, la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros, como el Sistema Nervioso Central, o el Sistema Endocrino, o el Sistema Inmune. De todos los cambios que se producen, el individuo sólo percibe algunos cambios en respuestas tales como la tasa cardíaca, tasa respiratoria, sudoración, temperatura periférica, tensión muscular, sensaciones gástricas, etc. La persistencia de estos cambios fisiológicos puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc.

A **nivel motor u observable**, la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, temblor, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc.), llanto, tensión en la expresión facial, etc.

La ansiedad puede presentarse de forma continuada, aunque existan oscilaciones de la intensidad, como ocurre en el trastorno de ansiedad generalizada. Y en episodios recortados de gran intensidad, como ocurre en la crisis de angustia o de ataque de pánico. Frecuentemente, las personas que sufren crisis de angustia van desarrollando un temor progresivo a que se repitan, lo que se conoce como ansiedad anticipatoria ^{17,36}.

A modo de resumen podemos decir que la ansiedad normal se caracteriza por episodios poco frecuentes, de intensidad leve o moderada y de duración limitada. Son

reacciones esperables en muchas personas, con un grado de sufrimiento limitado o transitorio y que no interfieren en el desarrollo de la vida cotidiana.

La ansiedad patológica se caracteriza por episodios repetidos, de intensidad alta y duración prolongada. Son reacciones desproporcionadas que conllevan un grado de sufrimiento alto y duradero y que condicionan el normal funcionamiento de la vida del individuo que la sufre³⁷.

- ANSIEDAD PRIMARIA O SECUNDARIA

También tenemos que diferenciar entre ansiedad primaria y secundaria³⁸:

La **ansiedad primaria** es aquella que no se debe a otro trastorno físico ni psíquico que la justifique, es la propia de los trastornos de ansiedad, como por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico.

La **ansiedad secundaria** es aquella que aparece dentro del contexto de otras enfermedades médicas o psiquiátricas como, por ejemplo, un hipertiroidismo, consumo de anfetaminas, etc.

Frente a un cuadro de ansiedad patológica o excesiva, lo primero que hay que tratar de averiguar es su origen para poder así establecer si se trata de un caso de ansiedad primaria o secundaria³⁹.

La ansiedad secundaria suele ser de naturaleza inespecífica pero existen una serie de pruebas que pueden resultar de gran ayuda en su diagnóstico. Es fundamental realizar una cuidadosa historia clínica que oriente hacia determinadas patologías o que ponga de manifiesto el antecedente de consumo o exposición a determinadas sustancias capaces de producir ansiedad. Un electrocardiograma, puede resultar de gran ayuda para descartar enfermedades cardiovasculares. Una analítica tiroidea es fundamental para establecer un diagnóstico de hiper o hipotiroidismo. Cuando la ansiedad secundaria se debe a trastornos psiquiátricos, las manifestaciones propias de dichos cuadros pueden ser la pista diagnóstica³⁹.

En los cuadros de ansiedad primaria, hay que averiguar la existencia de antecedentes biográficos lo suficientemente estresantes como para provocar una reacción ansiosa aguda o postraumática, o la presencia de un cambio vital significativo (duelo, separación, emigración,...) capaz de generar el trastorno³⁹.

- ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO

Otra distinción frecuente es la de ansiedad de rasgo o de estado. Spielberger habla de que la **ansiedad rasgo** es estable y se refiere a una disposición relativamente permanente

de la personalidad, como cualquier otro rasgo que permanece durante toda la vida del individuo, y la **ansiedad estado** es de naturaleza transitoria, que varía en intensidad y que fluctúa en el tiempo, como reacción a situaciones percibidas como amenazadoras. Las personas que puntúan alto en ansiedad rasgo sufrirán, para Spielberger, elevaciones de ansiedad estado con más frecuencia, ya que van a percibir un mayor número de situaciones como amenazadoras⁴⁰.

Un ejemplo de ansiedad de rasgo es la asociada a un trastorno de personalidad y un ejemplo de ansiedad de estado es la ansiedad secundaria a una fase depresiva.

Ambos niveles de ansiedad se evalúan sobre un listado 40 ítems que conforman el "*Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*" (State Trait Anxiety Inventory, STAI E-R) de Spielberger, descrito por primera vez en 1970⁴⁰ y revisado en 1983⁴¹. De este cuestionario existe una versión española desde 1982 que incluye baremos para adolescentes y adultos, hombres y mujeres⁴².

El test de STAI sirve para evaluar el nivel actual de ansiedad y la capacidad de las personas de responder al estrés. Cuando comenzaron los trabajos de Spielberger para la construcción del test, éste fue planteado como una escala única para evaluar tanto el rasgo como el estado. Durante el curso de los estudios, los resultados vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, especialmente en la ansiedad rasgo, por lo que se introdujeron modificaciones en el proceso de construcción del STAI⁴³.

La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. Una parte, para la ansiedad estado (A/E), evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La otra parte, para la ansiedad rasgo (A/R), señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

En las escalas se han intercalado una serie de ítems directos o positivos con otros inversos o negativos. Las puntuaciones pueden variar entre 0 y 60 puntos, obtenidos de sumar las respuestas positivas y las negativas para cada tipo de ansiedad. En función del sexo y la edad de los sujetos a los que se le realiza el test, existen unos valores de referencia que marcan el límite para determinar si hay ansiedad rasgo o estado o ambas, es decir, si la puntuación obtenida está por encima de este valor de referencia, el paciente muestra algún tipo de ansiedad, si la puntuación está por debajo, el paciente no tiene ansiedad.

Existen diversos estudios que han constatado la fiabilidad y la validez de este cuestionario^{44, 45}.

1.1.6. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1.1.6.1. Epidemiología de los Trastornos de ansiedad

En la clínica médica habitual, los trastornos de ansiedad se presentan con tanta frecuencia que se puede afirmar que no existe enfermedad en que la ansiedad no esté presente en mayor o menor intensidad ¹⁴.

Según la *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria* ¹⁴, la ansiedad se confirma como una de las causas que más contribuyen a la pérdida de años de vida libre de enfermedad.

La mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20% ^{46,47}.

Los datos del Eurobarómetro dan una prevalencia estimada para cualquier trastorno mental en España del 17,6%, más alta en mujeres (20,8%) que en hombres (14,2%) ⁴⁸.

La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad varía ampliamente entre los diferentes estudios epidemiológicos publicados, aunque la variabilidad asociada con los trastornos de ansiedad considerados de manera global es bastante más pequeña que la asociada con los trastornos considerados individualmente ¹⁴. Existen varios factores que explican la heterogeneidad de los porcentajes en estos estudios, como son los criterios de inclusión, los instrumentos diagnósticos, el tamaño de la muestra, el país estudiado y el porcentaje de respuesta ¹⁴.

Los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad son de un 10,6% y un 16,6% respectivamente ⁴⁹. Y si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de Atención Primaria, la prevalencia aumenta, oscilando entre el 20% y 40% ^{20,50}.

Aunque pueden producirse en cualquier momento, los trastornos de ansiedad surgen con frecuencia en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta. Hay algunas evidencias de que los trastornos de ansiedad son hereditarios. Aparentemente, los genes, así como las primeras experiencias de aprendizaje en las familias, hacen que algunas personas sean más propensas que otras a padecerlos ^{51,52}.

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad ^{48,53,54}.

La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos. Esto parece indicar que muchas personas que durante la niñez, adolescencia

o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior. Por lo tanto, un abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos^{48,54}.

1.1.6.2. Clasificación de los Trastornos de ansiedad

La Sociedad Americana de Psiquiatría y el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) americano, establecen el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) para clasificar los trastornos de ansiedad⁵⁵. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10⁵⁶, acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

Cada trastorno de ansiedad tiene características particulares y se pueden resumir en los siguientes:

- **Trastornos de ansiedad generalizada (TAG):** Las personas que la sufren tienen miedos o preocupaciones recurrentes como, por ejemplo, la salud o la situación económica, y suelen tener una sensación constante de que algo malo está por suceder. La causa de estos sentimientos intensos de ansiedad puede ser difícil de identificar. Sin embargo, los temores y preocupaciones son muy reales para los pacientes e impiden muchas veces que se concentren en sus tareas diarias. Cuando sus niveles de ansiedad son moderados, las personas con TAG pueden funcionar socialmente y mantener un trabajo, pero pueden tener dificultades para llevar a cabo las actividades más sencillas de la vida diaria si su ansiedad es grave. El TAG, rara vez ocurre por sí solo, sino que suele acompañarse de otros trastornos de ansiedad, depresión, o abuso de sustancias.
- **Trastorno de pánico:** Se caracteriza por ataques repentinos de terror, usualmente acompañados por latidos fuertes del corazón, transpiración, debilidad, mareos o desfallecimiento. Durante estos ataques, las personas con trastorno de pánico pueden acalorarse o sentir frío, sentir un hormigueo en las manos o sentir las adormecidas y experimentar náuseas, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Los ataques de pánico usualmente producen una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente, o miedo de perder el control. El miedo a los inexplicables síntomas físicos de uno mismo, es también un síntoma del trastorno de pánico. A veces, las personas que sufren ataques de pánico creen que están sufriendo un ataque cardíaco, que están enloqueciendo, o que están al borde de la muerte. No pueden predecir cuándo o dónde ocurrirá un ataque, y entre los episodios, muchas personas se preocupan intensamente y se aterrorizan de pensar en el próximo ataque. Las personas que presentan ataques

de pánico repetidos y en su máxima expresión, pueden llegar a quedar muy discapacitadas por esta enfermedad, y deben buscar tratamiento antes de que comiencen a evitar lugares o situaciones en las cuales han padecido ataques de pánico. Cuando la enfermedad llega a un punto extremo, se denomina **agorafobia** o miedo a los espacios abiertos.

- **Fobias específicas:** Son miedos intensos e irracionales, respecto a determinados objetos o situaciones que, en realidad, suponen una amenaza mínima o nula. Pueden incluir situaciones como encontrarse con determinados animales, volar en avión, miedo al agua o a los espacios cerrados.
- **Fobias sociales o trastorno de ansiedad social:** Incluyen miedo con relación a entornos sociales o lugares públicos. Las personas con fobia social tienen miedo intenso, persistente, y crónico de ser observadas y juzgadas por los demás y de hacer cosas que les producirán vergüenza. Este miedo puede tornarse tan intenso, que interfiere con su trabajo, estudios, y demás actividades comunes, y puede dificultar el hacer nuevas amistades o mantenerlas.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** Se caracteriza por sentimientos o pensamientos persistentes, incontrolables y no deseados (obsesiones) y rutinas o rituales para tratar de evitar o para liberarse de estos pensamientos (compulsiones). Por ejemplo, lavarse las manos o limpiar la casa en exceso por temor a los gérmenes, o verificar algo una y otra vez para detectar errores.
- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT):** Se desarrolla después de una experiencia aterrizante que involucra daño físico o la amenaza de daño físico. La persona que desarrolla el TEPT puede ser aquella que fue afectada, el daño puede haberle sucedido a una persona querida, o la persona puede haber sido testigo/a de un evento traumático que le sucedió a sus seres queridos o a desconocidos. Los pensamientos, sentimientos y patrones de conducta se ven seriamente afectados por recuerdos de estos sucesos, a veces durante meses o incluso años después de la experiencia traumática.

1.1.6.3. Etiología y fisiopatología de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad no tienen una etiología clara y pueden desencadenarse por distintos factores, incluidas las experiencias de la vida y los rasgos psicológicos. Específicamente, el aumento del estrés y los mecanismos inadecuados de afrontamiento de situaciones adversas pueden contribuir a la ansiedad. Los antecedentes familiares y la genética también juegan un papel importante en su aparición⁵⁷.

Hay estudios que muestran que hay un vínculo entre trastornos de ansiedad y áreas específicas del cerebro y que un desequilibrio en determinados neurotransmisores

cerebrales que regulan la ansiedad, como la noradrenalina, la serotonina y el ácido gamma aminobutírico (GABA), pueden contribuir a los síntomas de la enfermedad ⁵⁷.

El prosencéfalo es la zona más afectada en las personas con trastornos de ansiedad. También se cree que el sistema límbico, implicado en el almacenamiento de los recuerdos y la creación de las emociones, juega un papel central en el procesamiento de toda la información relacionada con la ansiedad. Tanto el locus cerúleus como el rafe dorsal se proyectan hacia el circuito del septohipocampo que, a su vez, se proyecta hacia otras áreas del sistema límbico que generan ansiedad. El hipocampo y la amígdala tienen una importancia crucial porque están interconectados y se proyectan hacia los núcleos subcorticales y corticales. Curiosamente, en algunas personas con trastorno de estrés postraumático, el hipocampo es más pequeño, probablemente por la degeneración de las dendritas de esta zona debido al aumento en la concentración de glucocorticoides provocado por el estrés ⁵⁸.

Otras estructuras cerebrales implicadas en el control de las emociones, como el hipotálamo, también pueden estar implicadas en la patogenia de los trastornos de ansiedad. Generalmente, las personas con trastorno obsesivo-compulsivo muestran un aumento de actividad en los núcleos basales, especialmente en el cuerpo estriado y otras áreas del lóbulo frontal del prosencéfalo ⁵⁹.

La investigación bioquímica y farmacológica ha ido estableciendo la evidencia de que los trastornos de ansiedad pueden ser debidos a unos mecanismos bioquímicos particulares, con una fisiopatología determinada ⁵⁷.

Puede deberse, no a un desequilibrio único del sistema neurotransmisor sino, más bien, al resultado de múltiples interacciones entre los neurotransmisores anteriormente mencionados, noradrenalina (NA), ácido gamma-aminobutírico (GABA) y serotonina (5HT) y existen diferentes teorías en base a estos neurotransmisores según los siguientes modelos:

- **Noradrenérgico:** El *locus cerúleus* (LC) es un núcleo pequeño situado en medio del cerebro que puede desempeñar un papel regulador de la ansiedad. En respuesta a la ansiedad o situaciones de miedo, este núcleo sirve de centro de alarma activando la liberación de NA y estimulando el sistema nervioso simpático.

Los fármacos con efectos ansiógenos (yohimbina, isoproterenol, cafeína) llegan al LC activando e incrementando la actividad noradrenérgica; estos agentes producen sensación subjetiva de ansiedad, pudiendo terminar en un ataque. Los fármacos con efectos ansiolíticos o antipánico (benzodiazepinas, antidepresivos, clonidina) inhiben la activación del LC, disminuyendo la actividad noradrenérgica y controlando la ansiedad.

- **Receptor benzodiazepínico:** Los efectos terapéuticos de las benzodiazepinas (ansiolíticas, anticonvulsiantes, sedantes y relajantes musculares) están mediados por el receptor gabaérgico tipo A (GABA_A).

El GABA, principal neurotransmisor (NT) del sistema nervioso central (SNC), se encarga de la transmisión de casi una tercera parte de los impulsos nerviosos del cerebro. El sistema gabaérgico tiene un efecto regulatorio e inhibitorio en los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. Ligados a él, están los receptores que abren los canales adyacentes del ion cloruro y permiten el flujo de iones cloro cargados negativamente, produciéndose así una hiperpolarización de la membrana celular y un descenso en la excitabilidad de la célula nerviosa.

- **Serotoninérgico:** La serotonina (5HT) está implicada en el control de la ansiedad, ya que actúa como un neurotransmisor inhibitorio y, casi con seguridad, en la patogenia de los trastornos de ansiedad.

El descubrimiento de que los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), que estimulan la neurotransmisión mediada por serotonina son beneficiosos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del estado anímico conduce a la hipótesis de que una disfunción de la serotonina es importante en la etiología de estas enfermedades. El hecho de que al menos algunos antidepresivos, como los ISRS, alivien los síntomas de la ansiedad sugiere que los trastornos de ansiedad y la depresión comparten mecanismos etiológicos comunes. La manipulación farmacológica para estimular la concentración de serotonina en el cerebro aumenta la ansiedad, y la reducción de la concentración de serotonina se asocia a una disminución de la ansiedad. Esto sugiere que la ansiedad es causada por aumentos anómalos de la concentración de serotonina y la depresión, por disminuciones anómalas de aquélla. Sin embargo, ésta es una simplificación excesiva del problema ^{16,21}.

1.1.6.4. Diagnóstico de los trastornos de ansiedad

Los trastornos por ansiedad repercuten en la actividad psicosocial del individuo que los sufre limitando su libertad personal. Si no se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, el paciente puede acabar desarrollando un cuadro crónico. Algunos pacientes presentan crisis o subcrisis durante años, siendo posible que se mantengan en un estado de ansiedad flotante que puede llevar al diagnóstico erróneo de ansiedad generalizada. Si se hacen crónicos, pueden aparecer estados de hipocondría y/o desmoralización, depresión, suicidio y abuso de tranquilizantes o alcohol. Los enfermos con ansiedad generalizada que alcanzan esta fase crónica, en la que persiste la sintomatología de forma

atenuada, muestran también tristeza, apatía, desinterés, etc., lo cual expresa el agotamiento y rendición del individuo. Los pacientes con trastornos por estrés tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos de ansiedad, depresión o abuso de sustancias psicoactivas.

El diagnóstico se efectúa por la clínica, debiendo excluirse primeramente los trastornos médicos que pueden cursar con ansiedad. Se debe interrogar al paciente sobre sus síntomas, acontecimientos vitales que pudiesen influir en la clínica, así como los antecedentes familiares. Además, orientado por la clínica, se debe realizar una exploración física y pedir pruebas complementarias como una determinación de hormonas tiroideas, electrocardiograma, electroencefalograma, hemograma, radiografía de tórax, etc.⁶⁰.

1.1.6.5. Tratamiento de los Trastornos de ansiedad

Según el National Institute Mental Health (NIMH)⁶¹, el tratamiento de los trastornos de ansiedad se realiza con medicación, con psicoterapia o, mejor aún, con la combinación de ambas opciones, dependiendo del problema y de las preferencias de cada persona.

- Medicación: No curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia. Las principales medicaciones usadas por los psiquiatras para tratar los trastornos de ansiedad son antidepresivos, ansiolíticos y betabloqueantes.

Los *antidepresivos* se desarrollaron para tratar la depresión, pero también son efectivos para los trastornos de ansiedad. Aunque estos medicamentos comienzan a alterar la química del cerebro desde la primera dosis, su efecto total requiere que ocurran una serie de cambios. Se necesitan entre cuatro y seis semanas para que los síntomas comiencen a desaparecer. Es importante tomar estos medicamentos durante el tiempo suficiente para permitirles que funcionen.

Medicamentos ansiolíticos: Las poderosas benzodiazepinas combaten la ansiedad y producen pocos efectos secundarios salvo la somnolencia. Debido a que las personas se pueden acostumbrar a éstas y pueden necesitar dosis progresivamente más altas para obtener el mismo efecto, las benzodiazepinas generalmente se prescriben por cortos periodos de tiempo, en especial para personas que han abusado de drogas o alcohol o que con facilidad se vuelven dependientes a la medicación. Una excepción a esta regla son las personas que padecen de trastorno de pánico, quienes pueden tomar benzodiazepinas por periodos hasta de un año sin que se produzcan daños colaterales o efectos secundarios.

Los *betabloqueantes*, como el propranolol, que se utiliza para enfermedades cardíacas, pueden prevenir los síntomas físicos que se presentan con ciertos trastornos de ansiedad, particularmente con la fobia social. Cuando se puede predecir una situación de miedo, por ejemplo, dar una conferencia, se puede prescribir un betabloqueante para mantener bajo control los síntomas físicos de la ansiedad.

- Psicoterapia: La psicoterapia implica hablar con un profesional capacitado en la salud mental, tal como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o consejero, para descubrir cuál fue la causa de un trastorno de ansiedad y cómo manejar sus síntomas.

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad. Esta terapia se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello y brindan su permiso y cooperación. Para ser efectiva, debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a sus necesidades. No hay ningún otro efecto secundario más que la incomodidad de una ansiedad temporalmente mayor.

Con un tratamiento apropiado, muchas personas con trastornos de ansiedad pueden vivir vidas normales y plenas.

1.1.7. ANSIEDAD DENTAL

Existe una clara asociación entre los tratamientos dentales y la ansiedad, ya que los procedimientos odontológicos pueden causar dolor u otras experiencias desagradables y los complejos factores de la ansiedad influyen en la forma de afrontar esta experiencia^{5,62}.

1.1.7.1. Etiología del miedo dental

Hay muchos elementos implicados en el origen del miedo dental^{4,5,63}. En un estudio clásico, Rachman⁶⁴ señala dos tipos de adquisición, una forma directa, derivada de experiencias previas y una forma indirecta, adquirida por transmisión de información desde otras personas. Weiner y Shehan⁶⁵ diferencian entre una etiología endógena y una exógena. La endógena, debida a una vulnerabilidad constitucional e innata a desarrollar trastornos de ansiedad, de modo que los pacientes con ansiedad rasgo tendrán una mayor predisposición y posibilidad de sufrir niveles altos de ansiedad dental. La etiología exógena está condicionada por experiencias adversas. Son antecedentes y experiencias del pasado, acaecidas sobre todo en la infancia, que resultaron ser traumáticas y dolorosas, propias o del entorno del paciente, de los padres, hermanos o amigos, de forma que

dichas experiencias influyen y condicionan la reacción del sujeto. Milgrom, Weinstein, Kleinknecht y Getz ⁶⁶ establecen una categorización etiológica de cuatro niveles para explicar la ansiedad dental conocida como Seattle System (Figura 1) ⁶⁷:

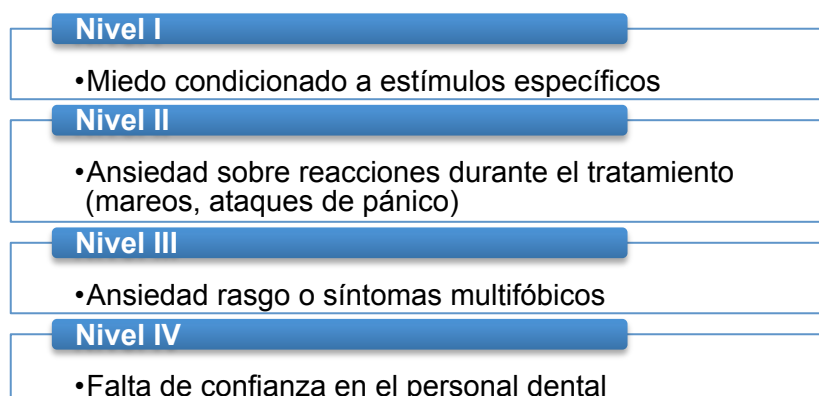


Figura 1: *Seattle System*: Etiología de la ansiedad dental

En términos generales, los autores opinan que ansiedad y miedo dental son realidades de etiología multifactorial donde confluyen aspectos constitucionales y aspectos adquiridos ^{4, 5, 63, 68}.

1.1.7.2. Variables relacionadas con la ansiedad dental

A nivel individual hay factores que pueden modificar el grado de ansiedad dental que pueden presentar los pacientes:

- Edad: La ansiedad dental parece tener su origen en la niñez o madurez temprana y declinar con la edad ^{4, 63, 69}, aunque tampoco hay que descartar que aparezca en la edad adulta ^{70, 71}. La disminución conforme avanza la edad puede explicarse por la mejora que suponen los avances tecnológicos o por la adaptación a lo inevitable que conlleva el paso de la edad, ya que también disminuyen otras fobias generales o específicas ^{70,71}.

- Sexo: La mayoría de los autores coinciden en afirmar que las mujeres presentan valores de ansiedad dental mayores que los hombres ⁷⁰ pero no todos los estudios encuentran diferencias estadísticamente significativas en este sentido ^{70,72}. También en las mujeres parece encontrarse una correlación significativa entre ansiedad rasgo y ansiedad dental y mayor prevalencia de fobia dental concomitante con otras psicopatologías ⁷³.

- Nivel socioeconómico y cultural: La relación entre ansiedad dental y otras variables demográficas tales como nivel de ingresos y educación no se han elucidado por

completo⁶⁷. Mientras que existen estudios que han demostrado que los niveles más altos de ansiedad dental están asociados a bajos niveles de ingresos y educación⁷⁴, otros han fallado en encontrar tal relación^{4,75}. Sin embargo, parece ser que un nivel socioeconómico bajo representa una barrera al acceso a los servicios odontológicos y contribuye, por tanto, a un aumento del nivel de ansiedad^{76,77}.

- Estado de salud oral.

Un estado de salud deteriorado y una mayor percepción de necesidades orales por parte del paciente, se asocian a mayores niveles de ansiedad dental^{4,5,71}.

- Factores predisponentes relacionados con el entorno dental.

Además de los procedimientos quirúrgicos y la inyección del anestésico local^{77,78}, los estudios han demostrado que son los procedimientos restauradores los que generan los grados de ansiedad más potentes^{9,79}. Por esta razón, los pacientes ansiosos que necesitan tratamientos restauradores se deben manejar usando la regla de las "4 S", destinada a reducir los factores generadores de estrés⁷¹ (Figura 2):

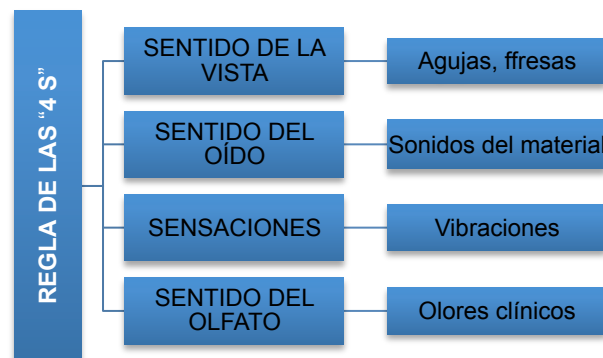


Figura 2: Regla de las "4 S" para disminuir los factores generadores de estrés durante el tratamiento dental.

Es importante reconocer que así como las "4 S" provocan ansiedad, existen también otros factores del entorno dental que pueden provocarla o aumentarla. La interacción dentista-paciente es de especial importancia. El temor a que el dentista realice llamadas de atención a la mala higiene oral o a la falta de cooperación influye en el grado de ansiedad de los pacientes^{77,79}.

El tiempo en la sala de espera también es un factor provocador de ansiedad, ya que aumenta el tiempo para pensar sobre lo que puede pasar y para considerar los peores resultados⁹. El personal de apoyo debe estar atento a los pacientes ansiosos, y ayudarles

a que adopten medidas para disminuir sus preocupaciones (leer, ver la tele, escuchar música)⁷¹.

El sentimiento negativo de pérdida de control y vulnerabilidad dentro del gabinete dental es otro factor de ansiedad expresado por los pacientes. Es importante informar a los nuevos pacientes de que pueden interrumpir al operador durante el tratamiento, levantando la mano, por ejemplo, ya que esto supone una forma de “no perder el control” efectiva para disminuir la ansiedad⁷¹.

1.1.7.3. Medidas para disminuir la ansiedad dental

Hay estudios que afirman que los pacientes ansiosos son los que menos aprecian los tratamientos y los que más critican los resultados^{80,81}. Dentro de esta complejidad, nuestros esfuerzos deben ir encaminados a conseguir los mejores resultados en los tratamientos y en la forma en la que los pacientes los viven. Algunas medidas destinadas a disminuir la ansiedad pueden ser⁷⁷:

- Medidas farmacológicas: No existen comprobaciones de medicamentos con completa efectividad para el tratamiento de la ansiedad al tratamiento odontológico; sin embargo, algunos medicamentos han sido utilizados con el fin de disminuir las reacciones ansiógenas en el paciente, antes de la intervención. Entre los más descritos están los ansiolíticos, como el diazepam, administrado entre 45 minutos y una hora antes del contacto con el odontólogo⁸².

Según el tipo, la duración y la ubicación del procedimiento, también se recomiendan procedimientos de sedación y anestesia, los cuales han demostrado una elevada efectividad, con bajos riesgos a la salud o vida del paciente⁸³.

- Psicoterapia: En relación con la intervención psicológica, la ansiedad ante el tratamiento odontológico ha sido intervenida con las mismas técnicas que cualquier otra fobia específica, es decir, exposición, entrenamiento en relajación y reestructuración cognoscitiva⁸².

- Hipnosis: Las investigaciones de Gow en 2006^{84,85}, reportan la efectividad del uso de la hipnosis para disminuir la tasa de respuesta a la ansiedad en pacientes con fobia dental, permitiendo que los sujetos se relajaran antes, durante y después de la intervención dental. En estas investigaciones también se menciona la posibilidad del uso de técnicas de auto hipnosis como remplazo de la intervención farmacológica.

- Consulta odontológica de baja agresividad (OBA): Esta medida para disminuir el malestar del paciente tiene en cuenta diferentes factores que pueden influir en el

trabajo del odontólogo, como el medio ambiente clínico, incluyendo equipamiento, materiales, instrumentos y técnicas, y la preparación profesional y humana del odontólogo y sus auxiliares ⁸⁶. La OBA se asocia a una mejora del bienestar del profesional y de su paciente y a la disminución del “ausentismo” a los tratamientos derivado de la ansiedad.

- Información por parte del profesional: Ofrecer información en un lenguaje claro y accesible sobre el procedimiento que se va a realizar, el empleo de tiempo para explicar los diagnósticos y tratamientos, mediante el procedimiento decir-mostrar-hacer, es una de las mejores estrategias para prevenir los estímulos desencadenantes de estrés y ansiedad en la consulta dental ^{83,86,87}. También es importante la empatía y confianza que se desarrollen en la primera visita así como el acompañamiento de algún familiar o amigo durante la consulta ⁸².

1.2. VALORACIÓN DEL DOLOR

El dolor es una experiencia sensorial y emocional subjetiva que pueden experimentar todos aquéllos seres vivos poseedores de un sistema nervioso central⁸⁸.

El dolor postquirúrgico es consecuencia directa de la lesión tisular producida durante la intervención y de los fenómenos inflamatorios y reparativos que el organismo pone en marcha como respuesta a dicha agresión⁸⁹.

Como cualquier otro síntoma o signo clínico, el dolor debe evaluarse adecuadamente. Su cuantificación debe realizarse mediante el uso de escalas, de las cuales hay una gran variedad según los objetivos para los que se utilizan. Al ser una experiencia subjetiva, nadie mejor que el propio enfermo para saber si le duele y cuánto le duele; por lo tanto, siempre hay que contar con el paciente para hacer la valoración del dolor. Pero al ser una sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que pueda medir con exactitud la intensidad del dolor⁹⁰.

Siguiendo la clasificación que hace Muñoz en su *Manual de dolor agudo postoperatorio*⁹⁰, existen escalas objetivas y escalas subjetivas. En las objetivas es el propio observador quien va a inferir un valor a la intensidad de dolor que sufre el paciente. Se basa fundamentalmente en la observación del comportamiento o actitudes que adopta éste, como puede ser la expresión facial, el grado de movilidad, tensión muscular, postura corporal, TA, FC, etc. Pero no es una escala muy fiable ya que, como se ha comentado, nadie mejor que el propio paciente para valorarlo. Además, se pueden producir importantes sesgos si el observador carece de experiencia en la valoración del dolor o si tiene prejuicios e ideas previas sobre lo que debe de doler según el caso. En las escalas subjetivas es el propio paciente el que nos informa acerca de su dolor y pueden ser de varios tipos:

- Escalas unidimensionales:

a) Escala verbal simple: El paciente debe señalar entre dolor ausente, moderado, intenso, intolerable, el punto de dolor donde mejor se identifique.

b) Escalas numéricas:

- *Escala numérica verbal:* Consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, nos dé un número con el que relacione su intensidad.

- *Escala de graduación numérica:* El paciente debe optar por un número entre el 0 y el 10 que refleje la intensidad de su dolor; todos los números aparecen encasillados, de

manera que lo que deberá hacer es marcar con una “X” la casilla que contiene el número elegido.

c) Escala visual analógica (EVA): Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.

d) Escala de expresión facial: Muy usada en la edad pediátrica, se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5 correspondiendo el 0=no dolor y 5=máximo dolor imaginable.

- Escalas multidimensionales:

La más conocida, **el cuestionario de McGill**, consiste en presentar al paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional); pero además incluye una tercera dimensión que es la evaluativa. Cada una de estas dimensiones tienen asignado un número que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas por el paciente; esta puntuación refleja el modo en que éste califica su propia experiencia dolorosa y, por consiguiente, permite valorar la influencia dolorosa que sobre esta experiencia ejercen los factores emocionales y sensoriales que la integran. Por su complejidad, este cuestionario es de poca utilidad en la valoración del dolor postoperatorio.

La escala más utilizada para valorar la intensidad y la evolución del dolor postoperatorio es la EVA. Su referencia original data de 1974⁹¹ y por su sencillez y fiabilidad en la actualidad es la más empleada por los distintos autores^{88,92,93,94}.

1.3. PATOLOGÍA DE LAS INCLUSIONES DENTARIAS

1.3.1. LA INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR

1.3.1.1. Etiopatogenia

La erupción dentaria es un proceso susceptible de sufrir interrupciones que pueden provocar la retención parcial o total del diente dentro del maxilar o la mandíbula. Existen muchas clasificaciones de las inclusiones dentarias⁹⁵⁻⁹⁸, que pueden llevar a confusión en la nomenclatura. Los términos cordal o tercer molar incluido son los más extendidos entre los profesionales, designándose con él cualquier alteración en la erupción normal de un tercer molar⁹⁹.

Existe cierta controversia entre los autores a la hora de establecer la frecuencia de esta inclusión. Según Berten-Cieszynki¹⁰⁰ o López-Arranz¹⁰¹ el tercer molar inferior ocupa el primer lugar en frecuencia en la secuencia de las inclusiones dentarias, seguido, por orden, del tercer molar superior, el canino superior, el segundo premolar inferior, el canino inferior, el segundo premolar superior, el incisivo central superior y el incisivo lateral superior. Pero hay otros autores, como Archer¹⁰² y Dacha¹⁰³, que dicen que es más frecuente la inclusión del tercer molar superior.

Bjork dice que el 45% de los pacientes de una clínica dental presenta cordales incluidos y que el 75% de ellos tienen patología que requieren tratamiento quirúrgico. De ahí que la extracción de cordales incluidos sea un acto quirúrgico muy frecuente en una consulta de Cirugía Bucal¹⁰⁴.

En la **etiopatogenia** de la inclusión del tercer molar influyen varios factores:

- La *evolución filogenética del hombre*: Existe cierta tendencia a la desaparición de los terceros molares, debido a las variaciones en la alimentación y en el tamaño de los maxilares, lo cual hace que lleguen a estar ausentes en hasta un 10% de la población⁹⁸.

- *Falta de espacio*: Es un diente que hace su aparición a una edad media entre los 19,5 y los 20,5 años de edad⁵⁶, siendo el último en formarse. Además, para erupcionar, tiene que realizar una inclinación hacia distal para la cual, muchas veces, no tiene espacio suficiente. Esta falta de espacio es la causa más frecuente de inclusión del tercer molar inferior.

- Circunstancias que generen un *obstáculo mecánico* en su camino de erupción, como odontomas, el propio segundo molar, quistes, tumores o algunas enfermedades sistémicas que pueden influir en los mecanismos de erupción (Hipotiroidismo, raquitismo, disostosis cleidocraneal, Síndrome de Gardner).

La frecuencia de patología inducida por el tercer molar inferior es muy elevada, sobre todo, debido a unas condiciones embriológicas y anatómicas singulares.

- *Condiciones embriológicas:* El germen del tercer molar inferior se forma a partir del germen del segundo molar, como si se tratase de un diente de reemplazo, y no directamente de la lámina dentaria como el resto de la dentición. Su calcificación comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina de formarse hasta los 15-16 años; la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años de edad, y se realiza en un espacio muy limitado. El hueso, en su crecimiento, origina importantes fuerzas morfogénicas con tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal del segundo molar ⁹⁸.
- *Condiciones anatómicas:* El germen del tercer molar inferior nace en una región del ángulo mandibular en donde el crecimiento se realiza en sentido posterior, obligando al tercer molar inferior a efectuar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y hacia arriba para alcanzar su lugar normal en la arcada. Es un difícil camino eruptivo al que hay que sumarle unos límites anatómicos que empeoran la situación, el segundo molar por delante, el paquete vásculo-nervioso por debajo y una mucosa laxa y extensible por arriba que no se retrae con la fuerza eruptiva ¹⁰⁵.

1.3.1.2. Manifestaciones clínicas

La alta incidencia de patología provocada por el tercer molar incluido, fundamentalmente el inferior, ha generado un gran debate entre los profesionales a la hora de decidir la mejor opción terapéutica, probablemente más que cualquier otra circunstancia clínica en el campo de la odontología ⁹⁹.

Los terceros molares inferiores incluidos pueden permanecer asintomáticos toda la vida, pero es frecuente que generen una serie de **manifestaciones clínicas** que podemos clasificar en: patología infecciosa, mecánica, tumoral o neurológica ¹⁰⁶ (Figura 3):

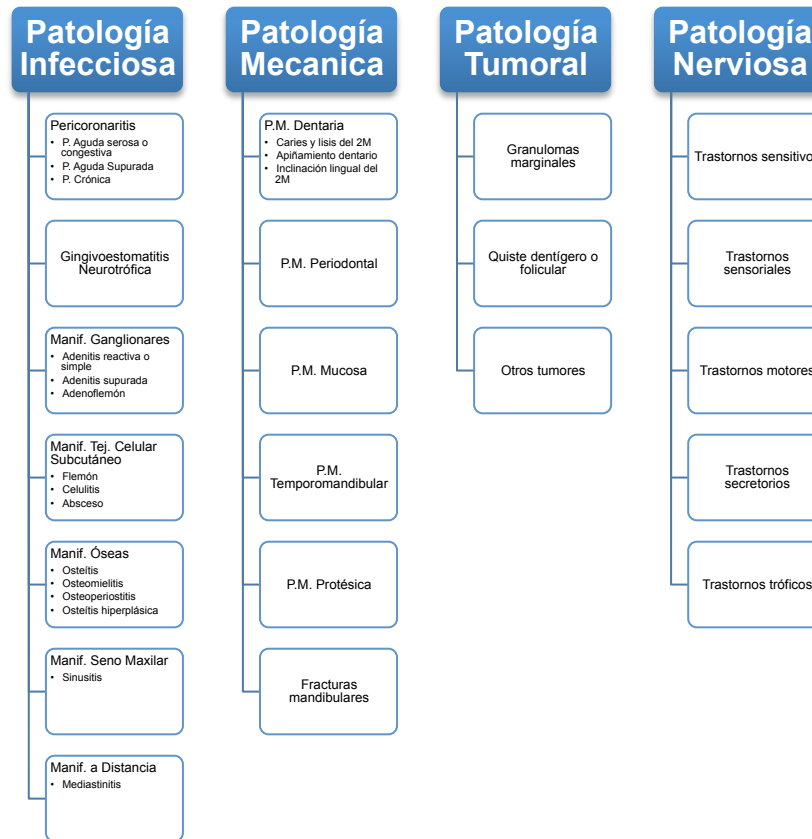


Figura 3: Clasificación de las manifestaciones clínicas que pueden generar los terceros molares inferiores incluidos.

a.- **Patología infecciosa:** La **pericoronaritis** es la situación clínica más frecuente asociada a la inclusión de terceros molares y suele ser el primer síntoma que aparece. Es un proceso infeccioso agudo caracterizado por la inflamación de los tejidos mucosos que rodean al tercer molar semiincluido. Hay autores ¹⁰⁷ que defienden un origen traumático-mecánico sin perder su entidad infecciosa, como puede ser el traumatismo provocado por las cúspides del tercer molar superior. La pericoronaritis puede presentarse bajo tres formas (Figuras 4 a 6):

- **Pericoronaritis aguda serosa o congestiva:** Comienza con dolor agudo espontáneo en el trígono retromolar, que aumenta con la masticación. Puede irradiarse a faringe y rama mandibular. Su evolución es variable, pudiendo, ceder espontáneamente, atenuarse con tratamiento o evolucionar a otras formas anatomoclínicas.

- **Pericoronaritis aguda supurada:** El dolor es bastante más intenso. Puede irradiarse a garganta y oído y existe afectación ganglionar submaxilar. Cursa con disfagia, odinofagia y trismus no muy intenso.. En su evolución, el cuadro puede resolverse espontáneamente hasta su curación o debe resolverse con la

administración de tratamiento. Las recidivas son bastante frecuentes. Puede evolucionar a la forma clínica crónica o puede avanzar hacia unas complicaciones infecciosas más relevantes afectando el tejido celular subcutáneo, el hueso o los ganglios satélites.

- **Pericoronaritis crónica:** Su clínica es menos acentuada, el dolor es menos intenso e intermitente. A veces hay limitación leve de la apertura. El paciente refiere pericoronaritis de repetición, halitosis y con frecuencia, dolor faríngeo unilateral recidivante.



Figura 4.- Pericoronaritis aguda en la zona de erupción del tercer molar inferior.



Figura 5.- Encía inflamada con signos de pericoronaritis en relación con un tercer molar semiincluido.

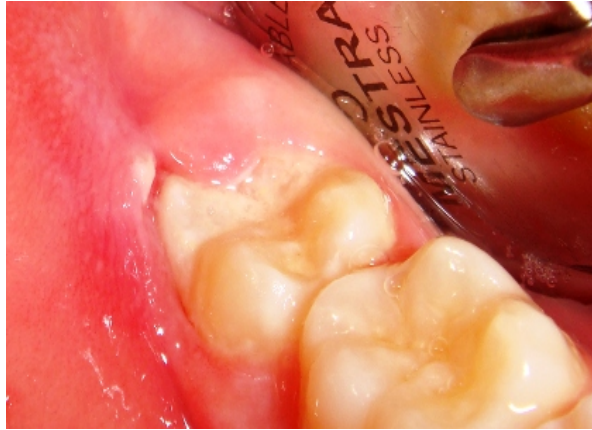


Figura 6.- Encía inflamada con signos de pericoronaritis en relación con un tercer molar semiincluido.

Además de la pericoronaritis, los terceros molares incluidos pueden generar otras patologías de tipo infeccioso como:

- La **gingivoestomatitis neurotrófica**: Es un proceso inflamatorio de la mucosa bucal derivado de la erupción del cordal con una patogenia vinculada a trastornos neurotróficos. La mucosa está eritematosa, con papilas sangrantes o decapitadas. Es más frecuente en mandíbula y limitada a una hemiarcada. El paciente refiere dolor, disfagia, halitosis y mal estado general. Puede palparse una adenopatía submaxilar. Su tratamiento requiere higiene bucal exhaustiva, antibióticos y antiinflamatorios y la exodoncia del cordal cuando remita la fase aguda.
- **Manifestaciones infecciosas ganglionares o adenitis**: Son infecciones inflamatorias que aparecen por la relación entre la región anatómica del tercer molar inferior y las redes linfáticas que drenan en los ganglios submandibulares, submentonianos y yugulocarotídeos. Pueden ser de tipo *reactiva o simple*, que es la más frecuente en el curso de una pericoronaritis y suele curarse conforme desaparece el problema. Si avanza se puede convertir en una *adenitis supurada* con aumento brusco y doloroso del tamaño del ganglio, fiebre y afectación del estado general del paciente. En este caso conviene diferir la extracción hasta que haya remitido la fase aguda. Cuando la infección es muy virulenta o hay disminución de las defensas, pueden afectarse los tejidos vecinos y generar un *adenoflemón*.
- **Manifestaciones infecciosas del tejido celular subcutáneo**: Aparecen por evolución de la pericoronaritis si no existe un drenaje adecuado. Hablamos de *flemón* cuando la infección aguda difunde por el tejido conectivo sin salirse de la localización intraoral. Hablamos de *celulitis* cuando la infección afecta al tejido celular subcutáneo alcanzando localizaciones extraorales. Son cuadros difíciles de diferenciar

clínicamente y ambos términos pueden estar bien empleados. Si la evolución de la infección genera una acumulación delimitada de pus en un tejido orgánico se puede llegar a producir un *absceso*.

- **Manifestaciones infecciosas óseas:** Son cuadros poco frecuentes que aparecen más por el trauma quirúrgico de la extracción que por evolución de una pericoronaritis. Cuando se presentan, pueden generar tres situaciones clínicas.

- *Osteítis:* Es un cuadro circunscrito muy doloroso, con movilidad dentaria, dolor a la percusión y un trismo difícil de reducir.

- *Osteomielitis:* Son lesiones más extensas, con posibilidad de secuestros.

- *Osteoperiostitis:* Presenta tumefacción del ángulo mandibular, pero con menos dolor a la palpación y menor trismo.

- *Osteítis hiperplásica:* Se presenta una hiperplasia ósea y mucosa, aumento de la osteogénesis alrededor del cordal y una mucosa hipertrófica.

- **Manifestaciones infecciosas del seno maxilar o sinusitis:** Aparecen por la proximidad que suele existir entre el ápice de un cordal superior y el seno maxilar, o como complicación de una osteítis maxilar, aunque esta situación es más rara.

- **Manifestaciones infecciosas a distancia:** La compleja localización anatómica de los terceros molares, hace que una infección no tratada pueda avanzar por continuidad hacia espacios próximos o hacia otros más alejados como el mediastino. La *mediastinitis* es una complicación muy grave ya que cursa con una elevada mortalidad una vez que se instaura.

b.- Patología mecánica: Está originada por el conflicto de espacio en el ángulo mandibular durante la erupción del tercer molar inferior. Puede ser de varios tipos:

- Patología mecánica dentaria:

- Caries y lisis del segundo molar (Figura 7 y 8): Este problema suele aparecer en casos de cordales en mesioversión u horizontales con las cúspides enclavadas en la cara distal del segundo molar. Se requiere la extracción del tercer molar para poder realizar un correcto tratamiento del segundo molar. Si la situación se prolonga mucho en el tiempo, se corre el riesgo de perder los dos molares por evolución de la caries hasta hacer imposible el tratamiento conservador.



Figura 7.- Caries distal en un segundo molar inferior en cuya génesis ha jugado un papel importante el tercer molar impactado.



Figura 8.- Lesión del ápice de un segundo molar inferior por un tercer molar impactado.

- Apañamiento dentario: Este es un tema controvertido porque, aunque se ha señalado a los terceros molares inferiores como causantes del apiñamiento anteroinferior, éste parece que responde a una etiología multifactorial en la que influyen otras cuestiones como la oclusión, un adecuado crecimiento mandibular o la fragilidad del hueso alveolar en esta zona. Por tanto, hay que ser muy cautos a la hora de indicar una extracción por este motivo.

- Inclinación lingual del segundo molar (Figura 9): Tras su erupción, los segundos molares tienden a realizar un enderezamiento fisiológico. La presencia o impactación

del tercer molar impide u obstaculiza este movimiento lo que implica la inclinación hacia lingual de algunos segundos molares.



Figura 9.- Inclinación lingual del segundo molar por la fuerza eruptiva del tercer molar.

- Patología mecánica periodontal (Figura 10 y 11): Un tercer molar semiincluido favorece la acumulación de alimento. Si además está en mesioversión u horizontal, se crea un fondo de saco en distal del segundo molar que favorece la progresión infecciosa y la destrucción de la arquitectura periodontal a ese nivel. El riesgo de esta situación es el compromiso de la viabilidad del segundo molar a largo plazo. Si el cordal está submucoso o infraóseo, el riesgo de daño periodontal se minimiza.

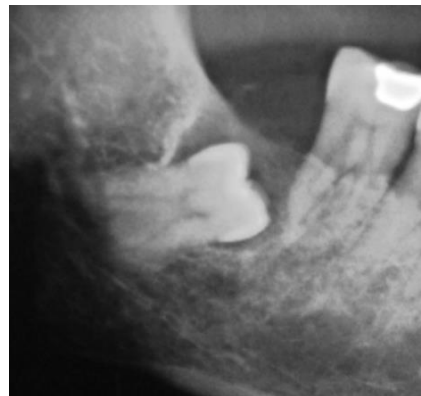


Figura 10.- Imagen donde se observa que el saco folicular de un cordal inferior incluido ha destruido el tabique óseo distal del segundo molar.



Figura 11.- Patología periodontal en un segundo molar inferior causada por la impactación del tercer molar.

- Patología mecánica mucosa (Figura 12): Los cordales erupcionados en posición anómala, favorecen la aparición de úlceras mucosas por el traumatismo que supone el roce o mordisqueo de la mucosa yugal o lingual. Se debe realizar la exodoncia del cordal para evitar que aparezcan lesiones blancas de carácter premaligno.



Figura 12.- Mordedura en mucosa yugal como consecuencia de la presencia del tercer molar.

- Patología mecánica témporomandibular: El contacto prematuro de las cúspides de un cordal inferior mesializado puede modificar la estabilidad de la oclusión del paciente. Este hecho puede alterar la fisiología normal de la articulación témporomandibular generando patología a este nivel.

- Patología mecánica protésica: La presión de una prótesis removible produce una reabsorción progresiva del proceso alveolar y una estimulación propioceptiva que puede favorecer la erupción de un cordal incluido bajo la prótesis. Si el cordal perfora la mucosa, el roce de la prótesis puede inducir úlceras de decúbito o pericoronaritis por infecciones de repetición.

- Fracturas mandibulares (Figura 13): Un tercer molar inferior incluido condiciona una zona de debilidad ósea en el ángulo mandibular que puede ser susceptible de fractura. Esta relación no justifica la exodoncia profiláctica de los cordales para evitar la fractura. La decisión de exodoncia debe ser individualizada, valorando circunstancias especiales como que el paciente practique deporte de alto riesgo o de contacto.



Figura 13.- Tercer molar inferior incluido en una posición muy baja que condiciona una zona de debilidad en la mandíbula susceptible de fractura.

c.- Patología tumoral: La patología relacionada con un cordal incluido o semiincluido incluye cuadros de tipo tumoral. Unas veces surgen como lesiones primarias y otras, a partir de otras lesiones infecciosas, periodontales o traumáticas. Por esta situación, es muy importante hacer controles radiológicos periódicos (6-12 meses) en aquellos casos asintomáticos en los que no se realice la extracción de entrada. Los cuadros tumorales más frecuentes son benignos (granulomas marginales, quistes foliculares, paradentales o radiculares), pero pueden aparecer otros tumores más graves como al ameloblastoma o el carcinoma epidermoide (Figuras 14 a 17).

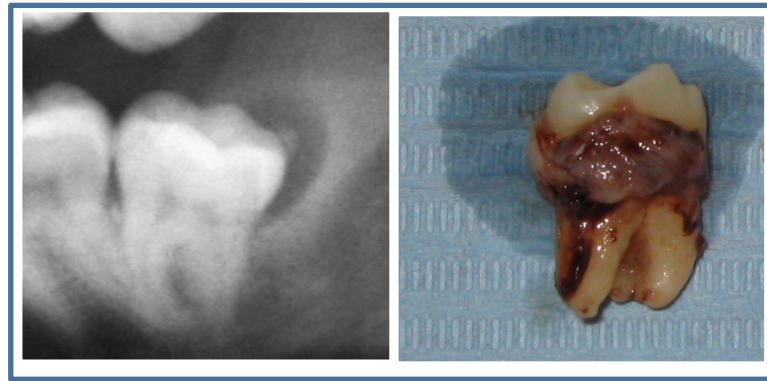


Figura 14.- Granuloma marginal en un tercer molar inferior semiincluido.

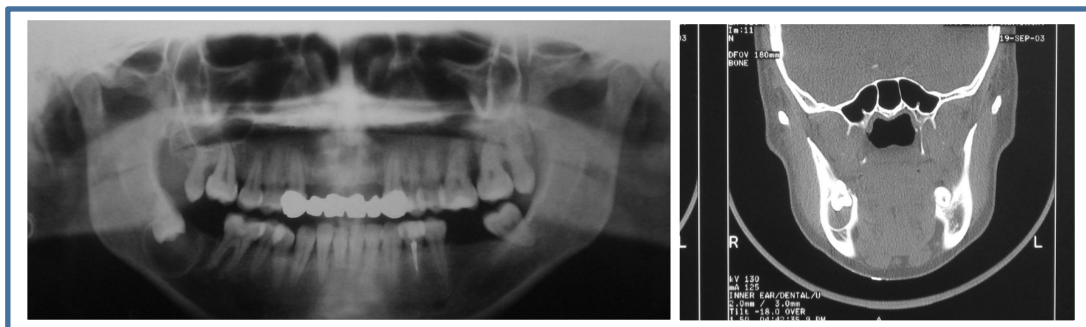


Figura 15.- Quiste folicular en un tercer molar inferior incluido.

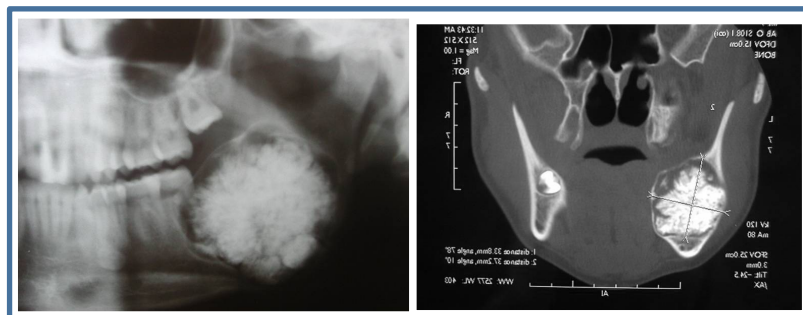


Figura 16.- Odontoma asociado a un tercer molar inferior incluido.

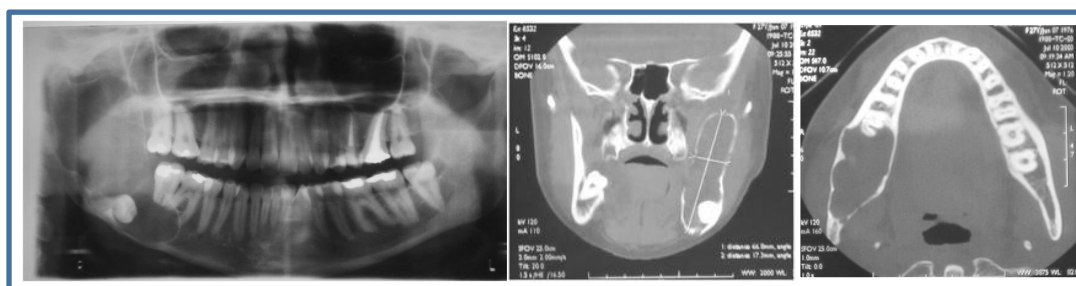


Figura 17.- Ameloblastoma asociado a un tercer molar inferior incluido.

d.- Patología neurológica: Esta patología puede aparecer por la relación anatómica que el tercer molar incluido mantiene con importantes plexos vasculares y nerviosos y con las terminaciones del sistema nervioso vegetativo autónomo.

No es fácil demostrar la relación causa-efecto en estos casos. Hasta que no desaparece la sintomatología tras la extracción no se puede asegurar la relación entre ambos, por tanto, hay que ser cautos a la hora de dar falsas expectativas al paciente.

1.3.2. ANSIEDAD EN RELACIÓN CON LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR

La extracción de un tercer molar es un procedimiento frecuente que, aunque común, es un tratamiento invasivo no exento de riesgos. Teniendo en cuenta que se trata de un procedimiento quirúrgico y, por tanto, generador de ansiedad y que suele realizarse en pacientes jóvenes, en los que el grado de ansiedad es mayor, nos encontramos ante un tratamiento que va a estar muy condicionado por cuestiones de tipo psicológico ¹⁰⁸.

La ansiedad en la exodoncia del tercer molar inferior se puede presentar en diferentes momentos. Puede aparecer preoperatoriamente, atendiendo a factores etiológicos (ansiedad rasgo) o bien, puede manifestarse postoperatoriamente, como consecuencia de las complicaciones que pueden darse. Ambas presentaciones de la ansiedad pueden estar interrelacionadas, ya que, si el paciente presenta una alta ansiedad preoperatoria y no colabora con el procedimiento, el tiempo de duración de la intervención se verá aumentado, con lo que la inflamación y el dolor postoperatorio aumentarán, generando, de este modo, un incremento de la ansiedad postoperatoria. A su vez, esta ansiedad postoperatoria puede influir en la percepción del dolor por parte del paciente y generar un círculo vicioso en el que ansiedad y dolor se alimentan mutuamente ^{62,109}.

El éxito de la extracción de un cordal incluido va a depender, en gran medida, de la correcta planificación y de la excelencia en la técnica quirúrgica que aplique el profesional durante el acto. Pero no es menos cierto que en este éxito participan, igualmente, una serie de medidas complementarias que tienden a prevenir la aparición de complicaciones y a eliminar o minimizar las molestias postoperatorias propias de cualquier cirugía ⁸⁹.

El dolor que aparece tras la extracción de un cordal incluido se engloba dentro del dolor orofacial postquirúrgico y es consecuencia directa de la lesión tisular producida por las maniobras quirúrgicas y por los fenómenos inflamatorios y reparativos que el organismo pone en marcha como respuesta a dicha agresión. Sin embargo, no conviene olvidar que cualquier tipo de dolor tiene un componente subjetivo importante y que la percepción dolorosa varía según cada paciente en función de determinadas circunstancias que se mueven en la esfera psicológica ⁸⁹.

El grado de estrés y de ansiedad que presenta el paciente influyen en su percepción del dolor postoperatorio al disminuir el umbral de tolerancia al mismo. Además, la ansiedad actúa de forma importante alargando el tiempo de la intervención, factor éste directamente relacionado con mayor dolor e inflamación postquirúrgica ¹¹⁰. Efectivamente, una de las consecuencias del estado ansioso es la disminución de la tolerancia al dolor, junto con la percepción de estímulos no nocivos como amenazas reales ¹¹¹. Además de la ansiedad que provoca el aspecto quirúrgico de la extracción de un cordal incluido hay que añadir el temor que de por sí despierta cualquier intervención realizada en el sillón dental, que es donde suele practicarse este tipo de cirugía ⁸⁹.

Por todo ello, es muy importante que en las citas previas a la intervención se tomen una serie de medidas encaminadas a reducir la ansiedad y el miedo del paciente con el objetivo de reducir el dolor y la inflamación postoperatorios ⁸⁹.

1.3.2.1. Medidas preoperatorias

- Que exista una buena relación médico-paciente: Debe generarse una relación de confianza que haga disipar dudas y temores al enfermo, siendo parte fundamental de este proceso el saber escucharle, interesarnos por su familia, problemas, aficiones..., y responder con paciencia a cuantas dudas pueda plantearnos. El buen trato y el sentido del humor son armas eficaces en la reducción del estrés y la tensión preoperatoria.
- Ofrecer una información adecuada y clara acerca del procedimiento y del postoperatorio esperable: El desconocimiento de lo que se le va a realizar es una de las mayores causas de ansiedad en el paciente, por lo que será obligado ofrecerle la información adecuada acerca de qué se le va a hacer, de cómo se hace y de las molestias o complicaciones que pueden aparecer intra y postoperatoriamente ¹⁰⁸.
- Pautar la premedicación farmacológica necesaria: Consiste en la administración de algún fármaco antes de realizar la intervención quirúrgica, bien para controlar la ansiedad y el miedo del paciente (premedicación ansiolítica), para minimizar el proceso inflamatorio lógico tras la operación (premedicación antiinflamatoria) o para prevenir la aparición de complicaciones infecciosas postoperatorias (premedicación antibiótica).

1.3.2.2. Premediación ansiolítica

La premedicación ansiolítica permite mantener al paciente relajado y facilita la labor del profesional en aquellos casos en los que las medidas no farmacológicas no son suficientes para controlar la ansiedad ¹¹².

Los fármacos ansiolíticos, como todos los fármacos, necesitan de un adecuado conocimiento y un correcto manejo por parte del profesional ¹¹². Una vez tomada la decisión de administrarlos, es aconsejable pautar dosis fraccionadas la noche antes, la misma mañana y justo antes de la intervención por vía oral o sublingual, en vez de una dosis única, para alcanzar niveles estables ^{112,113}. Los fármacos más utilizados son las **benzodiazepinas**, por su fácil manejo y los pocos efectos adversos que presentan si se usan bien. Según qué benzodiazepina se use y según la dosis, se obtendrá un efecto ansiolítico, sedante, hipnótico o incluso amnésico, por lo que conviene instruirse bien en su manejo antes de prescribirlas. El fármaco más usado es el **diacepam**, 10 mg/1-2 horas antes de la intervención, o mejor 10 mg la noche antes y 10 mg la mañana de la intervención. Si la cirugía es por la tarde la pauta es de 5 mg por la mañana y 5 mg 1-2 horas antes. El **bromazepam** es otro fármaco muy eficaz, fácil de manejar y muy bien tolerado por los pacientes. Puede administrarse 1,5 mg, 1-2 horas antes de la intervención, o bien 1,5 mg la noche antes y repetir la dosis por la mañana y una hora antes de la cirugía, si ésta fuera por la tarde. Puede duplicarse la dosis si con un comprimido no fuera suficiente. Otro fármaco interesante es el **alprazolam**, 0,25 mg la noche antes y otros 0,25 mg una hora antes de la cirugía. Se administra sublingualmente, con lo que su absorción es muy rápida, obteniéndose niveles terapéuticos en 10-15 minutos ^{112,113}.

1.3.3. POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Una vez concluida la intervención quirúrgica propiamente dicha, la labor del cirujano es igualmente importante para garantizar la correcta reparación de la herida, evitar las complicaciones y facilitar al paciente una recuperación sin dolor ni molestias ¹¹⁴.

Según el tipo de cirugía practicada, el postoperatorio variará en duración pero habitualmente termina a los 7-10 días, coincidiendo con la retirada de puntos. El paciente deberá tener información detallada de cuanto puede acaecerle durante este período y de la manera de actuar ante los diferentes síntomas y complicaciones postoperatorias, teniendo la posibilidad, en cualquier momento, de consultar cualquier duda o problema adicional que pueda presentar. Es conveniente que toda esta información se entregue por escrito al paciente o a algún familiar, además de explicárselo verbalmente. También es muy importante que entienda que cualquier circunstancia que se salga de lo que se ha explicado como normal, debe comunicarla al profesional que lo ha tratado porque se puede estar produciendo una complicación ¹¹⁴.

Para mejorar, en la medida de lo posible, el postoperatorio esperado tras la cirugía del tercer molar inferior es muy importante que, durante este período, se instauren medidas higiénico-dietético-posturales (dieta blanda y fría, no fumar, dormir incorporado, mantener la higiene bucal), medidas físicas (compresión, frío local, antisépticos) y medidas farmacológicas (analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos) con un objetivo triple; por un lado, ayudar al organismo a la reparación y curación total de la herida quirúrgica, por otro lado, reducir al máximo o evitar los síntomas postquirúrgicos tan molestos para el paciente, y finalmente, prevenir la aparición de complicaciones, especialmente las infecciosas ¹¹⁴.

El tratamiento farmacológico debe regirse por una serie de principios fundamentales:

- Administración preventiva de los fármacos
- Pautar la dosis
- Utilizar analgésicos de rescate
- Individualizar la dosis para cada paciente
- Vigilar los efectos adversos

Existen muchos estudios ¹¹⁵⁻¹¹⁷ que avalan la técnica de **anticipación analgésica** para controlar el dolor postoperatorio con filosofía preventiva. Los fármacos más empleados son el ibuprofeno (400-600 mg) o el dexketoprofeno (25 mg), administrados cuando el paciente llega a la clínica inmediatamente antes de la intervención ^{89, 118, 119}.

En cuanto a la medicación antibiótica, según el documento de consenso publicado en nuestro país en 2006 ¹²⁰ (Gutiérrez Pérez, Bagán, Bascones, Llamas, Llena, Morales, Noguero, Planells, Prieto y Salmerón), antes de extraer un cordal debe hacerse profilaxis antibiótica (Amoxicilina/Ác, Clavulánico 2000/125mg o Amoxicilina 2000mg una hora antes de la intervención), ya que la existencia de episodios de pericoronaritis previos aumenta de forma considerable el riesgo de infección posquirúrgica. En casos de operar sobre tejido infectado, cuando la duración de la intervención se alarga o en casos de excesiva osteotomía se aconseja también el tratamiento antibiótico reglado posterior, con Amoxicilina/Ác. Clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante una semana.

Administrar la medicación “a demanda” es una práctica habitual que conduce a una mala analgesia. Lo correcto es **pautar una administración fija** que garantice los niveles terapéuticos adecuados del fármaco. Las tomas cada 8 o 12 horas facilitan el cumplimiento de la posología ¹¹⁴.

En las primeras horas tras la extracción de un tercer molar incluido, la medicación antiinflamatoria de elección puede no ser suficiente, por lo que se aconseja que el paciente

cuenta con un **analgésico de rescate** que pueda tomar entre tomas del AINE para controlar el dolor residual que presente. Los fármacos más empleados para este fin son el paracetamol (650-1000 mg / 6-8h) y el metamizol (500-1000 mg / 6-8h) ¹¹⁴.

No hay pautas universales que sirvan para tratar por igual a todos los pacientes, por lo que hay que **individualizar los tratamientos** para cada caso en concreto, teniendo en cuenta edad, estado de salud, características de la intervención... Con esto se pretende optimizar el uso del fármaco consiguiendo la mayor eficacia con el menor número de efectos adversos posibles ¹¹⁴.

Los AINEs son los fármacos de elección para el tratamiento del dolor y la inflamación en el postoperatorio de la extracción del tercer molar incluido. Destaca el ibuprofeno (400-600mg/6-8h) con múltiples estudios que avalan su eficacia ^{121,122}. Otros AINES también empleados son el ketoprofeno (50-100 mg / 6-8h), el dexketoprofeno-trometamol (25 mg / 6-8h) o el naproxeno (500 mg en una toma seguido de 250 mg / 6-8h) ¹¹⁴.

Los AINEs presentan **efectos adversos** que se deben conocer y controlar para, en los casos necesarios, modificar la pauta o ser sustituidos por otros fármacos diferentes ^{114,123}.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los terceros molares son los dientes que con mayor frecuencia se encuentran incluidos¹⁰⁵, por lo que suponen un cuadro clínico muy importante en la clínica odontológica. Esta importancia no sólo radica en su incidencia, sino también en la variedad de sus manifestaciones clínicas y en los accidentes que desencadenan, circunstancia por la cual su extracción, sobre todo de los inferiores, es la intervención quirúrgica que más frecuentemente se realiza por los cirujanos bucales y maxilofaciales¹⁰⁴.

La extracción de un tercer molar inferior incluido es un procedimiento invasivo que, aunque común, no está exento de riesgos. Teniendo en cuenta que se trata de un procedimiento quirúrgico y, por tanto, generador de ansiedad y que suele realizarse en pacientes jóvenes, en los que el grado de ansiedad es mayor, nos encontramos ante un tratamiento que va a estar muy condicionado por cuestiones de tipo psicológico¹⁰⁸.

El postoperatorio de la extracción de un tercer molar incluido puede cursar con una serie de complicaciones graves, aunque poco frecuentes, como la lesión del nervio dentario inferior^{124,125} pero existen otros procesos, inherentes al propio procedimiento, que pueden interferir bastante en la calidad de vida del paciente durante estos días, como son el dolor, la inflamación y la limitación funcional^{112,126}. De ahí que sea muy importante el conocimiento de los factores implicados en la producción y mantenimiento de estas secuelas, así como de los distintos protocolos farmacológicos, antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, destinados a combatirlas¹¹².

Los síntomas postoperatorios dependen no sólo del trauma quirúrgico en sí, sino que también influyen otros factores que pueden ser controlados tanto antes como durante la intervención¹¹².

La ansiedad que puede presentar el paciente ante el tratamiento dental y, por tanto, ante la cirugía de extracción de un tercer molar incluido, supone una cuestión muy importante a la hora de afrontar el postoperatorio, ya que éste va a verse condicionado por la forma que tenga el paciente de vivirlo. El umbral del dolor puede verse afectado, de manera que el paciente experimente mayor malestar del esperado. A esto hay que unirle que, normalmente, la ansiedad, alarga el tiempo de tratamiento, factor directamente relacionado con mayor dolor e inflamación postquirúrgica^{62,108}.

Por todo ello, pensamos que el conocimiento y manejo de la ansiedad es fundamental para garantizar un postoperatorio adecuado a nuestros pacientes sometidos a la extracción de un tercer molar inferior incluido. Hemos planteado un estudio observacional para analizar la influencia de la variable ansiedad desdoblada en ansiedad rasgo y ansiedad

estado, en la percepción del dolor, la inflamación o el consumo de AINES posoperatoria por parte del paciente sometido a exodoncia de un tercer molar incluido.

3. HIPÓTESIS

Una vez desarrollada la fundamentación teórica y planteado nuestro problema, nos proponemos realizar un proyecto de investigación guiado por la siguiente hipótesis:

Los pacientes sometidos a la extracción de cordales inferiores incluidos que presentan ansiedad rasgo / estado tienen mayor índice de alteraciones en su postoperatorio que los pacientes sin ansiedad rasgo / estado.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

El objetivo general de este estudio es determinar la influencia de la variable ansiedad, rasgo o estado, en los pacientes que van a ser sometidos a la extracción de un tercer molar incluido y cómo influye ésta en la evolución del postoperatorio en cuanto a la percepción del dolor y la inflamación, así como en el consumo de AINEs que realizan estos pacientes.

4.2. ESPECÍFICOS

1.- Evaluar la distribución de sexo, edad, estado civil y situación laboral en relación a la variable ansiedad rasgo en nuestra muestra.

2.- Evaluar la distribución de sexo, edad, estado civil y situación laboral en relación a la variable ansiedad estado en nuestra muestra.

3.- Evaluar la distribución de sexo, edad, estado civil y situación laboral en relación a la variable ansiedad rasgo y ansiedad estado de forma combinada en nuestra muestra.

4.- Evaluar la influencia de la variable ansiedad rasgo en el postoperatorio (dolor, inflamación, toma de AINEs) de los pacientes estudiados tras la extracción del tercer molar inferior.

5.- Evaluar la influencia de la variable ansiedad estado en el postoperatorio (dolor, inflamación, toma de AINEs) de los pacientes estudiados tras la extracción del tercer molar inferior.

6.- Evaluar la influencia de la variable ansiedad rasgo y ansiedad estado, de forma combinada en el postoperatorio (dolor, inflamación, toma de AINEs) de los pacientes estudiados tras la extracción del tercer molar inferior.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Presentamos un estudio observacional descriptivo, longitudinal, prospectivo y unicéntrico.

5.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

La población del estudio la formó una serie inicial de 119 pacientes de ambos sexos, procedentes del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, que acuden a la Facultad de Odontología de Sevilla para ser sometidos a la extracción de un tercer molar incluido dentro de la actividad del Master en Cirugía Bucal.

De la muestra inicial hubo que excluir a un total de 31 pacientes porque no devolvieron los cuadernillos o los presentaron incompletos. La muestra final fue de 88 pacientes, de los cuales, 57 fueron mujeres y 31, hombres, con edades comprendidas entre los 17 y los 64 años.

5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron:

- Pacientes que precisan la extracción de un tercer molar inferior con anestesia local.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio y que no cumplieran ninguno de los criterios de exclusión.

5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Cualquiera de los criterios expuestos a continuación, manifestados de manera individual, se consideró causa de exclusión.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes menores de 15 años y mayores de 70.
- Pacientes con enfermedad limitante o de difícil control. Sólo se aceptaron pacientes tipo ASA I y II.

- Pacientes que, en el día de la cirugía, presentaran infección o inflamación.
- Pacientes que presentasen algún impedimento físico o psíquico que afectara a sus habilidades cognitivas o de comunicación..
- Pacientes sometidos a tratamiento con ansiolíticos.
- Pacientes que hubiesen sido sometidos previamente a otros procedimientos de cirugía bucal.
- Pacientes que, aún cumpliendo con los criterios de inclusión, no siguieron las indicaciones a la hora de la recogida de datos y presentaron cuadernillos incompletos.
- Pacientes en los que la extracción del tercer molar se demorara más allá de los 30 minutos.

5.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los sujetos participantes lo hicieron de forma voluntaria y fueron completamente informados del estudio y del programa a desarrollar. Después de recibir la información completa y antes de comenzar, leyeron y firmaron un formulario de consentimiento (Anexo I), según el cual aceptaban participar en el estudio.

Subrayamos el carácter voluntario de su participación, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que, por ello, se alterase la relación médico-enfermo ni se produjese perjuicio en su tratamiento. También se informó al paciente de que los datos del estudio serían publicados en formato que garantizara su confidencialidad.

5.6. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

El día de la intervención, antes de proporcionarles a los pacientes información alguna acerca del procedimiento, para determinar la existencia o no de ansiedad, se les realizó el *Test de Spielberger State - Trait Anxiety Inventory- Trait* (STAI-T) (Anexo II) para valoración de la ansiedad tipo rasgo. Este test consiste en un cuestionario de 20 ítems que identifican cómo se siente la persona habitualmente y que se valoran mediante una escala de cuatro niveles de frecuencia, siendo 0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y 3 = mucho.

Antes de entrar al área clínica, y una vez informados correctamente acerca del procedimiento quirúrgico y del postoperatorio esperado, se les realizó a los pacientes el

Test de Spielberger State - Trait Anxiety Inventory- State (STAI-S) (Anexo III) para valoración de la ansiedad tipo estado compuesto por otros 20 ítems formados por frases que muestran como se siente la persona en este momento y que se valoran de la misma forma que el anterior.

La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. Una parte, para la ansiedad estado (AE), evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La otra parte, para la ansiedad rasgo (AR), señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

En las escalas se han intercalado una serie de ítems directos o positivos con otros inversos o negativos. Las puntuaciones pueden variar entre 0 y 60 puntos, obtenidos de sumar las respuestas positivas y las negativas para cada tipo de ansiedad. En función del sexo y la edad de los sujetos a los que se le realiza el test, existen unos valores de referencia que marcan el límite para determinar si hay ansiedad rasgo o estado o ambas, es decir, si la puntuación obtenida está por encima de este valor de referencia, el paciente muestra algún tipo de ansiedad, si la puntuación está por debajo, el paciente no tiene ansiedad.

5.7. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Todas las intervenciones fueron llevadas a cabo en el Master en Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla.

En todos los casos se realizó una anestesia troncular del nervio dentario inferior y del nervio lingual, así como una infiltración en la zona vestibular y en el triángulo retromolar para bloquear el nervio bucal. Esta anestesia se realizó con dos carpules de 1,8 ml de articaína al 4% con 1:200.000 de epinefrina (Articaína: Inibsa. Barcelona. España)

Después se procedió a realizar el acto quirúrgico propiamente dicho. Se comenzó con una incisión clásica en bayoneta compuesta por un trazo distal al segundo molar inferior, en el triángulo retromolar, un segundo trazo, continuación del anterior, que iba desde el surco gingival distal del segundo molar intrasulcularmente hacia vestibular, para terminar con un tercer trazo vertical entre el punto medio de la cara vestibular y la cara mesial del mismo.

Tras el despegamiento del colgajo, en los casos en los que fue necesario, se realizó osteotomía y odontosección coronal y radicular. Tras completar las maniobras de

extracción y lavado de la herida, se realizó el cierre de la misma con seda de 3/0, mediante dos puntos simples en la descarga vertical y dos o tres puntos simples en la descarga retromolar y se colocó una gasa sobre la herida para favorecer la hemostasia.

Todos los pacientes recibieron un kit con medicación antibiótica (Amoxicilina 500 mg / ocho horas durante siete días) y antiinflamatoria (Ibuprofeno 600 mg / ocho horas, durante siete días, si fuese necesario, sin sobrepasar la dosis máxima de cuatro tabletas al día). Había preparada una pauta antibiótica alternativa para los pacientes alérgicos a la penicilina, pero no fue necesario utilizarla puesto que no hubo pacientes alérgicos en la muestra.

También se les prescribió un analgésico de rescate (paracetamol con codeína) que podían tomar de forma alterna cada cuatro horas si el antiinflamatorio resultaba insuficiente. También se les explicó y se les dio por escrito indicaciones sobre higiene y mantenimiento durante el período de postoperatorio inmediato.

La sutura se retiró a la semana del procedimiento.

5.8. EVALUACIÓN DEL POSTOPERATORIO

A cada paciente, al término de la extracción, se le entregó un cuadernillo personal donde tendría que registrar diariamente, aproximadamente a la misma hora en que se realizó la extracción, su percepción del dolor y la inflamación en una escala visual analógica (EVA) y el número de fármacos que necesitara así como el día y la hora a la que lo tomaba.

Este registro se les pidió a los pacientes que lo realizaran hasta el día ocho después de la cirugía, momento en el que se les retiraría la sutura y ellos nos entregarían el cuadernillo completo.

5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos fueron introducidos en una hoja de cálculo del programa Microsoft-Excel 2010 (Microsoft Corporation, USA) y exportado para su análisis estadístico con el paquete de software SPSS v.11 para Windows (IBM, USA).

Se realizó una primera parte de análisis descriptivo de los datos recogidos en las distintas variables. Posteriormente se pasó al análisis inferencial de los mismos procediendo en primer lugar a la comprobación de la normalidad de los datos mediante el

test de Kolmogorov-Smirnov y posteriormente comparando los diferentes resultados para cada grupo mediante las pruebas de la t de Student, ANOVA y test de chi cuadrado.

6. RESULTADOS

En este capítulo presentamos, en primer lugar, los resultados descriptivos de las variables estudiadas y, a continuación, analizamos los datos obtenidos.

6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Como se ha explicado previamente en Material y Método, la muestra inicial del estudio se compone de un total de 119 pacientes procedentes del Servicio Andaluz de Salud, que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla para someterse a la extracción quirúrgica de un tercer molar inferior incluido.

Para valorar la existencia o no de ansiedad y el tipo de la misma previamente a la intervención, a estos pacientes se les realizó el Test de STAI para ansiedad rasgo y estado.

Posteriormente, tras la extracción, se les dio un cuadernillo de recogida de datos acerca del dolor, la inflamación y el consumo de AINEs que tendrían que devolver cumplimentado, a la semana, en el momento de la retirada de la sutura.

Tras la recogida de datos, la muestra inicial se vio reducida a 88 pacientes. Los 31 restantes fueron retirados del estudio porque no devolvieron los cuadernillos o lo hicieron sin rellenar adecuadamente (Tabla 1).

	N	%
Admitidos	88	73,95
Retirados	31	26,05
Total	119	100

Tabla 1.- Muestra del estudio.

6.1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS

6.1.1.1. Sexo

La muestra del estudio está compuesta por 31 hombres y 57 mujeres. Se observa una prevalencia del sexo femenino, ya que este grupo supone un 64,8% del total (Tabla 2, Gráfico 1).

Sexo	N (%)
Hombre	31 (35,2)
Mujer	57 (64,8)
Total	88 (100)

Tabla 2.- Distribución por sexos, en la muestra estudiada. (N: número de pacientes estudiados).

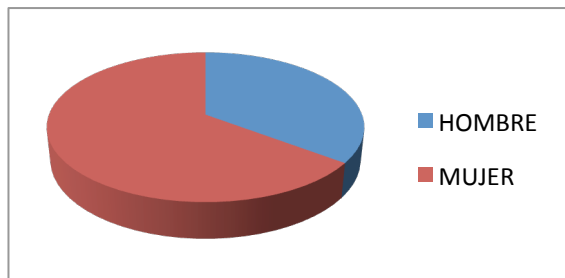


Gráfico 1.- Distribución por sexos en la muestra estudiada.

6.1.1.2. Edad

En nuestra muestra de estudio, la edad de los pacientes se distribuye en un rango que comprende desde los 17 hasta los 64 años.

La media de edad de la muestra es de 30,44 años \pm 10,1. El 69,4% de los pacientes se concentra en los grupos de edad de 15 a 24 años y de 25 a 34 años (Tabla 3, Gráfico 2).

Grupo de edad	N (%)
15-24	29 (33)
25-34	32 (36,4)
35-44	19 (21,6)
45-64	8 (9,1)
Total	88 (100)

Tabla 3.- Distribución de la edad en la muestra estudiada dividida en grupos (N: número de pacientes estudiados).

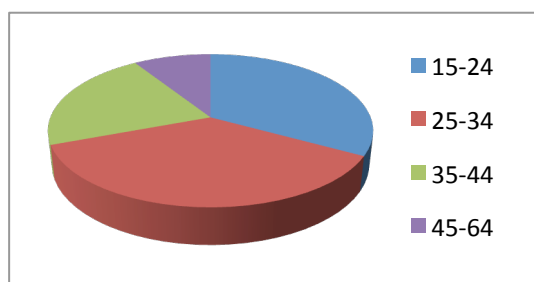


Gráfico 2.- Distribución de la edad en la muestra estudiada dividida en grupos.

6.1.1.3. Estado civil

En la muestra tenemos 61 pacientes no casados (solteros, viudos o separados), suponiendo el 69,3% del total y 27 pacientes casados o en unión libre, que son el 30,7% (Tabla 4, Gráfico 3).

Estado civil	N (%)
SVS	61 (69,3)
CUL	27 (30,7)
Total	88 (100)

Tabla 4.- Distribución del estado civil en la muestra estudiada. (N: número de pacientes estudiados; SVS: pacientes solteros, viudos o separados; CUL: Pacientes casados o en unión libre).

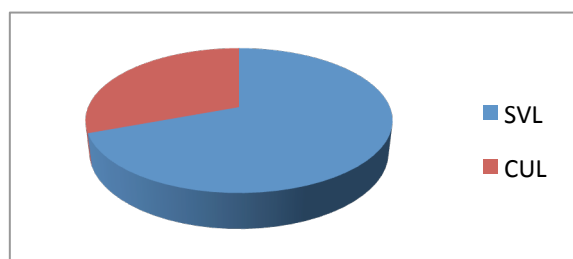


Gráfico 3.- Distribución del estado civil en la muestra estudiada. (SVS: pacientes solteros, viudos o separados; CUL: Pacientes casados o en unión libre).

6.1.1.4. Situación laboral

La siguiente tabla muestra la situación laboral de los pacientes estudiados. Vemos que 48 pacientes (54,5%) tienen trabajo. Les sigue el grupo de pacientes que estudia que son 28 (31,8%). Sólo 12 pacientes de la muestra están en situación de desempleo (13,6%) (Tabla 5, Gráfico 4).

Situación laboral	N (%)
Estudia	28 (31,8)
Trabaja	48 (54,4)
No trabaja	12(13,6)
Total	88 (100)

Tabla 5.- Distribución de la situación laboral en la muestra estudiada. (N: número de pacientes estudiados).

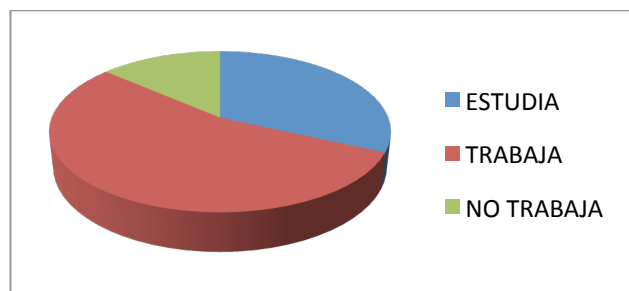


Gráfico 4.- Distribución de la situación laboral en la muestra estudiada.

6.1.2. DATOS RELATIVOS A LA ANSIEDAD

6.1.2.1. Ansiedad

De los 88 pacientes estudiados, el 43,2% (38 pacientes) no presentan ningún tipo de ansiedad según el Test de STAI. El 10,2% (9 pacientes) presentan sólo ansiedad de tipo rasgo (AR). El 22,7% (20 pacientes) presentan sólo ansiedad de tipo estado (AE) y el 23,9% (21 pacientes) presentan la combinación de ambas (AR y AE) (Tabla 6, Gráfico 5).

Ansiedad	N (%)
Ansiedad Rasgo	9 (10,2)
Ansiedad Estado	20 (22,7)
Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado	21 (23,9)
No Ansiedad	38 (43,2)
Total	88 (100)

Tabla 6.- Distribución de la ansiedad en la muestra estudiada. (N: número de pacientes estudiados).

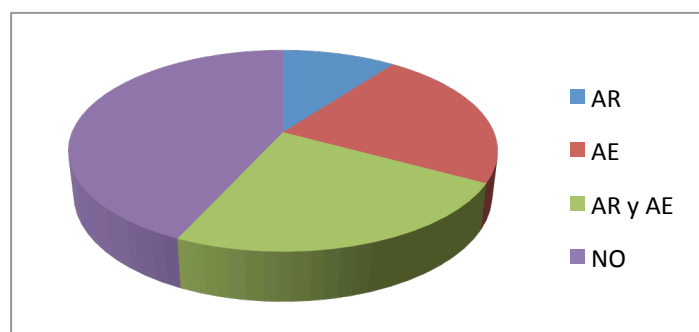


Gráfico 5.- Distribución de la ansiedad en la muestra estudiada. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

6.1.2.2. Ansiedad Rasgo

Si analizamos cada tipo de ansiedad por separado, el grupo de pacientes que presentan ansiedad rasgo (sola o combinada con ansiedad estado) son 30 pacientes, es decir, el 34,1% de la muestra (Tabla 7, Gráfica 6).

Ansiedad Rasgo	N (%)
SÍ	30 (34,1)
NO	58 (65,9)
Total	88 (100)

Tabla 7.- Distribución de la ansiedad rasgo en la muestra estudiada. (N: número de pacientes estudiados).

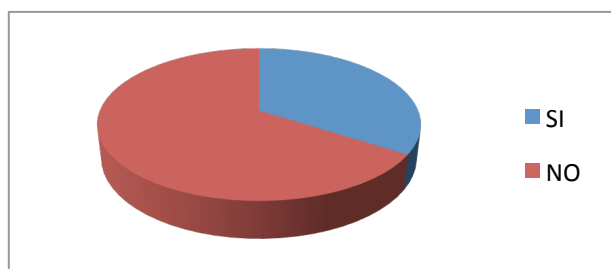


Gráfico 6.- Distribución de la ansiedad rasgo en la muestra estudiada.

6.1.2.3. Ansiedad Estado

Si hacemos lo mismo para la ansiedad estado tenemos 41 pacientes, es decir, el 46,6% de la muestra (Tabla 8, Gráfica 7).

Ansiedad Estado	N (%)
SÍ	41 (46,6)
NO	47 (53,4)
Total	88 (100)

Tabla 8.- Distribución de la ansiedad estado en la muestra estudiada. (N: número de pacientes estudiados)

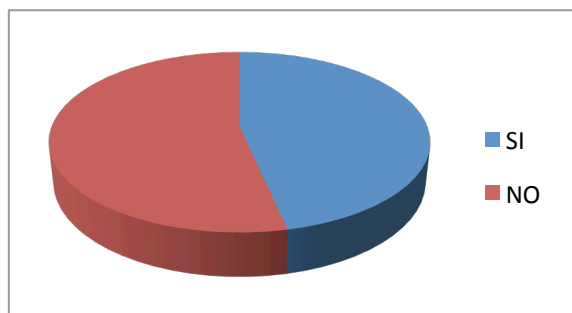


Gráfico 7.- Distribución de la ansiedad estado en la muestra estudiada.

6.2. COMPARABILIDAD DE LOS GRUPOS

6.2.1. COMPARABILIDAD POR ANSIEDAD RASGO

6.2.1.1. Sexo y ansiedad rasgo

Si analizamos la relación existente entre la ansiedad rasgo y el sexo del paciente vemos que, aunque se dan más casos positivos en el grupo de mujeres, no existen diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,227$) (Tabla 9, Gráfico 8).

Sexo	Ansiedad Rasgo		Total
	Sí	No	
Hombre	8 (9,09%)	23 (26,14%)	31 (35,23%)
Mujer	22 (25,00%)	35 (39,77%)	57 (64,77%)
Total	30 (34,09%)	58 (65,91%)	88 (100%)

Tabla 9.- Distribución por sexos entre los grupos de pacientes con ansiedad rasgo presente o ausente ($p=0,227$; Chi-cuadrado).

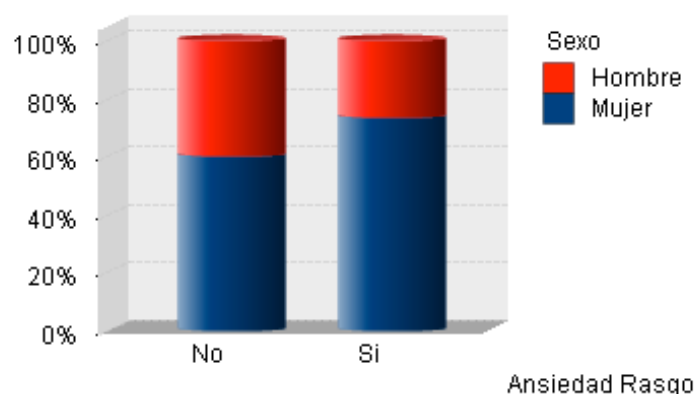


Gráfico 8.- Distribución por sexos entre los grupos de pacientes con ansiedad rasgo presente o ausente.

6.2.1.2. Edad y ansiedad rasgo

Al analizar la media de edad de los pacientes que presentan ansiedad rasgo, vemos que está en los 30,87 años \pm 9,7 años. El grupo que no presenta ansiedad rasgo está en una media de edad de 30,22 años \pm 10,3 años. Vemos que la media de edad en ambos grupos es muy similar. Se comprueba que no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,779$) (Tabla 10).

Ansiedad Rasgo		p
Sí (n=30)	No (n=58)	
30,87 años \pm 9,7 años	30,22 años \pm 10,3 años	0,779

Tabla 10.- Comparación de la edad en relación a la presencia o ausencia de ansiedad rasgo (t de Student).

6.2.1.3. Grupo de edad y ansiedad rasgo

Dividimos a los pacientes en grupos de edad para facilitar su estudio, creando cuatro intervalos de edad; pacientes de 15 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 44 años y de 45 a 64 años (Tabla 11). El último grupo recoge un intervalo de edad más amplio pero al ser el grupo de mayor edad es donde menos pacientes se encuentran y termina en la edad del paciente con más edad de la muestra (64 años).

Al dividir la edad por grupos vemos que el número de pacientes con ansiedad rasgo presente es menor en todos los grupos menos en el de 35-44 años (Tabla 11, Gráfico 9). Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas según la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,54$).

Grupo de edad	Ansiedad Rasgo		Total
	Sí	No	
15-24	10 (11,36%)	19 (21,59%)	29 (32,95%)
25-34	8(9,09%)	24(27,27%)	32(36,36%)
35-44	11 (12,50%)	8(9,09%)	19 (21,59%)
45-64	1(1,14%)	7(7,95%)	8(9,09%)
Total	30 (34,09%)	58 (65,91%)	88 (100%)

Tabla 11.- Comparación de los grupos de edad en relación a la presencia o ausencia de ansiedad rasgo ($p=0,54$; Chi-cuadrado).

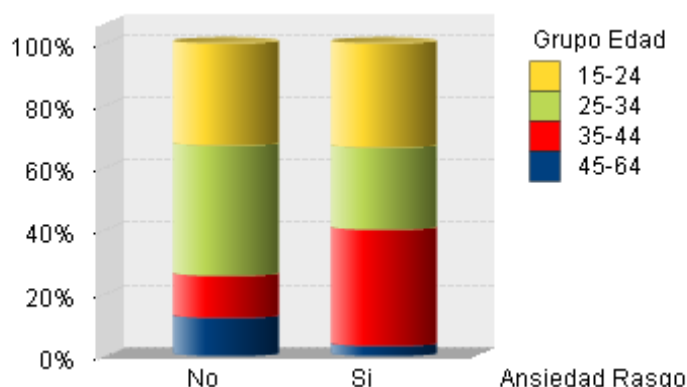


Gráfico 9.- Comparación de los grupos de edad en relación a la presencia o ausencia de ansiedad rasgo.

6.2.1.4. Estado civil y ansiedad rasgo

Al comparar el estado civil de los pacientes con la presencia o ausencia de ansiedad rasgo, se observa que en el grupo de solteros, viudos o separados (SVS) predominan los valores negativos (44 negativos frente a 17 positivos). El grupo de casados o en unión libre (CUL) es más homogéneo (14 negativos frente a 13 positivos) (Tabla 12, Gráfico 10). No

se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,064$).

Estado Civil	Ansiedad Rasgo		Total
	Sí	No	
SVS	17 (19,32%)	44 (50,00%)	61 (69,32%)
CUL	13 (14,77%)	14 (15,91%)	27 (30,68%)
Total	30 (34,09%)	58 (65,91%)	88 (100%)

Tabla 12.- Comparación del estado civil de los pacientes en relación a la presencia o ausencia de ansiedad rasgo ($p=0,064$; Chi-cuadrado). (SVS: Soltero, viudo o separado; CUL: Casado, Unión libre).

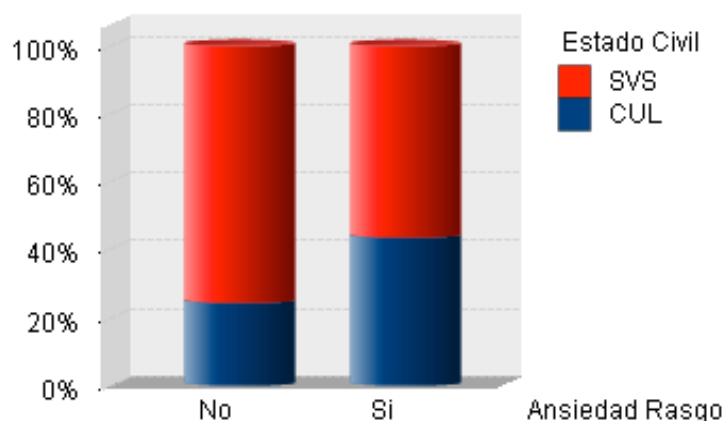


Gráfico 10.- Comparación del estado civil de los pacientes en relación a la presencia o ausencia de ansiedad rasgo. (SVS: Soltero, viudo o separado; CUL: Casado, Unión libre).

6.2.1.5. Situación laboral y ansiedad rasgo

La situación laboral de los pacientes tampoco genera diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Chi-cuadrado ($p=0,121$) al compararla con la presencia o ausencia de ansiedad rasgo pero sí se observa que existen menos casos con ansiedad rasgo presente en los pacientes que trabajan (39,77%) (Tabla 13, Gráfico 11).

Situación laboral	Ansiedad Rasgo		Total
	Sí	No	
Estudia	10 (11,36%)	18 (20,45%)	28 (31,82%)
Trabaja	13 (14,77%)	35 (39,77%)	48 (54,55%)
No trabaja	7 (7,95%)	5 (5,68%)	12 (13,64%)
Total	30 (34,09%)	58 (65,91%)	88 (100%)

Tabla 13.- Comparación de la situación laboral de los pacientes en relación a la presencia o ausencia de ansiedad rasgo ($p=0,121$; Chi-cuadrado).

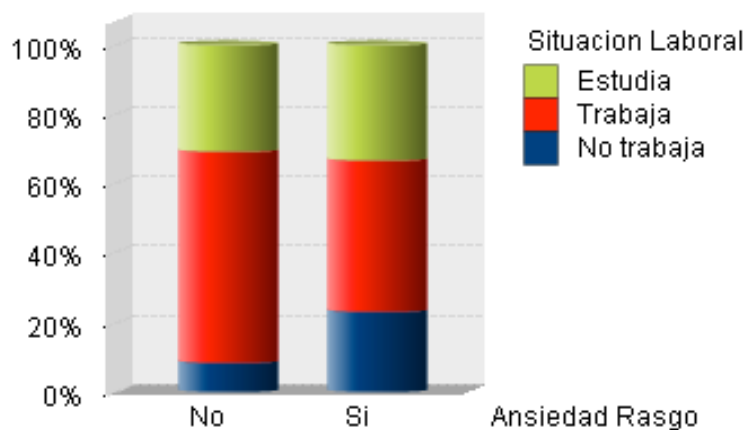


Gráfico 11.- Comparación de la situación laboral de los pacientes en relación a la presencia o ausencia de ansiedad rasgo.

6.2.2. COMPARABILIDAD POR ANSIEDAD ESTADO

6.2.2.1. Sexo y ansiedad estado

Si buscamos la relación entre la variable sexo del paciente con la presencia o no de ansiedad estado mediante un test de Chi-cuadrado, obtenemos un valor de $p=0,004$. Por lo tanto, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (Tabla 14. Gráfico 12).

La ansiedad estado está presente en más casos del grupo de mujeres que en el de hombres.

Sexo	Ansiedad Estado		Total
	Sí	No	
Hombre	8 (9,09%)	23 (26,14%)	31 (35,23%)
Mujer	33 (37,50%)	24 (27,27%)	57 (64,77%)
Total	41 (46,59%)	47 (53,41%)	88 (100%)

Tabla 14.- Distribución por sexos entre los grupos de pacientes con ansiedad estado presente o ausente ($p=0,004$; Chi-cuadrado).

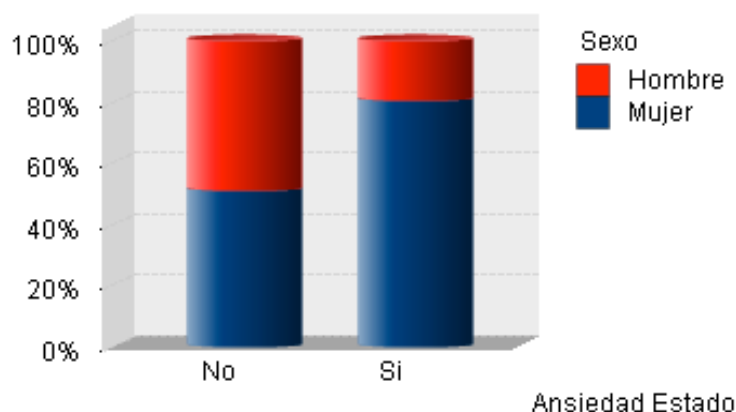


Gráfico 12.- Distribución por sexos entre los grupos de pacientes con ansiedad estado presente o ausente.

6.2.2.2. Edad y ansiedad estado.

Al comparar la edad con la presencia o no de ansiedad estado, vemos que la media de edad de pacientes con ansiedad estado es de 31,27 años \pm 11,3 y la de los que no tienen ansiedad estado es de 29,72 años \pm 8,99 (Tabla 15). También son grupos bastante parecidos en cuanto a la edad y no se observan diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,478$).

Ansiedad Estado		p
Sí (n=41)	No (n=47)	
31,27 años \pm 11,3 años	29,72 años \pm 8,9 años	0,478

Tabla 15.- Comparación de la edad en relación a la presencia o ausencia de ansiedad estado (t de Student).

6.2.2.3. Grupo de edad y ansiedad estado.

Al comparar la variable grupo de edad con la presencia o no de ansiedad estado vemos que se obtienen valores muy similares para ansiedad estado presente o ausente. No existen diferencias significativas ($p=0,945$) (Tabla 16, Gráfico 13).

Grupo de edad	Ansiedad Estado		Total
	Sí	No	
15-24	13 (14,77%)	16 (18,18%)	29 (32,95%)
25-34	16(18,18%)	16(18,18%)	32(36,36%)
35-44	8 (9,09%)	11(12,50%)	19 (21,59%)
45-64	4(4,55%)	4(4,55%)	8(9,09%)
Total	41 (46,59%)	47 (53,41%)	88 (100%)

Tabla 16.- Comparación de los grupos de edad en relación a la presencia o ausencia de ansiedad estado ($p=0,945$; Chi-cuadrado).

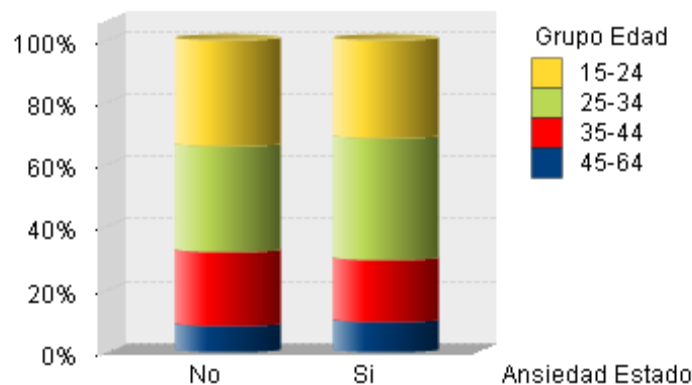


Gráfico 13.- Comparación de los grupos de edad en relación a la presencia o ausencia de ansiedad estado.

6.2.2.4. Estado civil y ansiedad estado

Se obtienen valores muy similares entre los dos grupos al comparar el estado civil de los pacientes con la presencia o no de ansiedad estado (Tabla 17, Gráfico 14). En la prueba de Chi-cuadrado, obtenemos una $p=0,788$, por tanto, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Estado Civil	Ansiedad Estado		Total
	Sí	No	
SVS	29 (32,95%)	32 (36,36%)	61 (69,32%)
CUL	12(13,64%)	15(17,05%)	27(30,68%)
Total	41 (46,59%)	47 (53,41%)	88 (100%)

Tabla 17.- Comparación del estado civil de los pacientes en relación a la presencia o ausencia de ansiedad estado ($p=0,788$; Chi-cuadrado). (SVS: Soltero, viudo, separado; CUL: Casado, Unión libre).

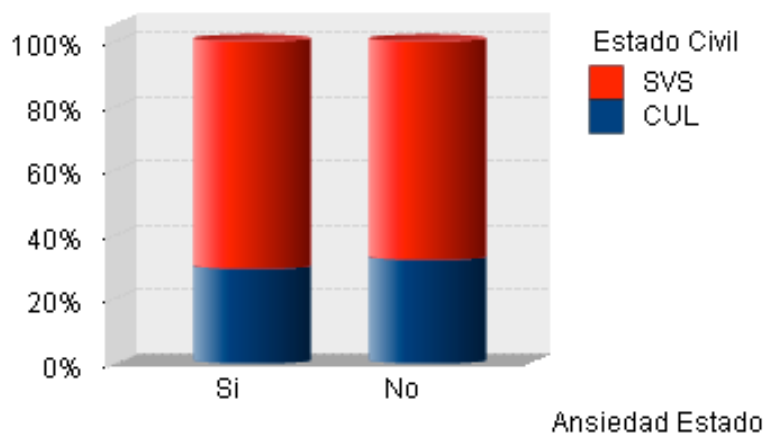


Gráfico 14.- Comparación del estado civil de los pacientes en relación a la presencia o ausencia de ansiedad estado. (SVS: Soltero, viudo, separado; CUL: Casado, Unión libre).

6.2.2.5. Situación laboral y ansiedad estado

Al comparar la situación laboral de los pacientes con la presencia o ausencia de ansiedad estado, vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Chi-cuadrado ($p= 0,173$), pero se observa que en el grupo de pacientes que trabaja se dan menos casos de ansiedad estado que en el resto (34,09%) (Tabla 18, Gráfico 15).

Situación laboral	Ansiedad Estado		Total
	Sí	No	
Estudia	16 (18,18%)	12 (13,64%)	28 (31,82%)
Trabaja	18(20,45%)	30(34,09%)	48(54,55%)
No trabaja	7 (7,95%)	5(5,68%)	12 (13,64%)
Total	41 (46,59%)	47 (53,41%)	88 (100%)

Tabla 18.- Comparación de la situación laboral de los pacientes en relación a la presencia o ausencia de ansiedad estado ($p= 0,173$; Chi-cuadrado).

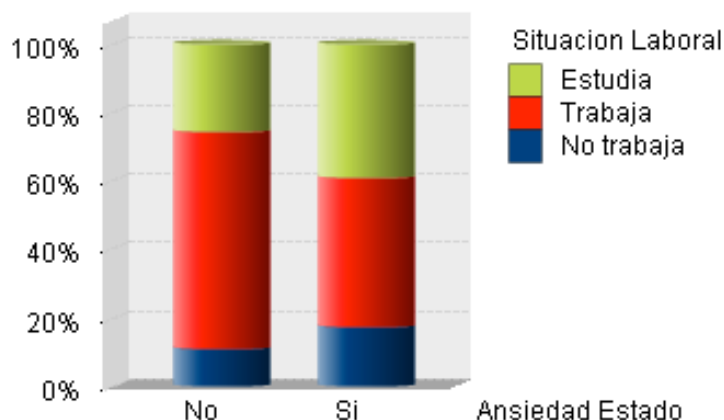


Gráfico 15.- Comparación de la situación laboral de los pacientes en relación a la presencia o ausencia de ansiedad estado.

6.2.3. COMPARABILIDAD POR ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO DE FORMA COMBINADA.

Al hacer esta comparación vamos a encontrar cuatro grupos de pacientes:

- Pacientes que sólo presentan ansiedad rasgo (AR sí, AE no).
- Pacientes que sólo presentan ansiedad estado (AR no, AE sí).
- Pacientes que presentan ansiedad rasgo y ansiedad estado (AR sí y AE sí).
- Pacientes que no presentan ningún tipo de ansiedad (AR no y AE no).

6.2.3.1. Sexo y Ansiedad

Al comparar la combinación de la ansiedad estado con la ansiedad rasgo en la muestra con la variable sexo del paciente, vemos que aparecen algunas diferencias. El número de mujeres con ansiedad rasgo y/o ansiedad estado presente es superior al de hombres (Tabla 19, Gráfico 16). Al hacer la prueba de Chi-cuadrado se observa que $p=0,038$, por tanto, sí existen diferencias estadísticamente significativas.

Sexo	Ansiedad				Total
	Ansiedad Rasgo				
	Sí		No		
	Ansiedad Estado				
	Sí	No	Sí	No	
Hombre	4 (4,55%)	4 (4,55%)	4 (4,55%)	19 (21,59%)	31 (35,23%)
Mujer	17 (19,32%)	5 (5,68%)	16 (18,18%)	19 (21,59%)	57 (64,77%)
Total	21 (23,86%)	9 (10,23%)	20 (22,73%)	38 (43,18%)	88 (100%)

Tabla 19.- Distribución por sexos entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada ($p=0,038$; Chi-cuadrado).

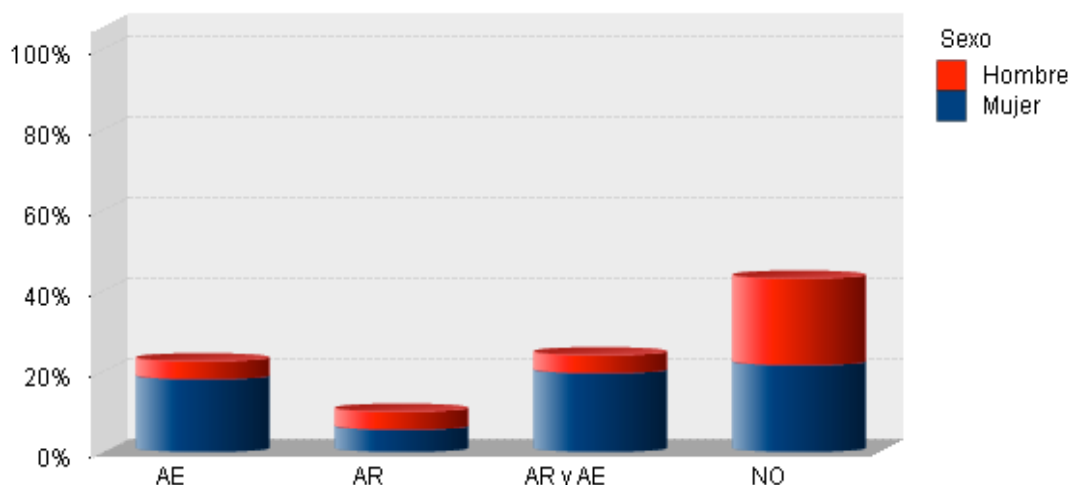


Gráfico 16.- Distribución por sexos entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

6.2.3.2. Edad y Ansiedad

La media de edad entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada es la siguiente (Tabla 20):

- El grupo que presenta ansiedad rasgo y ansiedad estado tiene una media de edad de 32,76 años \pm 8,9.

- El grupo que sólo presenta ansiedad rasgo tiene una media de edad de 26,44 años \pm 10,7.
- El grupo que sólo presenta ansiedad estado tiene una media de edad de 29,7 años \pm 13,3.
- El grupo que no tiene ningún tipo de ansiedad tiene una media de edad de 30,50 años \pm 8,5.

No existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,460$; ANOVA) (Tabla 20).

	Ansiedad				p
	Ansiedad Rasgo				
	Sí		No		
	Ansiedad Estado				
	Sí	No	Sí	No	
Edad	32,76 años \pm 8,9	26,44 años \pm 10,7	29,7 años \pm 13,3	30,50 años \pm 8,5	0,460

Tabla 20.- Medias de edad entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada (ANOVA)

6.2.3.3. Grupo de edad y Ansiedad

Al comparar la edad de los pacientes divididos por grupos, con la presencia o ausencia de ansiedad estado y rasgo de forma combinada, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrado; $p=0,024$). Vemos que la mayoría de los pacientes que tiene ansiedad estado y/o rasgo presentes están en los dos grupos de edad compuestos por la población más joven de la muestra, entre los 15 y los 34 años (Tabla 21, Gráfico 17).

	Ansiedad				TOTAL
	Ansiedad Rasgo				
	Sí		No		
	Ansiedad Estado				
	Sí	No	Sí	No	
15-24	4(4,55%)	6(6,82%)	9(10,23%)	10 (11,36%)	29(32,95%)
25-34	8(9,09%)	0(0,00%)	8(9,09%)	16(18,18%)	32(36,36%)
35-44	8(9,09%)	3(3,41%)	0(0,00%)	8(9,09%)	19(21,59%)
45-64	1(1,14%)	0(0,00%)	3(3,41%)	4(4,55%)	8(9,09%)
Total	21(23,86%)	9(10,23%)	20(22,73%)	38(43,18%)	88(100%)

Tabla 21.- Comparación de la edad entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada ($p=0,024$; Chi-cuadrado).

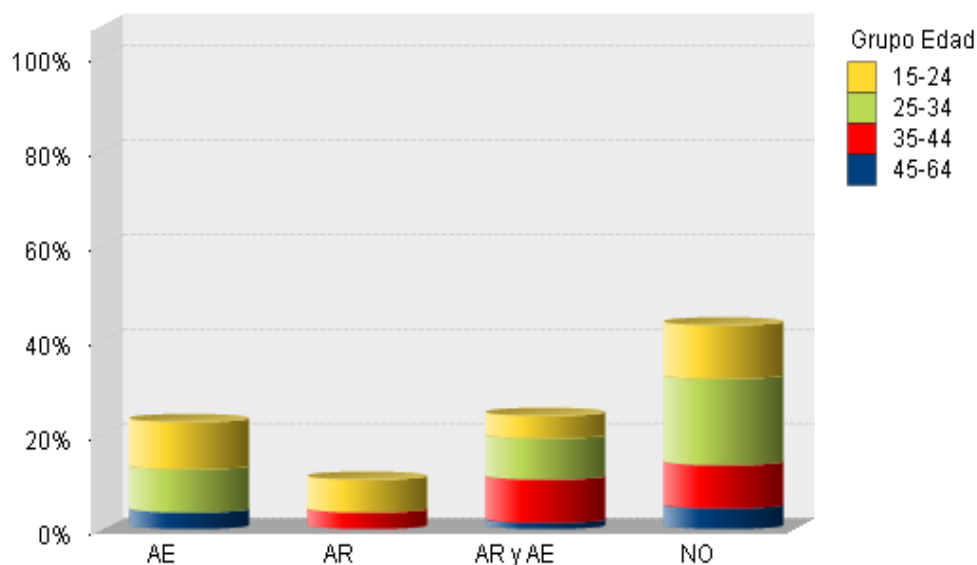


Gráfico 17.- Comparación de la edad entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

6.2.3.4. Estado civil y Ansiedad

Si comparamos la presencia o ausencia de ansiedad estado y rasgo de forma combinada con la variable estado civil de los pacientes de la muestra vemos que no se observan diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado; $p=0,075$) (Tabla 22, Gráfico 18).

	Ansiedad				TOTAL
	Ansiedad Rasgo				
	Sí		No		
	Ansiedad Estado				
	Sí	No	Sí	No	
SVS	11(12,50%)	6(6,82%)	18(20,45%)	26(29,55%)	61(69,32%)
CUL	10(11,36%)	3(3,41%)	2(2,27%)	12(13,64%)	27(30,68%)
Total	21(23,86%)	9(10,23%)	20(22,73%)	38(43,18%)	88(100%)

Tabla 22.- Comparación del estado civil entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada ($p=0,075$; Chi-cuadrado). (SVS: Soltero, viudo, separado; CUL: Casado, Unión libre).

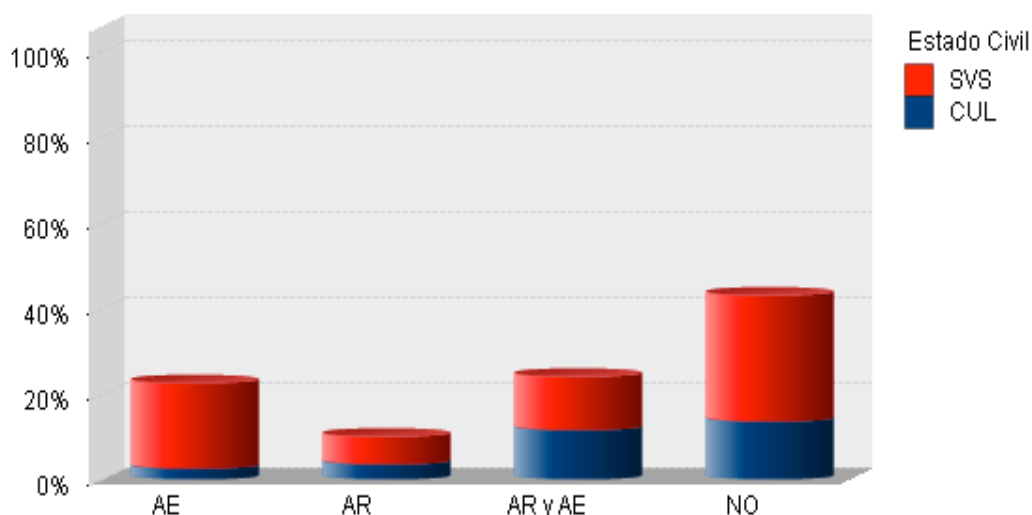


Gráfico 18.- Comparación del estado civil entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad; SVS: Soltero, viudo, separado; CUL: Casado, Unión libre).

6.2.3.5. Situación laboral y Ansiedad

En la comparación de la situación laboral de los pacientes con la presencia o ausencia de ansiedad estado y rasgo de forma combinada, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado; $p=0,014$). El grupo de pacientes que trabaja presentan menos ansiedad que los que no trabajan (Tabla 23, Gráfico 19).

	Ansiedad				TOTAL
	Ansiedad Rasgo				
	Sí		No		
	Ansiedad Estado				
	Sí	No	Sí	No	
Estudia	5(5,68%)	5(5,68%)	11(12,50%)	7(7,95%)	28(31,82%)
Trabaja	10(11,36%)	3(3,41%)	8(9,09%)	27(30,68%)	48(54,55%)
No trabaja	6(6,82%)	1(1,14%)	1(1,14%)	4(4,55%)	12(13,64%)
Total	21(23,86%)	9(10,23%)	20(22,73%)	38(43,18%)	88(100%)

Tabla 23.- Comparación de la situación laboral entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada ($p=0,014$; Chi-cuadrado).

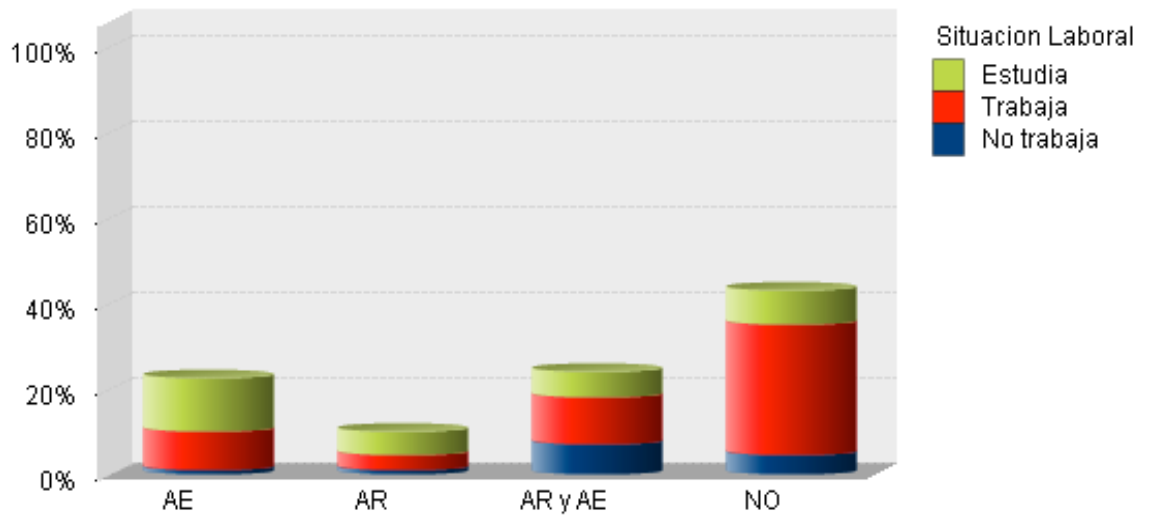


Gráfico 19.- Comparación de la situación laboral entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

6.3. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD EN EL POSTOPERATORIO

6.3.1. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD RASGO EN EL POSTOPERATORIO

Vamos a analizar ahora la influencia de la presencia o no de ansiedad rasgo en el postoperatorio de los pacientes sobre la percepción del dolor, la inflamación y el consumo de AINEs que realizan.

6.3.1.1. Influencia de la ansiedad rasgo en el dolor postoperatorio

En la siguiente tabla (Tabla 24) vemos que los pacientes que sí presentan ansiedad rasgo refieren un mayor dolor en todos los días que los que no presentan ansiedad rasgo.

Aunque los valores son más altos, la tendencia en la disminución del dolor a lo largo de los días es similar al grupo que no presenta ansiedad rasgo, pero se observan diferencias estadísticamente significativas en el sexto y séptimo días, en los que la percepción del dolor en el grupo con ansiedad rasgo disminuye más lentamente que en el grupo que no la presenta.

Dolor postoperatorio	Ansiedad Rasgo		p
	Sí (n=30)	No (n=58)	
Dolor a las 6 horas	5,57 cm ± 3,1	4,67 cm ± 3,3	0,226
Dolor en el segundo día	4,79 cm ± 3,4	4,12 cm ± 3,3	0,384
Dolor en el tercer día	4,62 cm ± 3,6	3,50 cm ± 2,8	0,117
Dolor en el cuarto día	3,86 cm ± 3,4	2,83 cm ± 2,4	0,114
Dolor en el quinto día	3,48 cm ± 3,7	2,40 cm ± 2,5	0,112
Dolor en el sexto día	3,28 cm ± 3,6	1,95 cm ± 2,2	0,038
Dolor en el séptimo día	3,14 cm ± 3,4	1,71 cm ± 2,4	0,029
Dolor en el octavo día	2,45 cm ± 3,3	1,41 cm ± 2,2	0,089

Tabla 24.- Dolor postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o ausencia de ansiedad rasgo (t de Student).

En el siguiente gráfico (Gráfico 25) vemos la evolución del dolor postoperatorio en los pacientes que sí presentan ansiedad rasgo y en los que no. El eje vertical corresponde a los intervalos de la EVA y el eje horizontal a los días de seguimiento. Aunque los valores de la EVA en el cuadernillo de recogida de datos van del 1 al 10, como no se han registrado valores por encima de 6, hemos reflejado en el eje vertical del 1 al 6.

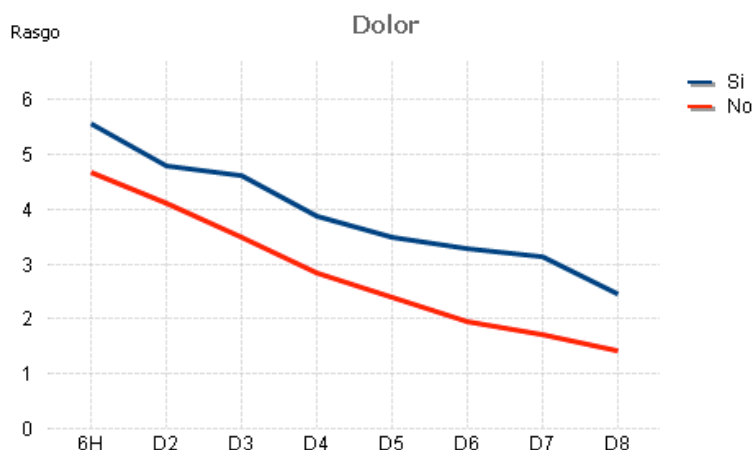


Gráfico 20.- Evolución del dolor postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad rasgo.

En el siguiente gráfico (Gráfico 21), y lo haremos igual para todos los grupos siguientes, hemos manipulado el punto de inicio del dolor para hacerlo coincidir tanto en el grupo que sí presenta ansiedad rasgo como en el que no, para observar mejor la tendencia del dolor en ambos grupos a lo largo del período postoperatorio.

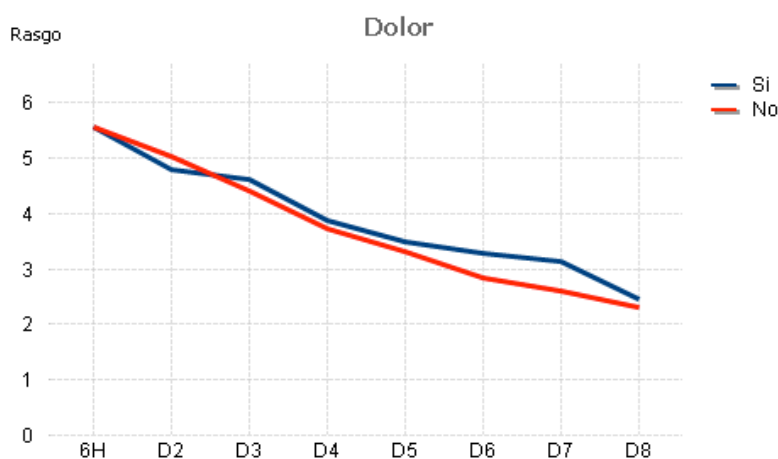


Gráfico 21.- Evolución del dolor postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad rasgo, modificando el punto de inicio para analizar la tendencia en ambos grupos.

6.3.1.2. Influencia de la ansiedad rasgo en la inflamación postoperatoria

En cuanto a la percepción de la inflamación, vemos en la siguiente tabla (Tabla 25) que también es más alta en todos los días del postoperatorio del grupo de pacientes que sí presenta ansiedad rasgo. La mayor diferencia se da en el segundo día, donde se produce un pico de aumento en este grupo que se traduce en una p estadísticamente significativa (t de Student; $p=0,017$).

Inflamación postoperatoria	Ansiedad Rasgo		p
	Sí (n=30)	No (n=58)	
Inflamación a las 6 horas	4,31 cm ± 3,3	3,33 cm ± 3,02	0,173
Inflamación en el segundo día	5,52 cm ± 3,1	3,84 cm ± 2,9	0,017
Inflamación en el tercer día	4,83 cm ± 3,2	3,62 cm ± 2,7	0,075
Inflamación en el cuarto día	3,76 cm ± 3,2	3,22 cm ± 2,5	0,404
Inflamación en el quinto día	3,07 cm ± 3,7	2,50 cm ± 2,4	0,351
Inflamación en el sexto día	2,31 cm ± 2,8	1,86 cm ± 2,0	0,404
Inflamación en el séptimo día	1,86 cm ± 2,6	1,22 cm ± 1,8	0,194
Inflamación en el octavo día	1,41 cm ± 2,3	0,74 cm ± 1,1	0,073

Tabla 25.- Inflamación postoperatoria (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o ausencia de ansiedad rasgo (t de Student).

En los gráficos 22 y 23 se observa la evolución de la inflamación postoperatoria en el grupo con ansiedad rasgo presente y en el que no. Vemos el aumento que se produce en el día 2 en los pacientes con ansiedad rasgo presente.

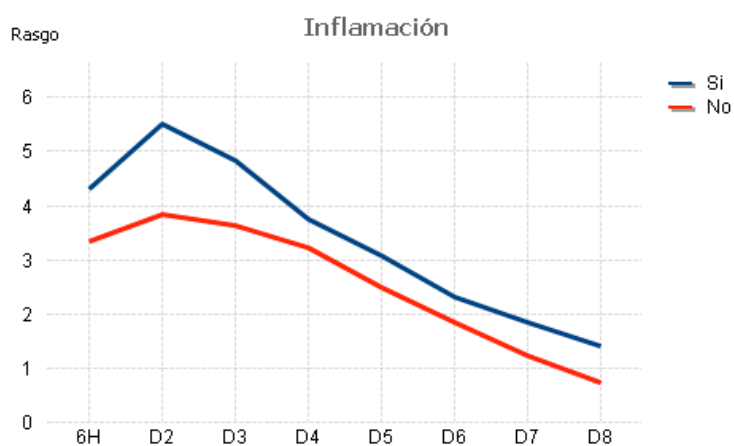


Gráfico 22.- Evolución de la inflamación postoperatoria (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad rasgo.

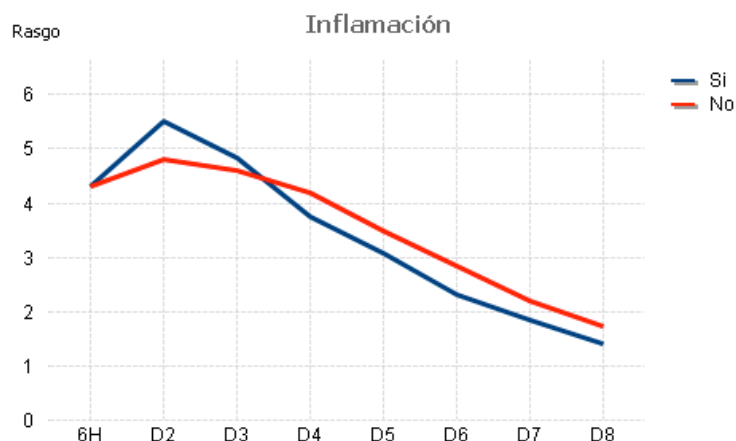


Gráfico 23.- Evolución de la inflamación postoperatoria (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad rasgo, modificando el punto de inicio para analizar la tendencia en ambos grupos.

6.3.1.3. Influencia de la ansiedad rasgo en el consumo de AINES en el postoperatorio

En cuanto al consumo de AINES, vemos que Sí se dan diferencias estadísticamente significativas en todos los días del postoperatorio. Los pacientes que presentan ansiedad rasgo realizan un mayor consumo de AINES durante el periodo postoperatorio que los que no la presentan (Tabla 26, Gráfico 24).

Consumo de AINES	Ansiedad Rasgo		p
	Sí (n=30)	No (n=58)	
AINES las 6 horas	1,00 ± 0,0	0,83 ± 0,3	0,017
AINES en el segundo día	3,03 ± 0,1	2,48 ± 1,1	0,012
AINES en el tercer día	3,03 ± 0,1	2,41 ± 1,1	0,006
AINES en el cuarto día	2,86 ± 0,8	2,21 ± 1,3	0,018
AINES en el quinto día	2,55 ± 1,2	1,95 ± 1,4	0,047
AINES en el sexto día	2,45 ± 1,3	1,60 ± 1,5	0,012
AINES en el séptimo día	2,28 ± 1,3	1,40 ± 1,5	0,009
AINES en el octavo día	2,07 ± 1,4	1,24 ± 1,4	0,015

Tabla 26.- Consumo de AINES en el postoperatorio (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o ausencia de ansiedad rasgo (t de Student)

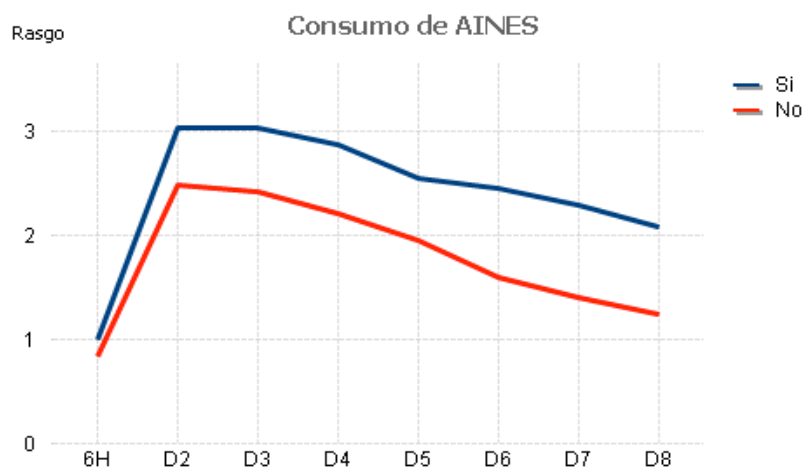


Gráfico 24: Evolución del consumo de AINES en el postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad rasgo.

En el siguiente gráfico (Gráfico 25) observamos más claramente la evolución del consumo de AINES que realiza el grupo de pacientes con ansiedad rasgo presente con respecto al que no la presenta. Vemos cómo a partir del día 2 aumenta este consumo en el grupo que sí presenta ansiedad rasgo con respecto al que no, coincidiendo también con los valores más altos de dolor y sobre todo de inflamación.

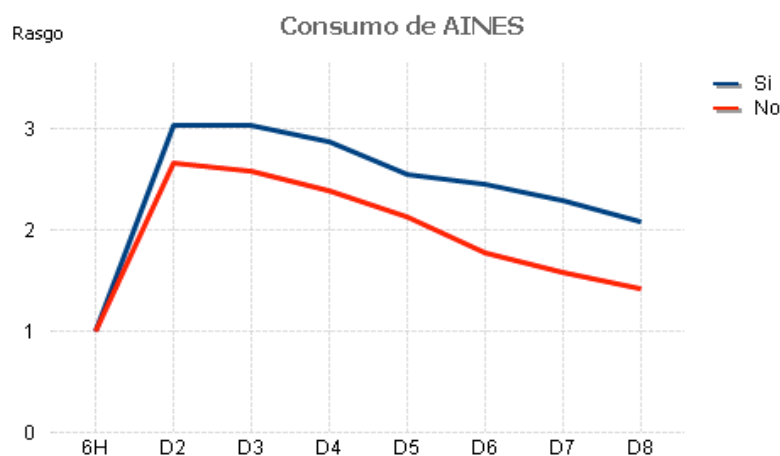


Gráfico 25: Evolución del consumo de AINES en el postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad rasgo modificando el punto de inicio para analizar la tendencia en ambos grupos.

6.3.2. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD ESTADO EN EL POSTOPERATORIO

Vamos a analizar ahora la influencia de la presencia o no de ansiedad estado en el postoperatorio de los pacientes sobre la percepción del dolor, la inflamación y el consumo de AINEs que realizan.

6.3.2.1. Influencia de la ansiedad estado en el dolor postoperatorio

Al estudiar la influencia de la ansiedad estado sobre la percepción del dolor postoperatorio, vemos que sí se dan diferencias estadísticamente significativas en todos los días entre el grupo con ansiedad estado presente y el grupo que no la presenta. Se observa que el grupo de pacientes con ansiedad estado perciben más dolor que los que no presentan ansiedad estado (Tabla 27).

Dolor postoperatorio	Ansiedad Estado		p
	Sí (n=41)	No (n=47)	
Dolor a las 6 horas	6,02 cm ± 3,0	4,06 cm ± 3,2	0,004
Dolor en el segundo día	5,90 cm ± 3,0	3,02 cm ± 3,0	0,000
Dolor en el tercer día	5,20 cm ± 3,1	2,74 cm ± 2,6	0,000
Dolor en el cuarto día	4,15 cm ± 3,1	2,34 cm ± 2,3	0,003
Dolor en el quinto día	3,83 cm ± 3,4	1,85 cm ± 2,2	0,002
Dolor en el sexto día	3,30 cm ± 3,2	1,62 cm ± 2,1	0,005
Dolor en el séptimo día	3,08 cm ± 3,1	1,43 cm ± 2,4	0,007
Dolor en el octavo día	2,45 cm ± 3,0	1,17 cm ± 2,1	0,025

Tabla 27.- Dolor postoperatorio (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o ausencia de ansiedad estado (t de Student)

En los gráficos 26 y 27 se observa cómo va disminuyendo el dolor en ambos grupos a lo largo de los días pero se ve claramente cómo los valores del grupo que presenta ansiedad estado están muy por encima de los del grupo que no la presenta.

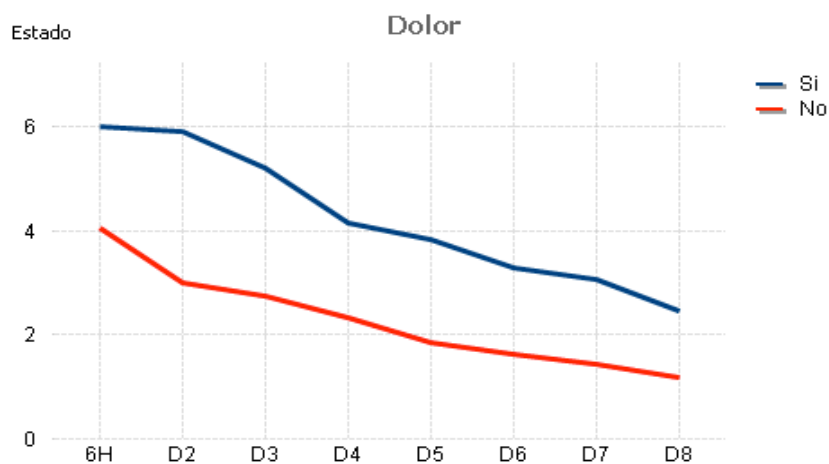


Gráfico 3

Gráfico 26.- Evolución del dolor postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad estado.

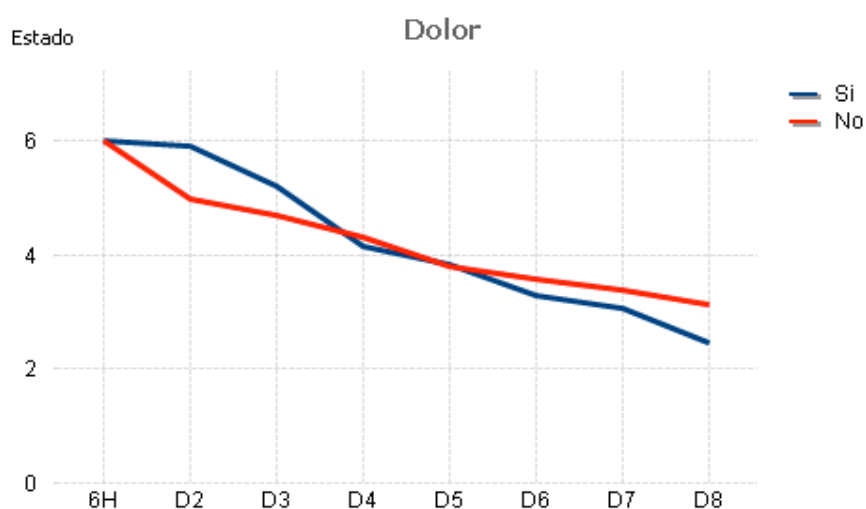


Gráfico 27.- Evolución del dolor postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad estado, modificando el punto de inicio para analizar la tendencia en ambos grupos.

6.3.2.2. Influencia de la ansiedad estado en la inflamación postoperatoria

En la Tabla 28 se observan los valores de inflamación postoperatoria en el grupo de pacientes con ansiedad estado presente y en el grupo que no la presenta. Vemos que se dan diferencias estadísticamente significativas en los primeros días del postoperatorio, es decir, desde el día de la cirugía hasta el sexto día, los pacientes con ansiedad estado perciben más inflamación que los pacientes que no tienen ansiedad estado, como se puede observar también en los gráficos 28 y 29.

Inflamación postoperatoria	Ansiedad Estado		p
	Sí (n=41)	No (n=47)	
Inflamación a las 6 horas	4,55 cm \pm 3,2	2,89 cm \pm 2,9	0,014
Inflamación en el segundo día	5,38 cm \pm 3,0	3,57 cm \pm 2,9	0,006
Inflamación en el tercer día	4,93 cm \pm 2,9	3,26 cm \pm 2,7	0,008
Inflamación en el cuarto día	4,03 cm \pm 2,8	2,87 cm \pm 2,6	0,055
Inflamación en el quinto día	3,18 cm \pm 3,7	2,50 cm \pm 2,4	0,118
Inflamación en el sexto día	2,31 cm \pm 2,7	2,28 cm \pm 2,5	0,108
Inflamación en el séptimo día	1,78 cm \pm 2,1	1,15 cm \pm 2,1	0,177
Inflamación en el octavo día	1,35 cm \pm 1,8	0,64 cm \pm 1,3	0,045

Tabla 28.- Inflamación postoperatoria (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o ausencia de ansiedad estado (t de Student)

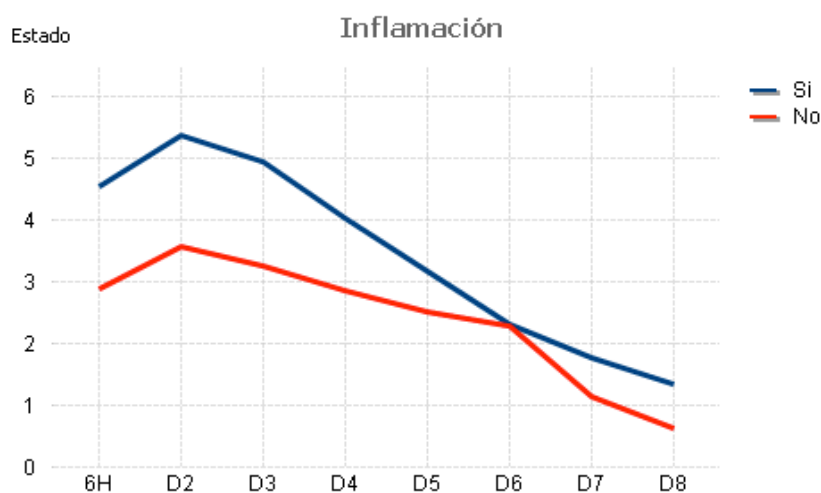


Gráfico 28.- Evolución de la inflamación postoperatoria (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad estado.

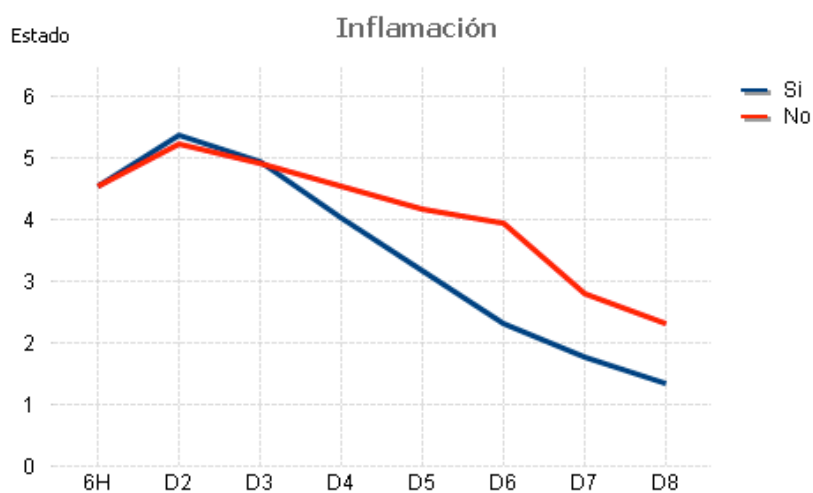


Gráfico 29.- Evolución de la inflamación postoperatoria (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad estado, modificando el punto de inicio para analizar la tendencia en ambos grupos.

6.3.2.3. Influencia de la ansiedad estado en el consumo de AINES en el postoperatorio

En cuanto al consumo de AINES, vemos que ambos grupos evolucionan de una forma similar, es decir, el grupo con ansiedad estado presente, no realiza un mayor consumo (de forma estadísticamente significativa) de AINES que el grupo que no la presenta, a pesar de que la percepción del dolor y la inflamación son mayores (Tabla 29, Gráficos 30 y 31).

Consumo de AINES	Ansiedad Estado		p
	Sí (n=41)	No (n=47)	
AINES las 6 horas	0,95 ± 0,2	0,83 ± 0,3	0,081
AINES en el segundo día	2,88 ± 0,6	2,49 ± 1,1	0,065
AINES en el tercer día	2,85 ± 0,7	2,43 ± 1,1	0,051
AINES en el cuarto día	2,53 ± 1,2	2,34 ± 1,2	0,487
AINES en el quinto día	2,15 ± 1,4	2,15 ± 1,3	0,997
AINES en el sexto día	2,00 ± 1,5	1,79 ± 1,4	0,512
AINES en el séptimo día	1,95 ± 1,4	1,47 ± 1,5	0,135
AINES en el octavo día	1,80 ± 1,4	1,28 ± 1,4	0,107

Tabla 29.- Consumo de AINES en el postoperatorio (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o ausencia de ansiedad estado (t de Student)

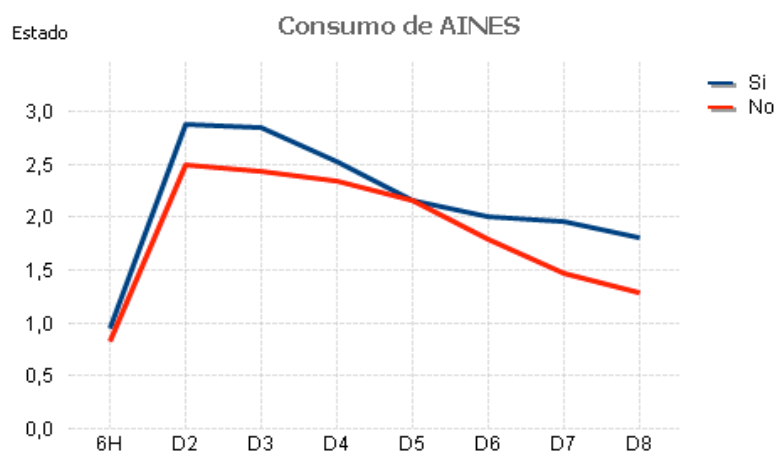


Gráfico 30.- Evolución del consumo de AINES en el postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad estado.

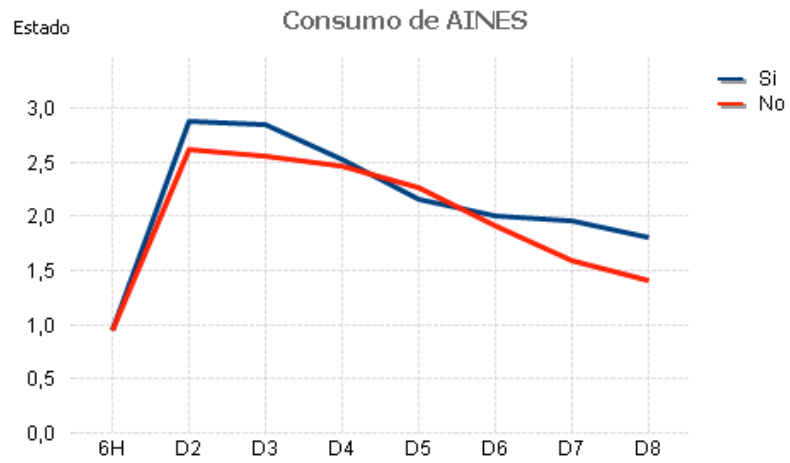


Gráfico 31.- Evolución del consumo de AINES en el postoperatorio (desde las seis horas hasta los ocho días de seguimiento) en función de la presencia o no de ansiedad estado, modificando el punto de inicio para analizar la tendencia en ambos grupos.

6.3.3. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD RASGO Y LA ANSIEDAD ESTADO DE FORMA COMBINADA EN EL POSTOPERATORIO

6.3.3.1. Influencia de la ansiedad rasgo y estado de forma combinada en el dolor postoperatorio

En cuanto a la influencia que la presencia de ansiedad rasgo y estado tiene en el dolor posoperatorio, hemos encontrado diferencias significativas de este grupo frente a los grupos que no presentaban ansiedad estado, en los días dos a seis tras la extracción dental (Tabla 30, Gráficos 32 y 33).

Dolor postoperatorio	Ansiedad				p
	Ansiedad Rasgo				
	Sí		No		
	Ansiedad Estado				
	Sí	No	Sí	No	
Dolor a las 6 horas	6,00 cm ± 2,8	4,56 cm ± 3,6	6,05 cm ± 3,1	3,95 cm ± 3,1	0,040
Dolor en el segundo día	6,35 cm ± 3,0 ^{*,¥}	1,33 cm ± 1,1 ^{*,°}	5,45 cm ± 3,1 [°]	3,42 cm ± 3,2 [¥]	0,000
Dolor en el tercer día	6,00 cm ± 3,1 ^{*,¥}	1,56 cm ± 2,5 [*]	4,40 cm ± 2,9	3,03 cm ± 2,6 [¥]	0,000
Dolor en el cuarto día	5,00 cm ± 3,4 ^{*,¥}	1,33 cm ± 1,5 [*]	3,30 cm ± 2,5	2,58 cm ± 2,4 [¥]	0,003
Dolor en el quinto día	4,70 cm ± 3,8 ^{*,¥}	0,78 cm ± 0,8 [*]	2,95 cm ± 2,7	2,11 cm ± 2,4 [¥]	0,002
Dolor en el sexto día	4,45 cm ± 3,7 ^{*,¥}	0,67 cm ± 1,1 [*]	2,15 cm ± 2,1	1,84 cm ± 2,3 [¥]	0,001
Dolor en el séptimo día	4,10 cm ± 3,6	1,00 cm ± 1,8	2,05 cm ± 2,3	1,53 cm ± 2,5	0,005
Dolor en el octavo día	3,10 cm ± 3,6 [¥]	1,00 cm ± 2,0	1,80 cm ± 2,2	1,21 cm ± 2,1 [¥]	0,058

Tabla 30.- Dolor postoperatorio (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada (ANOVA; ^{*,¥,°} los pares de símbolos en la misma línea indican las diferencias significativas entre grupos).

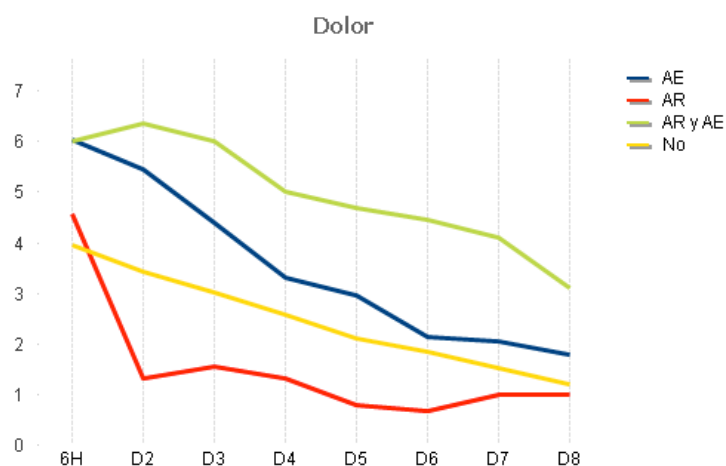


Gráfico 32.- Evolución del dolor postoperatorio (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

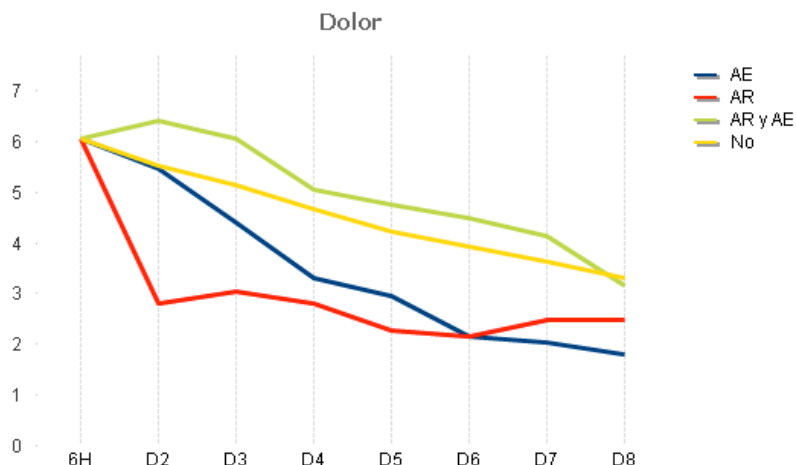


Gráfico 33.- Evolución del dolor postoperatorio (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada, modificando el punto de inicio para analizar la tendencia entre los grupos. (AR: Ansiiedad Rasgo; AE: Ansiiedad Estado; NO: No Ansiiedad).

6.3.3.2. Influencia de la ansiedad rasgo y estado de forma combinada en la inflamación postoperatoria

La aparición combinada de la ansiedad rasgo y estado no se ha relacionado con diferencias significativas en relación a la inflamación postoperatoria, excepto a las seis horas postoperatorio entre este grupo y el grupo que no presentaba ni ansiedad estado ni ansiedad rasgo (Tabla 31, Gráficos 34 y 35).

Inflamación postoperatoria	Ansiiedad				p
	Ansiiedad Rasgo				
	Sí		No		
	Ansiiedad Estado				
	Sí	No	Sí	No	
Inflamación a las 6 horas	4,35 cm ± 3,3 [¥]	4,22 cm ± 3,6	4,75 cm ± 3,2	2,58 cm ± 2,6 [¥]	0,042
Inflamación en el segundo día	5,70 cm ± 3,1	5,11 cm ± 3,4	5,05 cm ± 3,0	3,21 cm ± 2,7	0,013
Inflamación en el tercer día	5,20 cm ± 3,1	4,00 cm ± 3,5	4,65 cm ± 2,8	3,08 cm ± 2,6	0,047
Inflamación en el cuarto día	4,20 cm ± 3,3	2,78 cm ± 2,8	3,85 cm ± 2,3	2,89 cm ± 2,6	0,282
Inflamación en el quinto día	3,20 cm ± 3,2	2,78 cm ± 2,9	3,15 cm ± 2,1	2,16 cm ± 2,5	0,421
Inflamación en el sexto día	2,55 cm ± 2,8	1,78 cm ± 2,9	2,35 cm ± 2,0	1,61 cm ± 2,0	0,446
Inflamación en el séptimo día	1,95 cm ± 2,4	1,67 cm ± 3,0	1,60 cm ± 1,9	1,03 cm ± 1,8	0,439
Inflamación en el octavo día	1,50 cm ± 2,3	1,22 cm ± 2,5	1,20 cm ± 1,3	0,50 cm ± 0,8	0,124

Tabla 31.- Inflamación postoperatoria (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada (ANOVA; [¥] los pares de símbolos en la misma línea indican las diferencias significativas entre grupos).

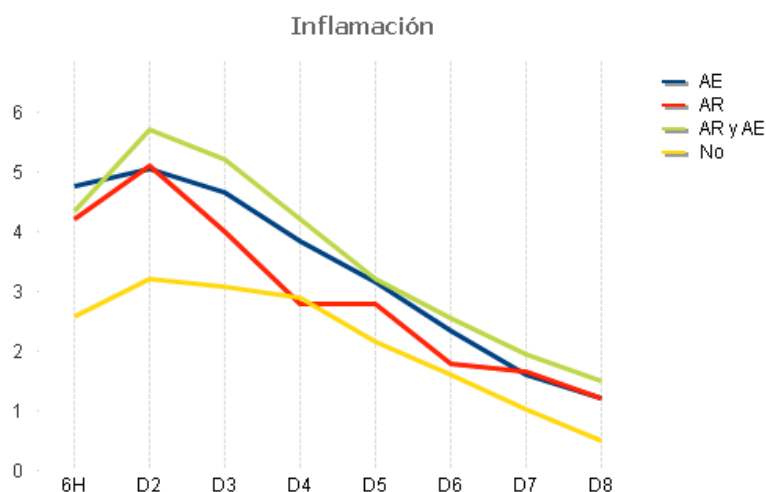


Gráfico 34.- Evaluación de la inflamación postoperatoria (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

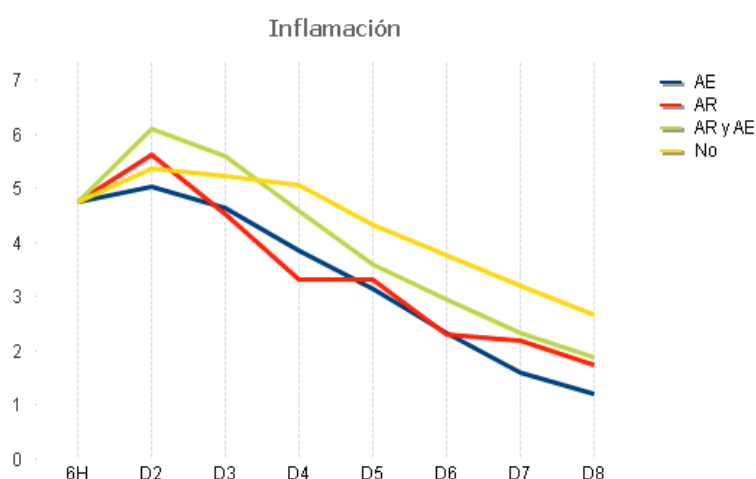


Gráfico 35.- Evaluación de la inflamación postoperatoria (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada, modificando el punto de inicio para analizar la tendencia entre los grupos. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

6.3.3.3. Influencia de la ansiedad rasgo y estado de forma combinada en el consumo de AINEs en el postoperatorio

En cuanto al consumo de medicamentos, la aparición combinada de la ansiedad rasgo y estado no se ha relacionado con diferencias significativas en relación al consumo de AINEs durante el periodo estudiado, excepto en los primeros días entre este grupo y el grupo que no presentaba ansiedad rasgo ni estado. También se detectó diferencias significativas entre este último grupo y el grupo que no presentaba ansiedad rasgo y sí ansiedad estado (Tabla 32, Gráficos 36 y 37).

Consumo de AINES	Ansiedad				P
	Ansiedad Rasgo				
	Sí		No		
	Ansiedad Estado				
	Sí	No	Sí	No	
AINES a las 6 horas	1,00 ± 0,0	1,00 ± 0,0	0,90 ± 0,3	0,79 ± 0,4	0,065
AINES en el segundo día	3,05 ± 0,2 [¥]	3,00 ± 0,0	2,70 ± 0,9	2,37 ± 1,2 [¥]	0,048
AINES en el tercer día	3,05 ± 0,2 [¥]	3,00 ± 0,0	2,65 ± 0,9	2,29 ± 1,2 [¥]	0,028
AINES en el cuarto día	2,80 ± 1,0	3,00 ± 0,0	2,25 ± 1,3	2,18 ± 1,3	0,124
AINES en el quinto día	2,35 ± 1,4	3,00 ± 0,0	1,95 ± 1,4	1,95 ± 1,4	0,174
AINES en el sexto día	2,20 ± 1,5	3,00 ± 0,0	1,80 ± 1,5 [§]	1,50 ± 1,5 [§]	0,035
AINES en el séptimo día	2,10 ± 1,4	2,67 ± 1,0	1,80 ± 1,5 [§]	1,18 ± 1,4 [§]	0,018
AINES en el octavo día	1,95 ± 1,4	2,33 ± 1,3	1,65 ± 1,5 [§]	1,03 ± 1,4 [§]	0,034

Tabla 32.- Consumo de AINES postoperatorios (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada (ANOVA); ^{¥, §} los pares de símbolos en la misma línea indican las diferencias significativas entre grupos).

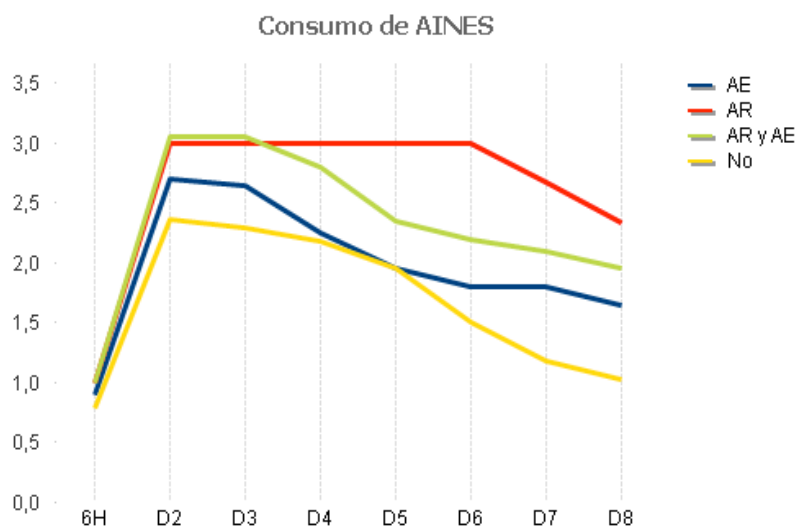


Gráfico 36.- Evolución del consumo de AINES postoperatorios (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

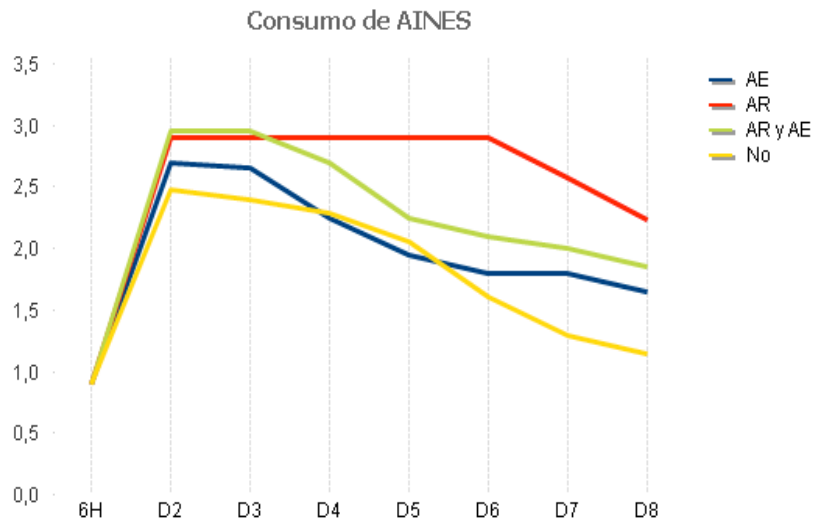


Gráfico 37.- Evolución del consumo de AINES postoperatorios (desde las seis horas a los ocho días de seguimiento) entre los grupos de pacientes con ansiedad estado y rasgo presente o ausente de forma combinada, modificando el punto de inicio para analizar la tendencia entre los grupos. (AR: Ansiedad Rasgo; AE: Ansiedad Estado; NO: No Ansiedad).

6.4. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO

Por último analizamos la relación existente entre la presencia o ausencia de ansiedad rasgo con la aparición conjunta de ansiedad estado. Los datos muestran que, cuando hay ansiedad rasgo, la mayoría de los pacientes también presentan ansiedad estado (21 pacientes que sí frente a 9 que no) y que, cuando no hay ansiedad rasgo, un grupo importante de los pacientes tampoco presentan ansiedad estado (38 frente a 20). Aunque el grupo de pacientes que presenta ansiedad estado sin ansiedad rasgo también suponen un número importante (20 pacientes). En la prueba de chi-cuadrado sí se obtienen resultados estadísticamente significativos ($p=0,002$). Podemos decir que la ansiedad rasgo puede ser un factor predisponente a la aparición de ansiedad estado (Tabla 33, Gráfico 38).

Ansiedad rasgo	Ansiedad Estado		Total
	Sí	No	
Sí	21 (23,86%)	9 (10,23%)	30 (34,09%)
No	20 (22,73%)	38 (43,18%)	58 (65,91%)
Total	41 (46,59%)	47 (53,41%)	88 (100%)

Tabla 33.- Influencia de la presencia o no de ansiedad rasgo sobre la aparición también de ansiedad estado ($p=0,002$ Chi-cuadrado).

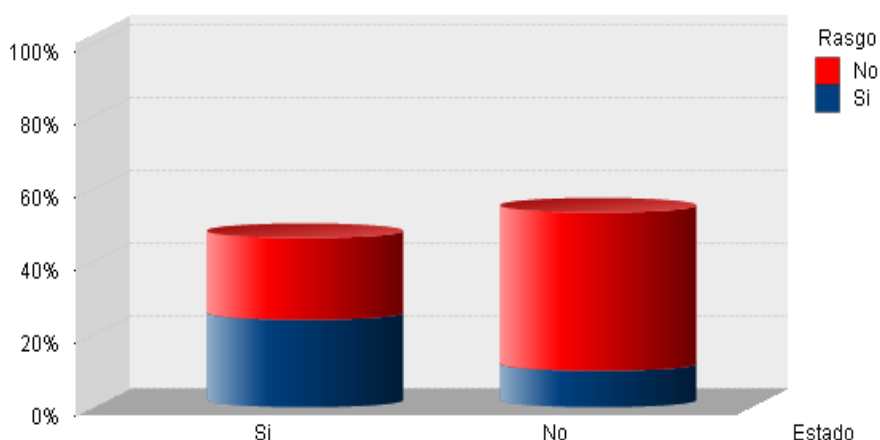


Gráfico 38.- Influencia de la presencia o no de ansiedad rasgo sobre la aparición también de ansiedad estado.

7. DISCUSIÓN

7.1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad, inespecífico o desconocido para el paciente, frente a situaciones o estímulos percibidos, potencial o subjetivamente, como peligrosos, aunque sólo sea por la circunstancia de parecer inciertos³⁰.

Para su manejo, el paciente debe ser visto de manera global, como un organismo de gran complejidad cognitiva, teniendo en cuenta factores físicos, psíquicos, sociales e incluso espirituales que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad³⁰.

Resulta muy importante tener en cuenta estos aspectos por los elevados niveles de ansiedad que se dan en los pacientes prequirúrgicos³⁰.

La ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una intervención quirúrgica conlleva un estado emocional negativo y genera una activación fisiológica dirigida a afrontar el peligro percibido que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico y alterar su postoperatorio³⁰.

El miedo y la ansiedad ante el tratamiento dental es un problema de gran importancia clínica que afecta entre el 40 y el 50% de la población general^{4,5,127}. Estos pacientes tienden a evitar el tratamiento dental o recurrir a él sólo en situaciones de urgencia. Además suelen mostrar un peor estado de salud bucal y un desagrado con su apariencia estética¹²⁸.

Los diferentes tratamientos dentales pueden variar la respuesta ante el estrés de los pacientes. En este sentido, los procedimientos de Cirugía Bucal realizados con anestesia local, aunque son muy comunes y cuentan con un período de recuperación, en general, corto, suponen un gran impacto físico y psicológico, que hace que se vivan como una experiencia particularmente estresante¹²⁹.

En 1998, Weisenberg¹³⁰ postuló que una gran ansiedad hacia un estímulo generador de dolor podría exacerbar el dolor, mientras que una ansiedad irrelevante hacia este mismo estímulo, podría reducir la experiencia del dolor percibido.

En este sentido, existen otros estudios¹³¹⁻¹³³ que insisten en que la ansiedad o el miedo pueden jugar un papel incrementador del dolor, es decir, que los pacientes ansiosos

pueden experimentar más dolor como resultado del mismo procedimiento que pacientes menos ansiosos.

Esta circunstancia también es una realidad para la Cirugía Bucal. Hermes y cols. demuestran que los pacientes candidatos a algún procedimiento de Cirugía Bucal o Maxilofacial presentan niveles de ansiedad más altos, cuando son comparados con individuos que tienen que someterse a otros tipos de operaciones como las del sistema gastrointestinal¹³⁴.

Dentro de la Cirugía Bucal, la extracción del tercer molar inferior incluido es un procedimiento invasivo generador de una gran ansiedad en los pacientes que tienen que someterse a ella^{62,108,110}.

Sirin y cols. publicaron un estudio en 2012¹³⁵, en el cual analizaron las intervenciones de Cirugía Bucal realizadas de forma ambulatoria para determinar cuál de ellas es la que producía más miedo y ansiedad a los pacientes. A través de tres escalas, una demográfica y dos de medición de miedo dental (MDAS, *Modified Dental Anxiety Scale* y DFS, *Dental Fear Survey*), realizadas sobre 500 pacientes, concluyeron que, de entre los cinco grupos del estudio (cirugía de tejidos duros, cirugía del tercer molar, cirugía de inserción de implantes, cirugía mucogingival y extracciones de dientes), la cirugía del tercer molar es la que generaba una mayor experiencia temerosa entre los pacientes de la muestra.

Teniendo en cuenta, entonces, la ansiedad que suele rodear a la extracción quirúrgica de un tercer molar incluido, y cómo ésta influye en las percepciones del paciente, el control del dolor y la inflamación que acontecen después de este procedimiento supone un desafío para el clínico, por el gran impacto que genera en la calidad de vida de los pacientes.

Un adecuado conocimiento de estos fenómenos mejoraría la atención al paciente y su grado de satisfacción tras la exodoncia del tercer molar inferior incluido^{136,137}.

El presente trabajo pretende evaluar el papel que desempeña la variable ansiedad del paciente y el tipo de la misma, rasgo o estado, en la recuperación posterior a la cirugía del tercer molar inferior incluido, con la intención de mejorar la evolución del postoperatorio.

En este capítulo, de acuerdo con los objetivos propuestos para la realización de este trabajo, y siguiendo el esquema de los resultados, procederemos a contrastar los datos obtenidos con otros estudios de la literatura.

7.2. DISCUSIÓN DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.2.1. Muestra del estudio

A la hora de plantear nuestra investigación, lo primero que tuvimos que decidir fue la configuración de la muestra de estudio.

En la literatura, las investigaciones acerca de ansiedad y miedo dental se han realizado sobre diferentes grupos. Existen investigaciones que han usado como muestra a pacientes de la población general seleccionados a través de listas o del censo electoral^{67,70,76,138-142}. Otros estudios han usado a grupos de estudiantes, principalmente universitarios¹⁴³⁻¹⁴⁸. Pero la mayoría de los estudios, sobre todo los que relacionan la ansiedad y el miedo dental con la extracción del tercer molar inferior incluido, se han realizado sobre pacientes que acuden a los servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial de clínicas u hospitales universitarios^{62,108-110, 149-155}.

Existe un estudio clásico realizado por Corah y cols.¹⁵⁶ que indica que los sujetos que acuden de forma rutinaria a clínicas universitarias o clínicas privadas, no son representativos de la población general por estar habituados o tener relaciones de confianza con su odontólogo, lo que actuaría disminuyendo los niveles de ansiedad dental, los cuales podrían ser más bajos de lo normal. Sin embargo, la amplia serie de estudios que han usado este grupo de pacientes en sus muestras a lo largo de los años, pensamos que avala la fiabilidad de las mismas.

Basándonos en esto, hemos usado para nuestra muestra a los pacientes que acuden al Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla procedentes del Servicio Andaluz de Salud. Esto quiere decir que todos los pacientes, antes del día de la intervención, han tenido una visita con un cirujano bucal o maxilofacial que ha determinado la indicación de la extracción y le ha entregado un consentimiento informado.

Aunque pueden pasar meses, en algunos casos, desde esta primera consulta y el día de la extracción, se podría valorar la influencia de la misma en la ansiedad de los pacientes. Van Wijk y cols.¹⁰⁸, realizaron un estudio en 2008 en el que analizaron la valoración por los pacientes y el efecto sobre los niveles de ansiedad de los mismos de una consulta previa al día de la extracción. Sus resultados mostraron que los pacientes aceptaban muy positivamente esta consulta previa con un cirujano oral o maxilofacial y que, incluso, cuando los niveles de ansiedad eran muy altos, los pacientes la preferían. Sin embargo, no encontraron resultados significativos sobre la ansiedad ni sobre el dolor referido.

En este sentido y, teniendo en cuenta que es muy raro que un paciente sea sometido a ningún procedimiento de Cirugía Bucal en el mismo día de la consulta sin haber tenido una cita de valoración, nosotros no tuvimos en cuenta la consulta previa al día de la extracción como generadora de más ansiedad en los pacientes.

7.2.2. Influencia del operador

Otro punto a tener en cuenta es que todas las extracciones fueron realizadas en el Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla. Todas las extracciones son realizadas por licenciados en Odontología que se encuentran cursando estudios de postgrado en Cirugía Bucal por una duración de tres años y con la conveniente supervisión. Esta circunstancia se les da a conocer a los pacientes el día de la consulta previa. Hay autores ^{156,157} que incluso dicen que los pacientes que acuden voluntariamente a clínicas universitarias, podrían tener niveles de ansiedad más bajos, ya que las personas con altos niveles de ansiedad dental tienden a evitar el tratamiento o acuden a clínicas privadas. Teniendo esto en cuenta, nosotros pensamos que el hecho de que los pacientes fuesen tratados por alumnos del master no influiría en un incremento de su ansiedad, fundamentalmente por la libertad de elección que tuvieron en todo momento.

7.2.3. Modelo de estudio

La extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores conlleva un cuadro típico de dolor, inflamación y trismo que se ajusta al modelo de dolor inflamatorio agudo para el cual se suelen diseñar los ensayos clínicos de evaluación de fármacos antiinflamatorios y analgésicos. Es por esta razón por la que el tercer molar inferior incluido ha sido utilizado ampliamente como modelo de estudio en numerosas investigaciones acerca del control de esta tríada clásica del postoperatorio de dicha intervención quirúrgica ^{115,116,118,122,126,150,158}.

Pero también es un modelo muy documentado para el estudio de la ansiedad de los pacientes que tienen que ser sometidos a su extracción ^{134-137,143,149,153}. De hecho, como ya hemos visto anteriormente, se trata del procedimiento quirúrgico que con más frecuencia se realiza en las consultas de Cirugía Bucal, y generador de una gran ansiedad, por encima incluso de otras intervenciones de nuestro ámbito ¹³⁵. Por tanto, basándonos en la evidencia científica y en la disponibilidad de pacientes que teníamos, elegimos este procedimiento quirúrgico como el ideal para realizar nuestro estudio.

7.2.4. Ítems postoperatorios

El postoperatorio de la extracción de un tercer molar inferior incluido, aunque puede cursar con complicaciones graves y poco frecuentes como la lesión del nervio dentario inferior^{124,125}, cuenta con complicaciones frecuentes e inherentes al propio procedimiento quirúrgico, como son el dolor, la inflamación y la limitación funcional, las cuales pueden interferir bastante en la calidad de vida de los pacientes^{112,126,135,136}. Resulta muy importante el conocimiento de los factores implicados en la producción y mantenimiento de estas secuelas, tanto como el manejo de los distintos protocolos farmacológicos destinados a combatirlos¹¹².

Teniendo en cuenta que el objetivo de nuestro estudio es evidenciar la influencia entre la ansiedad rasgo y/o la ansiedad estado preoperatoria en la evolución del postoperatorio de los pacientes sometidos a la extracción de terceros molares inferiores incluidos y basándonos en la seguridad de que, siempre, tras la extracción de un tercer molar inferior incluido, se produce, en mayor o menor medida, inflamación y dolor, hemos elaborado un cuestionario de tres ítems para evaluar la evolución postoperatoria de los pacientes de nuestro estudio. Estos ítems son la inflamación, el dolor y el consumo de AINEs.

Dado el carácter subjetivo del dolor, no existe un método objetivo y directo para medirlo. Los métodos diseñados para evaluarlo son subjetivos y se clasifican en unidimensionales (Escala Visual Analógica –EVA) o en multidimensionales (*Mc Gill Pain Questionnaire*, *West Haven-Yale Multidimensional Inventory*). Estos últimos son más complejos y tienen su mayor utilidad para la evaluación del dolor crónico. Para la medición del dolor agudo, que es el que acontece tras la extracción de un tercer molar inferior incluido, el método más empleado es la EVA, que intenta convertir variables cualitativas, como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan, según su gradación, darnos una idea sobre la intensidad del dolor y, por tanto de la analgesia necesaria^{94,159}. Aunque tiene el inconveniente de que en algunos casos, sobre todo de pacientes mayores, no sea cumplimentada adecuadamente, se ha demostrado su eficacia para la valoración del dolor en distintos modelos^{90, 92-94,159, 160}.

Basándonos en los trabajos existentes, en nuestro estudio hemos utilizado, para la medición del dolor postoperatorio, una EVA.

Para valorar y objetivar la inflamación facial postoperatoria, el método más frecuentemente usado en la literatura es el propuesto por Amin y Laskin en 1983¹⁶¹, el cual emplea tres mediciones, expresadas en milímetros, sobre la cara del paciente, empleando distintos puntos de referencia unidos con hilo de seda de sutura de 00.

En nuestro estudio no pretendíamos una valoración objetiva de la inflamación sino un análisis de la sensación subjetiva que tenía el paciente sobre esta variable, para poder relacionarla con la presencia o no de ansiedad rasgo y/o estado, desde el punto de vista del sentimiento del propio paciente y ver si se correspondía con un mayor o menor consumo de AINEs. En este sentido, vimos que la valoración de la inflamación mediante una EVA se ajustaba más a nuestros objetivos. Existen trabajos en la literatura que han usado tanto este tipo de escalas como escalas verbales para medir la inflamación postoperatoria ^{162,163,164,165}.

El dolor y la inflamación postquirúrgicos y su relación con la medicación necesaria para combatirlos se han estudiado ampliamente, sobre todo en estudios de valoración de fármacos realizados tanto en el ámbito dental como en el general ^{116-119,121,122,166,167}. Sin embargo, no hemos encontrado ningún trabajo que analice directamente si una mayor percepción de dolor e inflamación por parte del paciente, condicionada o no por la presencia previa de ansiedad rasgo y/o estado, se traduce en un mayor consumo de AINEs. Por tanto, nos pareció interesante incluir en nuestro estudio el análisis de esta variable.

7.2.5. Evaluación de la ansiedad

Como ya hemos visto previamente, la ansiedad que puede presentar el paciente ante el tratamiento dental y, por tanto, ante la extracción quirúrgica de un tercer molar inferior incluido, supone una cuestión muy importante a la hora de afrontar el postoperatorio, ya que éste va a verse condicionado por la forma que tenga el paciente de vivirlo ^{62,108}. Por tanto, el conocimiento y el manejo de la ansiedad en la actualidad por parte de los cirujanos orales y maxilofaciales es fundamental para garantizar un postoperatorio adecuado.

Los estudios que relacionan la ansiedad del paciente con la evolución del postoperatorio, suelen analizar la ansiedad o el miedo dental a través de alguna de las escalas de medición específicas para la ansiedad dental. La escala de ansiedad dental de Corah (*Corah's Dental Anxiety Scale -DAS*), descrita por primera vez en 1969 ¹⁶⁸ y modificada en 1995 por Humphris y colaboradores ¹⁶⁹ y la escala de miedos dentales de Kleinknecht's (*Kleinknecht's Dental Fear Survey -DFS*), descrita en 1973 ¹⁷⁰, son los métodos de medición de ansiedad y miedo dental más utilizados en la literatura ^{73,75,135,150,153,154,171}, coincidiendo con las recomendaciones del estudio de Newton y Buck ¹⁷² que es el trabajo de revisión de las escalas de ansiedad y miedo dental más extenso y

detallado, por lo que sus conclusiones merecen ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar una investigación en esta área.

Pero esto es para los trabajos que sólo analizan el miedo o la ansiedad dental de forma específica. En 1993, Schuurs y Hoogstraten¹⁷³ consideraron oportuno incluir, junto con las escalas de ansiedad dental, alguna de ansiedad general, ya que la ansiedad rasgo puede influir negativamente en la situación dental, lo cual es una apreciación compartida por otros autores^{170,174,175,176}, en sus investigaciones acerca de la ansiedad y el miedo dental.

La escala de ansiedad general más utilizada es el Test STAI de Spielberger (*State Trait Anxiety Inventory*) o Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo, porque es una escala válida y fiable y muy útil para valorar la ansiedad general de los individuos^{40-42,44,45}.

Existen muchos trabajos que avalan el uso de esta escala, tanto por sí sola como en combinación con las escalas de ansiedad dental.

Martínez de Zaldueño¹⁵⁷ la utilizó para estudiar variaciones en la ansiedad rasgo y estado antes y después del tratamiento dental, y demostró que su uso era de gran utilidad en la detección del paciente con ansiedad general, posiblemente más proclive a la ansiedad dental.

Locker y cols. la usaron en sus múltiples trabajos sobre ansiedad dental sobre diferentes grupos de edad^{67,140,141,176}.

Milgrom la usó junto con la escala DFS en un estudio de la validación cruzada de la escala DFS en el sureste asiático encontrando una buena relación entre los tres componentes de la escala DFS y la ansiedad rasgo¹⁷⁷.

Y también ha sido muy usada para valorar los niveles de ansiedad general rasgo y estado en trabajos realizados sobre pacientes que iban a ser sometidos a la extracción quirúrgica de un tercer molar incluido como en los estudios de Yusa y cols.¹⁴³, Garip y cols.¹⁵¹, Van Wijk y cols.¹⁰⁸ y Lago y cols.^{62,109}, los cuales también encontraron que el sujeto con ansiedad rasgo podría tener mayor tendencia a la ansiedad dental. Para los autores, la escala de ansiedad rasgo-estado STAI resultó ser muy útil para predecir el estado de ansiedad del paciente que va a someterse a una cirugía dental, por lo que recomendaron su uso como arma de gran ayuda para el cirujano oral.

Por todo ello y de acuerdo con la literatura, para captar e identificar al sujeto con ansiedad rasgo o con ansiedad estado en el grupo de nuestra muestra, elegimos el Inventario Spielberger o STAI.

En nuestro caso, no pretendíamos evidenciar la ansiedad dental de forma específica sino sólo relacionar la ansiedad general del paciente con el postoperatorio. Es por esta razón por la que no incluimos en nuestro estudio ninguna escala específica de ansiedad dental como la DAS o la DFS.

7.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

7.3.1. COMPARABILIDAD DE LOS GRUPOS POR ANSIEDAD RASGO O POR ANSIEDAD ESTADO

En nuestro estudio, hemos analizado si existe relación entre el sexo, la edad, el estado civil o la situación laboral de los pacientes y la presencia o no de ansiedad rasgo o de ansiedad estado.

En cuanto al sexo, en nuestro estudio hemos visto que se dan más casos con ansiedad rasgo entre las mujeres de la muestra aunque no hemos obtenido resultados estadísticamente significativos. Para la ansiedad estado también hemos encontrado más casos positivos entre las mujeres pero, esta vez, sí tenemos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,004$). En este sentido, coincidimos con trabajos como el de Martínez y González¹⁵⁷, en el que encuentran mayor prevalencia de la ansiedad rasgo y de la ansiedad estado entre las mujeres, aunque ellos obtienen diferencias estadísticamente significativas en ambos casos.

También Garip y cols.¹⁵¹ en un estudio de la ansiedad preoperatoria en 120 pacientes turcos que necesitaban someterse a la extracción de un tercer molar incluido, encontraron que las mujeres eran significativamente más ansiosas que los hombres.

Otro trabajo es el realizado por Yusa y cols. en 2004¹⁴³, donde usaron el Inventario de Spielberger ó STAI en una muestra de 108 estudiantes universitarios, 71 hombres y 37 mujeres de edad media 22,5 años, a los que se les iba a extraer uno o más de un cordal. Ellos observaron diferencias en ansiedad rasgo y estado para el sexo de los sujetos, siendo mayores los niveles de ansiedad en las mujeres.

Hakeber y cols. en 2001¹⁷⁸, en un estudio para relacionar la ansiedad dental con la ansiedad general, encuentran que la ansiedad rasgo aparece más en los pacientes de sexo femenino.

Barbería y cols. en 2004¹⁴⁴ estudiaron la ansiedad de una muestra de 110 estudiantes de Odontología de ambos sexos de la Universidad Complutense de Madrid durante los cursos de 1º, 3º, y 5º y también encontraron que la ansiedad rasgo era más prevalente en las mujeres que en los hombres.

Lago y cols.⁶² realizaron un estudio en el año 2006, con el propósito de conocer la ansiedad dental de los pacientes a los que se les iba a extraer un cordal y evaluar la posible relación entre ansiedad dental y ansiedad rasgo en dichos pacientes. En cuanto al sexo, también encontraron más casos con ansiedad rasgo en las mujeres del estudio estableciendo diferencias estadísticamente significativas.

Por el contrario, hay otros trabajos que no encuentran diferencias para la ansiedad entre los sexos, como son el de Berggren y Carlsson⁸⁷ y el de Okawa y cols.¹⁵².

Si analizamos la relación entre la ansiedad rasgo o la ansiedad estado y la edad, vemos que en nuestra muestra, el grupo de edad de 34 a 44 años es el que comprende más casos con ansiedad rasgo, con una proporción de 11/8 pero no ha sido un factor determinante para establecer diferencias estadísticamente significativas. Y tampoco las hemos encontrado para la ansiedad estado.

En relación al estado civil, no hemos encontrado diferencias significativas, si bien nuestros datos indican una mayor presencia de la ansiedad rasgo en el grupo de pacientes casados o en unión libre, y una mayor presencia de ansiedad estado en el grupo de pacientes solteros, viudos o separados, sin que estos datos, como decíamos, lleguen a ser concluyentes.

En la situación laboral, sin embargo, tanto la ansiedad rasgo como la ansiedad estado está más presente en el grupo de pacientes que no tiene trabajo. Si bien no son datos estadísticamente significativos, pueden resultar fáciles de explicar si tenemos en cuenta al paciente como un todo, en el que las situaciones que acompañan a su vida en general, juegan un papel fundamental en su modo de vivir una situación estresante como es la extracción de un tercer molar incluido. Seguramente, si repitiéramos el análisis teniendo en cuenta la situación laboral y económica actual en nuestro país, encontraríamos refrendados estos datos.

7.3.2. COMPARABILIDAD POR ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO DE FORMA COMBINADA

Si combinamos los grupos, obtenemos un grupo con ansiedad rasgo, otro con ansiedad estado, otro que presenta los dos tipos de ansiedad y otro que no presenta ninguna. Entre estos cuatro grupos obtenemos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, con una $p=0,038$, con una prevalencia del sexo femenino en el grupo con ansiedad estado, como hemos visto previamente, y en el grupo que presenta tanto ansiedad rasgo como estado. Estos datos coinciden con los que habíamos obtenido al realizar el análisis por separado.

Aunque al analizar la relación entre la ansiedad rasgo o estado de forma separada con la edad del paciente no encontrábamos diferencias estadísticamente significativas, al combinar los grupos vemos que sí aparecen ($p=0,024$). Si miramos más de cerca los datos, las diferencias se encuentran en el grupo de pacientes con ansiedad rasgo y el

grupo de pacientes con ansiedad rasgo y estado. Esto podría indicar que la edad sería un factor a tener en cuenta, cuando un paciente tiene ansiedad como rasgo de personalidad, la cual, le impidiera, con mayor éxito, poner en marcha estrategias de control sobre la ansiedad estado. Podríamos obtener claras implicaciones prácticas, al dotar de mayor importancia la puesta en marcha de pautas ansiolíticas en personas de edad media, siempre que el rasgo de personalidad ansioso estuviera presente, ya que este es el grupo de edad donde se observan estas diferencias.

En relación al estado civil, la proporción de casados y en unión libre es muy alta en el grupo que presenta ansiedad rasgo y estado. De esta forma, el 30% de este grupo se encuadra en este apartado. Mientras, tan sólo el 16% del grupo de solteros, viudos y separados, presentan ambos tipos de ansiedad. Como los resultados no son estadísticamente significativos ($p=0,075$) nos abstendremos de interpretarlos aquí.

Al analizar la situación laboral, también son más numerosos los casos de ansiedad rasgo y estado entre los pacientes que no tienen trabajo. El 50% de este grupo presenta ambos tipos de ansiedad ($p=0,014$), mientras en el resto de grupos, este porcentaje oscila del 15% al 20%. Estos datos coinciden con el análisis entre la ansiedad rasgo o estado de forma separada y la situación laboral de los pacientes, donde vemos que los pacientes en situación de desempleo presentan más ansiedad.

7.3.3. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD RASGO O ANSIEDAD ESTADO EN EL POSTOPERATORIO

Iniciamos este apartado analizando la ansiedad rasgo. En relación al dolor postoperatorio parece que la recuperación es más rápida en el grupo que no presenta ansiedad rasgo, donde vemos que existen diferencias en este valor, de forma significativa, en los días sexto y séptimo de nuestro seguimiento. Los pacientes con ansiedad rasgo refieren un mayor dolor en todas las fases del postoperatorio, pero sólo se establecen diferencias estadísticamente significativas en los días finales, ya que todos los pacientes, con ansiedad o no, sufren las consecuencias inevitables de la intervención. Coincidimos con Lago y cols.¹⁰⁹, los cuales obtuvieron una evolución postoperatoria en cuanto al dolor similar a la nuestra.

Nuestros resultados también son coherentes con los de González-Lemmonier y cols.¹⁷⁹, Vassend¹⁸⁰ y George y cols.¹⁸¹, quienes concluyeron que altos niveles de ansiedad rasgo estaban asociados con una recuperación más pobre.

Ramos y cols.²⁹, en su estudio sobre la influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación postquirúrgica, concluyeron que los sujetos que puntuaban de forma elevada en el test de ansiedad rasgo presentaban un mayor nivel de cortisol en saliva y su recuperación fue peor, en comparación con aquellos otros pacientes que presentaban una baja ansiedad.

También Vallerand y cols.¹⁸² dijeron que la presencia de ansiedad rasgo es un predictor fiable de que el paciente sentirá un mayor dolor postquirúrgico y una peor recuperación pero existen otros autores como Lane y cols.¹³ que no comparten esa opinión.

También se ha sugerido por algunos autores que los sujetos que refieren miedo al dolor o un dolor exagerado tras la intervención, presentan, conjuntamente, altos niveles de ansiedad dental^{183,184,185}.

En este sentido, hay autores como Rudin y cols.¹⁸⁶ que dicen que los pacientes con mayor riesgo de sufrir un dolor severo durante el postoperatorio de la cirugía del tercer molar incluido, pueden identificarse a priori según sus niveles de ansiedad, principalmente de tipo rasgo, haciendo posible el poder establecer terapias analgésicas más agresivas de forma individualizada.

En relación a la inflamación, la diferencia a favor de los pacientes que no presentaban ansiedad rasgo se evidencia sólo en el segundo día postoperatorio, volviendo a coincidir con Lago y cols.¹⁰⁹, los cuales también encontraron una relación entre la ansiedad rasgo y la inflamación menos clara que para el dolor. En este sentido, hay autores como Earl¹⁴⁹ que dicen que la ansiedad rasgo es un un factor poco fiable como predictor del desarrollo de los síntomas postoperatorios. Sin embargo, el consumo de fármacos antiinflamatorios, en nuestra muestra, es notablemente mayor, y significativo, en el grupo con ansiedad rasgo frente al grupo que no la presenta durante toda la semana de seguimiento, lo cual explica perfectamente que se hayan encontrado estas mínimas diferencias a nivel de la inflamación, y las limitadas diferencias encontradas en la variable dolor postoperatorio.

De todo esto y según nuestro estudio, pensamos que la ansiedad, sobre todo la tipo rasgo, debe ser tenida en cuenta porque puede jugar un importante papel en la explicación del dolor postoperatorio, la inflamación y sobre todo el aumento en la toma de medicación. Coincidiendo con autores como González y cols¹⁷⁹.

Como sugieren Hoogenboom y Vielvoye-Kerkmeer¹⁸⁷, nuestros datos indican que el uso y el efecto de los analgésicos administrados después de la extracción de un tercer molar inferior incluido están condicionados por el nivel de ansiedad del paciente. En

nuestro estudio, este hallazgo se observa entre los grupos con ansiedad rasgo positiva y negativa.

En relación a la ansiedad estado, podemos observar claramente en nuestra muestra, que el dolor es mayor en el grupo que presenta ansiedad estado que en el que no la presenta durante todo el periodo de seguimiento. No coincidimos con los resultados de Taenzer y cols.¹⁸⁸ quienes no encontraron asociación entre las medidas de dolor y la presencia de ansiedad estado. Nosotros coincidimos con Vallerand y cols.¹⁸², los cuales encontraron un patrón de comportamiento similar entre los dos tipos de ansiedad en cuanto a la percepción de dolor por parte de los pacientes, entendiendo la ansiedad estado como un factor predictivo del dolor postoperatorio y de la recuperación tras la cirugía bucal y con Scott y cols.¹⁸⁴ quienes concluyeron que niveles bajos de ansiedad estado serían predictores de un resultado favorable.

En relación a la inflamación y a la toma de fármacos, las diferencias son significativas en algunos días del postoperatorio (segundo y tercero). Podríamos decir que, cuando hablamos de ansiedad estado, los pacientes con esta variable positiva no trasladan su ansiedad a una toma mayor de fármacos, tal como hacen los pacientes con ansiedad rasgo, pero sí que presentan un sufrimiento mayor, en cuanto a percepción de dolor, durante toda la semana del postoperatorio.

7.3.4. INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD RASGO Y LA ANSIEDAD ESTADO DE FORMA COMBINADA EN EL POSTOPERATORIO

Cuando nos enfrentamos a los cuatro grupos en que se divide la muestra en este apartado, las diferencias significativas aparecen sobre todo en el dolor postoperatorio, siendo menores en la inflamación y el consumo de fármacos.

A raíz de los datos aportados, parece claro que la ansiedad estado tiene un mayor peso en estos resultados, dado que las mayores cotas de dolor (presentes en el grupo de pacientes con ansiedad rasgo y estado, de forma totalmente lógica) son significativas con el grupo de pacientes que no presentan ansiedad estado. Incluso cuando hay ansiedad rasgo pero no ansiedad estado, esto es suficiente para identificar diferencias significativas. Por el contrario, cuando no hay ansiedad rasgo pero sí ansiedad estado, las diferencias respecto al grupo de valores más altos no son significativas.

Por supuesto, se identifican diferencias significativas en casi todos los días entre el grupo que presenta ambos tipos de ansiedades y el que no presenta ninguna.

En relación a la inflamación, posiblemente por la fragmentación de muestra, no encontramos diferencias significativas entre los cuatro grupos de estudio, si bien la tendencia es clara a que la inflamación es menor en el grupo sin ansiedad.

Tampoco la toma de fármacos disminuyó encontramos un patrón claro de diferencias significativas. Las escasas diferencias se localizan entre el grupo que presenta los dos tipos de ansiedad y el que no presenta ninguna. No obstante, a raíz de las representaciones gráficas, podemos observar la importante influencia de la ansiedad rasgo en esta variable.

Se ha visto que el estrés psicológico puede conllevar muchos efectos físicos como el aumento de la actividad simpático-adrenérgica y la susceptibilidad a la enfermedad⁹. El estrés puede incluso afectar la recuperación física después de la cirugía. Varios estudios reportan que existe una relación entre los factores psicológicos y la recuperación postoperatoria, sin embargo, los resultados no son ni claros ni convincentes^{1,3,12,17,28}.

7.3.5. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO

Kudo y cols.¹⁸⁹, estudiaron la relación existente entre la presencia de ansiedad rasgo o de ansiedad estado y el aumento subjetivo del dolor. Dijeron que los sujetos con ansiedad rasgo tienden a mostrar también ansiedad estado y reaccionan con mucho más dolor ante la toma de una vía venosa que los pacientes que no presentan ansiedad rasgo. Y en su discusión incidían en que, en este sentido, los pacientes con ansiedad rasgo tienden a experimentar un gran estrés durante el tratamiento dental y están más predispuestos a sufrir un mayor grado de dolor que los pacientes que no presentan ansiedad.

Nuestros datos confirman las conclusiones del anterior autor, pues en nuestra muestra, el 66 % de los pacientes con ansiedad rasgo presentaron ansiedad estado, mientras que sólo el 33% de los pacientes sin ansiedad rasgo presentaron ansiedad estado.

7.4. LINEAS FUTURAS

Parece claro, según todos los datos analizados, que la ansiedad incide en cómo se vive el postoperatorio de una intervención quirúrgica y, por tanto, de la extracción de un tercer molar inferior incluido. En el caso de la ansiedad estado, los pacientes que la presentan tienden a presentar unos mayores valores de dolor durante todo el postoperatorio, pese a que las diferencias en la toma de fármacos e inflamación se limitan a unos pocos días. La ansiedad rasgo se relaciona con un postoperatorio más similar entre ambos grupos, pero con un consumo mayor de fármacos en el grupo de pacientes que la presentan.

Es de esperar que en los próximos años se avance en el intento de detectar cuándo nos encontramos ante pacientes de riesgo y en el estudio y puesta en práctica de estrategias que permitan disminuir la ansiedad estado como parte de las acciones encaminadas a mejorar el postoperatorio de nuestros pacientes.

Hägglin y cols.⁷⁰ exponen que los avances tecnológicos en Odontología pueden disminuir la ansiedad.

Por otra parte, otro punto muy importante a tener en cuenta es que el consumo excesivo de fármacos conlleva excesos de tipo económico, que debieran ser controlados para un equilibrio del sistema sanitario. Sería interesante el estudio de la influencia del rasgo de personalidad ansiosa sobre un consumo poco correcto de fármacos y el coste asociado que esto conlleva, así como el planteamiento de posibles vías para su control.

8. CONCLUSIONES

- 1.- La ansiedad rasgo es más frecuente, en nuestra muestra, en las mujeres, de entre 35-44 años, en situación casada o unión libre y sin trabajo (Conclusión referida al objetivo específico nº 1).
- 2.- La ansiedad estado es más frecuente, en nuestra muestra, en las mujeres, de entre 25-34 años, en situación soltera, viuda o separada, y sin trabajo (Conclusión referida al objetivo específico nº 2).
- 3.- La presencia combinada de ansiedad rasgo y ansiedad estado es más frecuente, en nuestra muestra, en las mujeres, entre 35-44 años, en situación de casadas o unión libre y sin trabajo (Conclusión referida al objetivo específico nº 3).
- 4.- La presencia de ansiedad rasgo se relaciona, según nuestros datos, con un mayor dolor en los últimos días del postoperatorio, una mayor inflamación en el postoperatorio temprano (segundo día) y un

mayor consumo de AINEs durante todo el proceso de recuperación
(Conclusión referida al objetivo específico nº 4).

5.- La presencia de ansiedad estado, según nuestros datos, se relaciona con un mayor dolor durante toda la primera semana postoperatoria, pero sólo con una mayor inflamación en el segundo y tercer día. No se relaciona con un mayor consumo de AINEs
(Conclusión referida al objetivo específico nº 5).

6.- La presencia combinada de ansiedad estado y ansiedad rasgo, según nuestros datos, se relaciona con un mayor dolor en los cinco primeros días postoperatorios respecto a los grupos sin ansiedad. No se relaciona con una mayor inflamación ni con una mayor toma de fármacos (Conclusión referida al objetivo específico nº 6).

7.- La existencia de ansiedad rasgo, según nuestros datos, puede considerarse un factor predisponente para presentar ansiedad estado ante la extracción de un tercer molar inferior incluido
(Conclusión referida al objetivo general).

9. RESUMEN

Introducción.- El objetivo de este trabajo fue estudiar la influencia de la ansiedad (estado y rasgo) en la recuperación postoperatoria después de la extracción del tercer molar inferior incluido, para establecer la influencia de cada uno de estos aspectos de la ansiedad en el postoperatorio (de manera independiente y conjunta).

Material y método.- Se realizó un estudio prospectivo de una serie consecutiva de 88 pacientes que se sometieron a extracciones de terceros molares inferiores. Antes de ser provistos de cualquier información sobre la operación, los pacientes debían completar el inventario de ansiedad de Spielberger State-Trait — rasgo y estado. Hemos evaluado el dolor y la inflamación postoperatoria a través de una escala visual analógica (EVA) de 10 puntos que el paciente completó en casa cada día (aproximadamente a la misma hora del día en que tuvo lugar la operación) hasta el día ocho después de la cirugía, cuando se retiró la sutura.

Resultados.- En cuanto a las variables postoperatorias estudiadas, obtuvimos diferencias significativas en el consumo de AINEs entre los grupos de ansiedad rasgo positivos y negativos. Se encontraron sólo diferencias puntuales en relación al dolor y a la inflamación.

Discusión.- En el presente estudio, la ansiedad, así como el tipo de ansiedad, presentó un efecto significativo en el dolor postoperatorio y en la toma de analgésicos.

ABSTRACT

Introduction.- The aim of this work was to study the influence of anxiety (both state and trait) in postoperative recovery after extraction of third molar together, to establish the role of each of the aspects of anxiety in the results you obtained in an independent and complementary way.

Material and Method.- We performed a prospective study of a consecutive series of 88 patients who underwent lower third molar extractions. Before being provided with any information about the operation, patients were asked to complete the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory— Trait and State. We have evaluated postoperative swelling and pain, patients completed a 10-point visual analog scale (VAS) at home each day (at approximately the same time of day as the operation) until day 8 after surgery, when the sutures were removed.

Results.- Regarding postoperative variables between positive and negative trait anxiety groups, consumption of analgesic drugs was higher in positive trait anxiety group in a statistically significant way, while these differences were detected only on specific occasions regarding pain and swelling.

Discussion.- In the present study, anxiety was taken into account and showed a significant effect in explaining postoperative pain and taking analgesics.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ahmed SM, Lemkau JP, Hershberger PJ. Psychosocial influences on health. En: Rakel RE, editor. Textbook of Family Medicine. 8th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011.
- 2.- Bitran S, Barlow DH, Spiegel DA. Generalized anxiety disorder. En: Gelder MG, Andreasen MG, Lopez-Ibor JJ, Geddes JR, editors. New Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2009. p. 729–739.
- 3.- Osborn TM, Sandler NA. The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation. *Anesth Prog.* 2004; 51:46-51.
- 4.- Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la conducta dental. *Rev Andal Odontol Estomatol.* 2002; 12:21-4.
- 5.- Márquez JA, Navarro MC, Cruz D, Gil J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?. *RCOE* 2004; 9(2):165-174.
- 6.- Eli LL. Oral Psychophysiology. Stress, Pain and Behavior in Dental Care. Boca Raton, Florida: CRC Press; 1992.
- 7.- Cooper CI, Watts J, Kelly M. Job satisfaction, mental health and job stressors among general dental practitioners in the UK. *Br Dent J* 1987; 162: 77-81.
- 8.- Abrahamsson KH, Bergren U, Hakeberg M, Carlsson SG. Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 273- 9.
- 9.- Cohen S, Fiske J, Newton T. The impact of dental anxiety on daily living. *Research Behavioural Dentistry.* 2000; 189 (7): 385-390.
- 10.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (22ª ed.) Madrid 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
- 11.- Beck Y, Emery G, Greenberg R. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Nueva York: Basic Books.1985.
- 12.- Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology.* 1993; 44: 1-21.
- 13.- Lane RD, Reinman EM, Ahern GL, Schwartz GE y Davidson RJ. Neuroanatomical correlates of happiness, sadness, and disgust. *American Journal of Psychiatry.* 1997; 7: 926-933.

- 14.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10.
- 15.- Cano A. Ansiedad normal y ansiedad patológica. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés – SEAS (SEDE WEB). 2011. (Acceso 10 Abril 2013). Disponible en: <http://www.ansiedadestres.org/>.
- 16.- Goncálvez F. En Trastornos de ansiedad en Atención primaria: Depresión y ansiedad. Madrid: International Marketing of Communications S.A.; 2003. p. 13-14.
- 17.- Blomqvist M, Ek U, Fernell E, Holmberg K, Westerlund J, Dahllöf G. Cognitive ability and dental fear and anxiety. *Eur J Oral Sci.* 2013; 121(2):117-20.
- 18.- López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
- 19.- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry.* 2005; 62(6):617–627.
- 20.- Marrs JA. Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 2006; 10(3): 319-22.
- 21.- Gross C, Hen R. The development origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience.* 2005; 5:545-552.
- 22.- Battaglia M, Ogliari A. Anxiety and panic: from human studies to animal research and back. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2005; 29:169-179.
- 23.- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June W, Goldstein RB, Smith SM, Saha TD, Hang B. Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine.* 2005; 35:1747–1759.
- 24.- Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Salud Mental del Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS). Formato papel 2001. Formato electrónico 2008. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf>.

- 25.- Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urtiaga M, Calabuig J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de Atención Primaria. *Atención Primaria*. 1999; 24:569-78.
- 26.- APA: American Psychological Association. Trastornos de la ansiedad. El papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz (SEDE WEB). 2010. Consultado 12 Abril 2013. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>.
- 27.- Lemon J, Edelman S. Psychological adaptation to ICDs and the influence of anxiety sensitivity. *Psychol Health Med* 2007; 12:163-71.
- 28.- Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J* 2007; 85:589-604.
- 29.- Ramos MI, Cardoso MJ, Vaz F, Torres MD, García F, Blanco G, González EM. Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36(3):133-137.
- 30.- Gordillo F, Arana JM, Mestas L. Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam* 2011; 4(3): 228-233.
- 31.- Ulrico RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984; 224:420-1.
- 32.- Kulik J, Mahler HIM. Effects of preoperative roommate assignment on preoperative anxiety and recovery from coronary- bypass surgery. *Health Psychol*. 1989; 8:221-38.
- 33.- Moi J, Casas JM, López E, Quintana C, Ribera C, Gil A. Facilitación de la recuperación posquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. *Rev Calid Asist*. 1993; 8:13-17.
- 34.- Leserman J, Stuart EM, Mamish ME, Benson H. The efficacy of the relaxation response in preparing for cardiac surgery. *Behav Med*. 1989; 7:111-7.
- 35.- Auerbach SM, Martinelli MF, Mercury LG. Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *J Person Soc Psychol*. 1986;44:1284-96.
- 36.- American Psychiatric Association. Trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento. Barcelona: Medical Trends; 2000. p. 89-90.
- 37.- Fernández C, Martín MD, Miguel F. Miedo, Ansiedad y Fobia Dental: Definiciones, Prevalencia y Antecedentes. *Ansiedad y Estrés* 1995; 1: 93-104.

- 38.- Pastor J. La ansiedad secundaria en un paciente con trastorno de pánico. *Apuntes de Psicología* 2008; 26(1):103-116.
- 39.- Bousoño M, Sáiz PA, González MP, Bobes J. Protocolo diagnóstico de los estados de ansiedad. *Medicine* 1999; 7(106): 4969-4971.
- 40.- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto (CA): Consulting Psychologist Press; 1970.
- 41.- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1983.
- 42.- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual. Madrid: TEA; 1982
- 43.- Groth G. *Handbook of Psychological Assessment*. 5th ed. New Jersey. 2009. p:530.
- 44.- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual STAI Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo. 6a Edición. TEA Ediciones S.A. 2002.
- 45.- Oei TP, Evans L, Crook GM. Utility and validity of the STAI with anxiety disorder patients. *Br J Clin Psychol* 1990; 29:429-32.
- 46.- Martín C, Pedrosa R, Herrero JJ, Luna JD; Ramirez P, Sáez JM. Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Atención primaria*. 2003; 31:39-46.
- 47.- Chocrón L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*.1995; 16:586-593.
- 48.- The European Opinion Research Group. The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. (SEDE WEB). Brussels 2003. (Acceso 19 mayo 2013). Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf
- 49.- Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Journal Psychiatry*. 2006; 51:100–113.
- 50.- Katon W, Roy-Byrne P. Anxiety disorders: efficient screening is the first step in improving outcomes. *Annals of Internal Medicine*. 2007; 146:390-391.
- 51.- Fistorazzi A, Rodríguez AL, Andrés J. Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes en una población rural. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina* (SEDE WEB) 2008. (Acceso 19 Mayo 2013). Disponible en :
http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista184/2_184.pdf

- 52.- Connolly SD, Bernstein GA. Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46:267-283.
- 53.- Pigott TA. Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26:621-672.
- 54.- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*. 2006; 126(12):445-51.
- 55.- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4ª ed. Am Psychiatric Association. Washington DC: APA; 1994.
- 56.- Organización mundial de la salud, CIE-10. 1992.
- 57.- Schatzberg AF. Overview of anxiety disorders: prevalence, biology, course, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1991; 52:5-9.
- 58.- McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:15-20.
- 59.- Keller MB. The long-term clinical course of generalised anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(8):11-16.
- 60.- García A. Ansiedad. En: *la salud.com*. España 2004. (Acceso 6 Junio 2013). Disponible en: <http://www.lasalud.com/pacientes/ansiedad.htm>.
- 61.- NIMH: National Institute Mental Health. Trastornos de ansiedad. 2009. (Acceso 6 Junio 2013). Disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/index.shtml>.
- 62.- Lago L, Diniz M, Senra C, Seoane C, Gándara JM, García A. Dental Anxiety Before Removal of a Third Molar and Association With General Trait Anxiety. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:1404-1408.
- 63.- Locker D, Thomson W, Poulton R. Psychological disorder, conditioning experiences and the onset of dental anxiety in early adulthood. *J Dent Res* 2001; 80(6): 1588-92.
- 64.- Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behav Res Ther* 1977. 15: 375-87.
- 65.- Weiner A, Sheehan DV. Etiology of dental anxiety: Psychological trauma or CNS chemical imbalance? *Gen Dent* 1990; 38: 39-43.

- 66.- Milgrom P, Weinstein P, Kleinknecht RA, Getz T: Treating fearful dental patients: A clinical handbook. Reston, VA, Reston Publishing Co; 1985. p. 139-140.
- 67.- Locker D, Lidell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. Behaviour Research and Therapy 1999; 37: 25-37.
- 68.- Armfield JM. A preliminary investigation of the relationship of dental fear to other specific fears general fearfulness, disgust sensitivity and harm sensitivity. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36: 128-136.
- 69.- Locker D, Thomson WM, Poulton R. Onset of and patterns of change in dental anxiety in adolescence and early adulthood: a birth cohort study. Community Dent Health 2001; 18: 99-104.
- 70.- Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hallstrom T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middle- aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. J Dent Res 1999; 78: 1655-61.
- 71.- Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. J Minim Interv Dent 2009; 2(1): 237-248.
- 72.- Economu GC. Dental Anxiety and Personality: Investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. J Dent Educ 2003: 67; 970-80.
- 73.- González M, Ezpeleta I, Heredia M, Malpartida Z, Núñez L, Trepiana R. Reacción de ansiedad de los hombres y mujeres al tratamiento dental. Psiquis 1999; 20: 111-114.
- 74.- Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: Who's afraid of the dentist? Aust Dent J 2006; 51: 78-85.
- 75.- Rodríguez G, Martínez A, Caballero J, Barranquero M. Patrones de comportamiento en el consultorio dental. Rev Eur Odontoestomatol 1991; 3(2): 131-134.
- 76.- Doerr P, Lang P, Nyquist L, Ronis D. Factors associated with dental anxiety. J Am Dent Assoc 1998; 129: 1111-1119.
- 77.- Caycedo C, Cortés O, Gama R, Rodríguez H, Colorado O. Ansiedad al tratamiento odontológico: Características y diferencias de género. Suma Psicológica. 2008; 15(1): 259-278.
- 78.- Quteish Taani DS. Dental anxiety and regularity of dental attendance in younger adults. J Oral Rehabil 2002; 29: 604-8.
- 79.- Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety: An epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. J Oral Rehabil 2006; 33: 588- 93.

- 80.- Hakeberg M, Klingberg G, Noren JG, Berggren U. Swedish dentists' perceptions of their patients. *Acta Odontol Scand.* 1992; 50: 245.
- 81.- Skaret E, Berg E, Raadal M, Kvale G. Reliability and validity of the dental satisfaction questionnaire in a population of 23- years-olds in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004; (32): 25-30.
- 82.- Álvarez M, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas.* 2006; 6(1): 1-21.
- 83.- Pizano M, Bermúdez L. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. I: Evaluación del paciente e indicación de la técnica. *Revista de la Asociación Dental Mexicana.* 2004; 61(5): 165-170.
- 84.- Gow M. Hypnosis with A 31-Year-Old Female With Dental Phobia Requiring an Emergency Extraction. *British Society of Experimental & Clinical Hypnosis.* 2006; 23(2): 83-91.
- 85.- Gow M. Hypnosis with A Blind 55-Year- Old Female With Dental Phobia Requiring Periodontal Treatment and Extraction. *British Society of Experimental & Clinical Hypnosis.* 2006; 23(2): 92-100.
- 86.- Carrillo J, Álvarez C, García T, Pernia I. Odontología de baja agresividad: esto ya es el presente. *Gaceta Dental.* 2005; 1(162):106-26.
- 87.- Berggren U, Hakeberg M, Carlsson S. Relaxation vs. cognitively oriented therapies for dental fear. *Journal of Dental Research.* 2000; 79 (9):1645-1652.
- 88.- Serrano MS, Caballero J, Cañas A, García PL, Serrano C, Prieto J. Valoración del dolor (I). *Rev Soc Esp Dolor.* 2002; 9:94-108.
- 89.- Romero MM^a, Herrero M, Gutiérrez JL. Manejo del postoperatorio. Medidas pre e intraoperatorias. En: Romero MM, Gutiérrez JI, Torres D (dir.), *El Tercer Molar Incluido.* 2^a Ed. Sevilla, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2012; 231-243.
- 90.- Muñoz JM. Manual de dolor agudo postoperatorio. Comisión Hospital sin Dolor. Hospital universitario La Paz. Madrid. Ed. Ergón 2010.
- 91.- Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2:1127-1131.
- 92.- Hjerstad M, Fayers PM, Hangen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, Fainsinger R, Aass N, Kaasa S . Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2011; 41(6):1073-1094.

- 93.- Dones I, Messina G, Nazzi V, Franzini A. A modified visual analogue scale for the assessment of chronic pain. *Neurol Sci.* 2011; 32:731-3.
- 94.- Kersten P. The use of the Visual Analogue Scale (VAS) in rehabilitation outcomes. *J Rehabil Med* 2012; 44:609-610
- 95.- Laskin DM. *Cirugía Bucal y Maxilofacial*. Buenos Aires: Panamericana, 1987.
- 96.- Calatrava L. *Lecciones de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial*. Madrid; Oteo, 1979.
- 97.- Donado M. *Cirugía Bucal. Patología y Técnica*. 2ª Ed. Madrid; Masson, 1998.
- 98.- Gay-Escoda C, Berini L. *Cirugía Bucal*. Madrid; Ediciones Ergón S.A., 1999.
- 99.- Asian E, Conde MD. El Tercer Molar Incluido. Generalidades. En: Romero MM, Gutiérrez JI, Torres D (dir.), *El Tercer Molar Incluido*. 2ª Ed. Sevilla, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2012; 17-28.
- 100.- Berten-Cieszynki JL, Schmelzeisen R, Schwarz M. The surgical exposure of impacted and ectopic teeth in the secondary dentition. 1. Orthodontic indication and prognosis. *Dtsch Zahnarztl Z* 1987; 42(3): 167-170.
- 101.- López-Arranz JS, García A. *Cirugía Oral*. Madrid. Ed. Interamericana, 1991: 281-322.
- 102.- Archer WH. *Oral and Maxilofacial Surgery*. 5ª Ed. Philadelphia: W Saunders, 1975.
- 103.- Dacha SF, Howell FV. A surgery of 3874 routine fullmouth radiographs: II.a study of impacted teeth. *J Oral Maxillofac* 1961; 14: 1165-1169.
- 104.- Martín M, Loughney A, Fernández M. Estudio metaanalítico de la exodoncia del tercer molar. *J Am Dent Assoc.* 2012; 7(2): 87-92.
- 105.- Gay C, Piñera M, Velasco V, Berini L. Cordales incluidos. Patología, clínica y tratamiento del tercer molar incluido. En: Gay Escoda C, Berini Aytés L (eds.). *Tratado de Cirugía Bucal*. Tomo I. Madrid: Ergón; 2004. p. 355-85.
- 106.- Recio C, Heras M, Pérez B. Manifestaciones clínicas de las inclusiones de cordales. En: Romero MM, Gutiérrez JI, Torres D (dir.), *El Tercer Molar Incluido*. 2ª Ed. Sevilla, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2012; 29-47.
- 107.- Almendros N, Berini L, Gay C. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102: 725-732.
- 108.- Van Wijk A, Lindeboom J. The effect of a separate consultation on anxiety levels before third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105:303-7.

- 109.- Lago L, Diniz M, Senra C, Seoane G, Gándara J, García A. Postoperative recovery after removal of a lower third molar: Role of trait and dental anxiety. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 108(6):855-860.
- 110.- Waseem J et al. Third molar surgery: the patient's and the clinician's perspective. *International Archives of Medicine*. 2009; 2:32.
- 111.- Soler J, Coscolín E, Ellacuría J, Roig J, Rodríguez G. Reacciones psicológicas al tratamiento dental. *Rev Eur Odontoestomatol* 2003; XV(1): 15-18.
- 112.- Romero MM^a, Herrero M, Torres D, Gutiérrez JL. Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Una aproximación racional. *RCOE* 2006; 11(2): 205-215.
- 113.- Riera CJ, Gargallo J, Herráez Jm, Berini L, Gay C. Sedación consciente mediante benzodiazepinas en Cirugía Bucal. *Anales de Odontoestomatología*. 1998; 2: 53-64.
- 114.- Romero MM^a, Serrano A. Manejo del postoperatorio. Medidas postoperatorias. En: Romero MM, Gutiérrez JI, Torres D (dir.), *El Tercer Molar Incluido*. 2^a Ed. Sevilla, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2012; 245-266.
- 115.- Ong C, Lirk P, Tan J, Sow B. The analgesic efficacy of intravenous versus oral tramadol for preventing postoperative pain after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(8):1162-1168.
- 116.- Morse Z, Tump A, Kevelham E. Ibuprofen as a preemptive analgesic is as effective as rofecoxib for mandibular third molar surgery. *Odontology* 2006; 94(1): 59-63.
- 117.- Petkas Z, Sener M, Bayram B Eroglu T, Bozdogan N, Donmez A, Arslan G, Uckan S. A comparison of preemptive analgesic efficacy of diflunisal and lornoxicam for postoperative pain management: a prospective, randomized, single-blind, crossover study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007; 36(2):123-127.
- 118.- Aznar L, Harutunian K, Figueiredo R, Valmaseda E, Gay C. Effect of preoperative ibuprofen on pain and swelling after lower third molar removal: a randomized controlled trial. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 41(8):1005-9
- 119.- Gay C, Planas E, Donado M, Martínez JM, Artigas R, Torres F et al. Eficacia analgésica de dosis bajas de dexketoprofeno en el modelo de dolor dental. *Clin Drug Invest* 1996; 11:320-330.
- 120.- Gutiérrez JL, Bagán JV, Bascones A, Llamas R, Llena J, Noguero B, Planeéis P, Prieto J, Salmerón JI. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11:119-136.

- 121.- Daniels S, Reader S, Berry P, Goulder M. Onset of analgesia with sodium ibuprofen, ibuprofen acid incorporating poloxamer and acetaminophen a single-dose, double-blind, placebo-controlled study in patients with post-operative dental pain. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009; 65(4):343-53.
- 122.- Jain N, Maria A. Randomized double blind comparative study on the efficacy of ibuprofen and aceclofenac in controlling postoperative sequelae after third molar surgery. *J Maxillofac Oral Surg.* 2011; 10(2):118-22.
- 123.- Recio C, Romero MM^a, Serrano A, Gómez de la Mata J, Gutiérrez JL. Los efectos gastrointestinales como complicación del uso de AINE en odontoestomatología. Un enfoque preventivo. *Arch Odontoestomatol* 2005; 21(3):181-188.
- 124.- Blaeser BF, August MA, Donoff RB, Kaban LB, Dolson TB. Panoramic radiographic risk factors for inferior alveolar nerve injury after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 417-21
- 125.- Ziccardi VB, Zuniga JR. Nerve Injuries After Third Molar Removal. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2007; 19: 105-115.
- 126.- Santana T, Souza JA, Martins PR, da Silva LC, de Oliveira ED, Gomes AC. Prediction of postoperative facial swelling, pain and trismus following third molar surgery based on preoperatives variables. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 1:18(1): 65-70.
- 127.- Kvale G, Berggren U, Milgrom P. Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:250–64.
- 128.- Hägglin C, Hakeberg M, Ahlqwist M, Sullivan M, Berggren U. Factors associated with dental anxiety and attendance in middleaged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:451–60.
- 129.- Eli I, Schwartz D, Baht R, Ben H. Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14:115–8.
- 130.- Weisenberg M. Cognitive aspects of pain and pain control. *Int J Clin Exp Hypn* 1998; 46:44-61.
- 131.- Rhudy JL, Meaguer MW. Fear and anxiety: Divergent effects on human pain thresholds. *Pain* 2000; 84: 65-75.
- 132.- Keogh E, Ellery D, Hunt C, Hannent I. Selective attentional bias for pain related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain* 2001; 91: 91-100.
- 133.- Werner MU, Duun P, Kehlet H. Prediction os postoperative pain by preoperative nociceptive responses to heat stimulation. *Anesthesiology* 2004; 100: 115.

- 134.- Hermes D, Matthes M, Saka B. Treatment anxiety in oral and maxillofacial surgery. Results of a German multicentre trial. *J Craniomaxillofac Surg* 2007;35:316–21.
- 135.- Sirin Y, Humphris G, Sencan S, Firat D. What is the most fearful intervention in ambulatory oral surgery? Analysis of an outpatient clinic. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41: 1284–1290.
- 136.- Colorado M, Valmaseda E, Berini L, Gay C. Quality of life following lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35(4): 343-347.
- 137.- Shugars DA, Gentile MA, Ahmad N, Stavropoulos MF, Slade GD, Phillips C, Conrad SM, Fleuchans PT, White RP. Assessment of Oral Health–Related Quality of Life Before and After Third Molar Surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:1721-1730.
- 138.- Navarro C, Ramírez R. Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicol Conductual* 1996; 4: 79-95.
- 139.- Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brodsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(5): 292-296.
- 140.- Locker D, Liddell, Dempster L, Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res* 1999; 78(3): 790-796.
- 141.- Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(2):144-51.
- 142.- McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 67-72.
- 143.- Yusa H, Onizawa K, Hori M, Takeda S, Takeda H, Fukushima S, Yoshida H. Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 23- 27.
- 144.- Barbería E, Fernández Frías C, Suárez-Clúa C, Saavedra D. Analysis of anxiety variables in dental students. *Int Dental J* 2004; 54: 445-449.
- 145.- Al-Omari WM, Al-Omari MK. Dental anxiety among university students and its correlation with their field of study. *J Appl Oral Sci* 2009; 13(3): 199-203
- 146.- Acharya S, Sangam DK. Dental anxiety and its relationship with self-perceived health locus of control among Indian dental students. *Oral Health Prev Dent*. 2010; 8(1):9-14.

- 147.- Shaikh MA, Kamal A. Over dental anxiety problems among university students: perspective from Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011; 21(4):237-8.
- 148.- Halonen H, Salo T, Hakko H, Räsänen P. Association of dental anxiety to personality traits in a general population sample of Finnish University students. *Acta Odontol Scand*. 2012; 70(2):96-100.
- 149.- Earl P. Patient's anxieties with third molar surgery. *British J Oral Maxillofac Surg* 1994; 32: 293-297.
- 150.- Bell GW, Kelly PJ. A study of anxiety, and midazolam-induced amnesia in patients having lower third molar teeth extracted. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38(6):596-602.
- 151.- Garip H, Abali O, Göker K, Göktürk U, Garip Y. Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 42(6):551-4.
- 152.- Okawa K, Ichinohe T, Yuzuru K. Anxiety may enhance pain during dental treatment. *Bull Tokio Dent Coll* 2005; 46(3): 51-58.
- 153.- Van Wijk AJ, de Jongh A, Lindeboom JA. Anxiety sensitivity as a predictor of anxiety and pain related to third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68(11):2723-9.
- 154.- Mobilio N, Gremigni P, Pramstraller M, Vecchiatini R, Calura G, Catapano S. Explaining pain after lower third molar extraction by preoperative pain assessment. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69(11):2731-8.
- 155.- Brasileiro BF, de Bragança RM, Van Sickels JE. An evaluation of patients' knowledge about perioperative information for third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 70(1):12-8.
- 156.- Corah NL, Gale E, Illig S. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978; 97: 816-819.
- 157.- Martínez JR, González A. Ansiedad en el paciente estomatológico. Estudio y valoración de 65 casos. *Rev Española Estomatol* 1981; 259-266.
- 158.- Esteller V, Paredes J, Valmaseda E, Berini L, Gay C. Eficacia analgésica del diclofenaco sódico vs ibuprofeno después de la extracción quirúrgica de un tercer molar inferior incluido. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9:444-53.
- 159.- Puig MM, Montes A, Marrugat J. Management of postoperative pain in Spain. *Acta Anesthesiol Scand* 2001; 45: 465-467.

- 160.- López C, Martínez JM, Donado M. Analgesic efficacy of diclofenac versus methylprednisolone in the control of postoperative pain after surgical removal of lower third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:432-39.
- 161.- Amin MM, Laskin DM. Prophylactic use of indomethacin for prevention of postsurgical complications after removal of impacted third molars. *Oral Surg* 1983; 55:448-51.
- 162.- Olmedo MV, Vallecillo M, Gálvez R. Relación de las variables del paciente y de la intervención con el dolor y la inflamación postoperatorios en la exodoncia de los terceros molares. *Med Oral* 2002; 7:360-9.
- 163.- González H, Peñarrocha M, Guarinos J, Balaguer J. Pain and inflammation in 41 patients following the placement of 131 dental implants. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:258-63.
- 164.- López MP, Camacho F. Comparación del dolor y la inflamación tras la eliminación de leucoplasias orales con láser de CO₂ y bisturí frío. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18(3): 169-175.
- 165.- Christensen J, Matzen LH, Schou S, Væth M, Wenzel A. Is thermography useful for assessment of postoperative inflammation after surgical removal of mandibular third molars when methylprednisolone is administered and how does it correlate with patients' perception of swelling? *J Oral Maxillofac Surg* 2013; 5(13): 1227-5.
- 166.- Olmedo MV, Gálvez R, Vallecillo M. Comparación paralela doble ciego de dosis múltiples de ketorolaco, ketoprofeno y placebo administrados por vía oral a pacientes con dolor dental postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9:23-30.
- 167.- Hernández ML. Manejo del dolor postoperatorio: Experiencia terapéutica en Unidad de terapia quirúrgica dental del Hospital General de México. *Enseñanza de la Anestesiología* 2008; 31(1): 246-251.
- 168.- Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969; 48: 596.
- 169.- Humphris GM, Morrisson T, Lindsay S. The modified dental anxiety scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health* 1995; 12: 143-150.
- 170.- Kleinknecht RA, Keplac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973; 86: 842.
- 171.- De Jongh A, Van Wijk A, Lindeboom JA. Psychological impact of third molar surgery: A 1-month prospective study. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69:59-65.
- 172.- Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 1449-1457.

- 173.- Schuurs A, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 329- 339.
- 174.- Gale E. Fears of the dental situation. *J Dent Res* 1972; 51: 964-6.
- 175.- Stouthard M E A, Hoogstraten J. Rating of fears associated with twelve dental situations. *J Dent Res* 1987; 66(6): 1175-1178.
- 176.- Locker D, Liddell A. Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent. Res* 1991; 70(3): 198-203.
- 177.- Milgrom P, Kleinknecht R, Elliott J, Hsing L, Choo-Soo T. A cross cultural validation of the dental fear survey in south East Asia. *Behav Res Ther* 1990; 28(3): 227-233.
- 178.- Hakeberg M, Hägglin C, Berggren U, Carlsson SG. Structural relationships of dental anxiety, mood, and general anxiety. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 99-103.
- 179.- González S, Bovaira M, Peñarrocha M, Peñarrocha D. Relationship between preoperative anxiety and postoperative satisfaction in dental implant surgery with intravenous conscious sedation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15:379-82.
- 180.- Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther* 1993; 31:659-66.
- 181.- George JM, Scoot DS, Turner SP, Gregg JM. The effects of psychological and physical trauma on recovery from oral surgery. *J Behav Med* 1980; 3:291-310.
- 182.- Vallerand WP, Vallerand AH, Heft M. The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52:1165-70.
- 183.- Maggiri J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:151-9.
- 184.- Scott LE, Clum GA, Peoples JB. Preoperative predictors of postoperative pain. *Pain* 1983; 15:283-93.
- 185.- Van Wijk J, Hoogstraten J. Experience with dental pain and fear of dental pain. *J Dent Res* 2005; 84:947-50.
- 186.- Rudin A, Ericksson L, Liedholm R, List T, Werner MU. Prediction of postoperative pain after mandibular third molar surgery. *J Orofac Pain* 2010; 24: 189-196.
- 187.- Hoogenboom LJ, Vielvoye-Kerkmeier APE. Relief of pain due to surgical extraction of the third molar. *Pain* 1984;18:109.

- 188.- Taenzer P, Melzack R, Jeans ME. Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain* 1986; 24:331-42.
- 189.- Kudo M, Ooke H, Kawai T, Kato M, Kokubu M, Shinya M. The relationship between trait anxiety and pain sensation. Anxiety and pain levels at puncture and cannulation in high anxiety state volunteers. *J Jpn Dent Soc Anesthesiol* 2000; 28: 587-593.

11. ANEXOS

ANEXO I

Modelo de consentimiento por escrito

Título del estudio: “Ansiedad estado versus ansiedad rasgo. Influencia en el postoperatorio de pacientes sometidos a extracción de terceros molares inferiores incluidos”

Yo, (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del participante

ANEXO II

STAI

(Escala de **ansiedad rasgo** del test de Stai)

Apellidos y nombre: Edad:.....Sexo:.....

Profesión:.....Estado Civil:.....Fecha:.....

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para definirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que mejor indique cómo se SIENTE Ud. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente. Muchas gracias.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
	0	1	2	3
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme rápido	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo hacer las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o las dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos	0	1	2	3

sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ANEXO III

STAI

(Escala de ansiedad estado del test de Stai)

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para definirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que mejor indique cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente. Muchas gracias.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
	0	1	2	3
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Me siento tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento a gusto	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasegado	0	1	2	3
14. Me siento muy atado	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANEXO IV

Med Oral Patol Oral Cir Bucal

ISI Journal Citation Reports® Ranking: 2012: 53/83 (Dentistry, Oral Surgery & Medicine)

JCR Impact Factor: 1.017

2013-12-01

Reference: 19604

Title: INFLUENCE OF STATE ANXIETY AND TRATE ANXIETY IN POSTOPERATIVE IN ORAL SURGERY

Dr. Daniel Torres-Lagares

Email: danieltl@us.es

www.medoral.es

Dear Dr,

Thank you for submitting your article for our consideration.

Your above referenced article with the following authors: Daniel Torres-Lagares, Concha Recio-Lora, Gonzalo Ruiz-de-Leon-Hernandez, Pilar Hita-Iglesias, Maria-Angeles Serrera-Figallo, Juan-Jose Segura-Egea, Jose-Luis Gutierrez-Perez , has been evaluated by the reviewers. We are happy to inform you that they have recommended accepting the manuscript for publication in Medicina Oral Patologia Oral Cirugia Bucal.

We follow acceptance by date-order to establish the final publication of a manuscript.

We will publish the article according to the reviewers exact recommentations. We will only make minor changes, for example, any spelling mistakes, e.t.c.

This article will be first published in the AHEAD OF PRINT [AOP] version in PUBMED MEDLINE. Then, after some months, we will publish your article with full reference of the year, volume and page.

We very much appreciate your interest in our publication.

Yours sincerely.

Professor Jose V. Bagan

Editor Med Oral Patol Oral Cir Bucal

Indexed in: SCI-JCR, INDEX MEDICUS, MEDLINE, PUBMED, EMCARE, EMBASE, SCOPUS, IME