Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

Ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026

Tesis presentada por:

Arias Huamani, Joel Josehp

ORCID: 0009-0009-1812-1605

para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Asesora:

Mgter. Caceres Bellido, Lenia Victoria Teresa

ORCID: 0009-0008-3846-1108

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 18 de Septiembre del 2026

Dictamen: 015831-C-EPO-2026

Visto el borrador del expediente 015831, presentado por:

2020824311 - ARIAS HUAMANI JOEL JOSEHP

Titulado:

ANSIEDAD DENTAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

CIRUJANO DENTISTA

29238358 - SALAS ROJAS MONICA HILDA CLEOFE
DICTAMINADOR

29649041 - ZEVALLOS CHAVEZ MARCO ANTONIO
DICTAMINADOR

42198922 - GALLEGOS MISAD PEDRO PABLO
DICTAMINADOR

Ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%	10%	8%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	4%
2	Submitted to Universidad del Valle de Guatemala Trabajo del estudiante	3%
3	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

DEDICATORIA

Dedico este importante logro, antes que nada, a Dios, por iluminar mi camino, brindarme fortaleza en los momentos de dificultad y darme la oportunidad de alcanzar una de las metas más significativas de mi vida. A mis padres, quienes han sido mi principal motivación y mi apoyo incondicional. Gracias por cada esfuerzo, por sus enseñanzas, por sus consejos y por confiar siempre en mí. Su amor y dedicación fueron fundamentales para no rendirme y continuar luchando por mis sueños. Este logro es, sin duda, también de ustedes. A mi familia, por acompañarme a lo largo de este proceso, por sus palabras de aliento, su cariño y por estar conmigo tanto en los momentos de alegría como en aquellos que representaron mayores desafíos. Finalmente, dedico este trabajo a todas aquellas personas que estuvieron presentes durante este recorrido y que, de alguna manera, aportaron su apoyo, confianza y motivación para que pudiera alcanzar esta meta. Con todo mi cariño y gratitud, dedico este logro a quienes hicieron posible que hoy pueda ver realizado uno de mis grandes sueños

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por haberme acompañado durante todo este camino, brindándome la fuerza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para afrontar cada obstáculo y seguir adelante a pesar de las dificultades. A mis padres y a toda mi familia, les agradezco profundamente por su cariño, apoyo y confianza incondicional. Gracias por estar presentes en cada etapa de este proceso, por motivarme cuando más lo necesitaba y por enseñarme, con su ejemplo, que los sueños pueden alcanzarse cuando se trabaja con dedicación, esfuerzo y perseverancia. Este logro es también fruto de su apoyo y, por ello, lo comparto con ustedes. A mis docentes, mi más sincero agradecimiento por cada enseñanza, por su dedicación, paciencia y por haber aportado valiosos conocimientos que han sido fundamentales para mi crecimiento tanto profesional como personal. Finalmente, agradezco a mis amigos y compañeros por haber compartido conmigo esta importante etapa, por cada experiencia, por los momentos vividos y por el apoyo brindado. Sin duda, cada uno de esos momentos quedará como un recuerdo especial de este camino que hoy llega a una meta muy importante.

EPÍGRAFE

La excelencia no consiste en hacer cosas extraordinarias, sino en hacer las cosas ordinarias con extraordinario cuidado.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la re1ación entre la ansiedad dental y la calidad de vida re1acionada con la salud bucal (CVRB) en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026. Materiales y métodos: Estudio de tipo básico, de diseño no experimental, transversal y corre1acional. La muestra estuvo conformada por 150 estudiantes universitarios de una universidad privada de Arequipa, se1eccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó e1 Índice de Ansiedad y Miedo Dental (IDAF-4C+) para medir la ansiedad dental y e1 Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14) para medir la CVRB en sus siete dimensiones. Dado que las variables no presentaron distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov, $p<0,05$), se empleó e1 coeficiente Rho de Spearman para e1 análisis de corre1ación, con un nive1 de significancia de 0,05. Resultados: E1 57,3% de los estudiantes presentó ansiedad dental severa, e1 41,3% ansiedad moderada y e1 1,3% ausencia de ansiedad o ansiedad leve. Respecto a la CVRB, e1 93,3% presentó un nive1 medio de impacto, e1 4,7% un nive1 alto y e1 2,0% un nive1 bajo. Se encontró una re1ación directa, débil y estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la CVRB general (Rho=0,241; p=0,003). Al analizar las dimensiones específicas, se hallaron re1aciones directas y significativas con la limitación funcional (Rho=0,210; p=0,010) y con la incapacidad psicológica (Rho=0,204; p=0,012), mientras que no se encontraron re1aciones estadísticamente significativas con e1 dolor físico, e1 malestar psicológico, la incapacidad física, la incapacidad social ni la minusvalía ($p>0,05$ en todos los casos). Conclusiones: Existe una re1ación directa, débil y estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la calidad de vida re1acionada con la salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, aunque esta asociación se manifiesta de manera diferenciada según la dimensión analizada, siendo más consistente en los componentes funcional y psicológico de la CVRB.

Palabras clave: ansiedad dental, calidad de vida relacionada con la salud bucal, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Objective: To determine the re1ationship between dental anxiety and oral health-re1ated quality of life (OHRQoL) in university students in Arequipa, 2026. Materials and methods: This was a basic, non-experimental, cross-sectional, corre1ational study. The sample consisted of 150 university students from a private university in Arequipa, se1ected through non-probability convenience sampling. The Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+) was applied to measure dental anxiety, and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) was applied to measure OHRQoL across its seven dimensions. Since the variables did not present a normal distribution (Kolmogorov-Smirnov test, $p<0.05$), Spearman's Rho coefficient was used for corre1ation analysis, with a significance leve1 of 0.05. Results: 57.3% of students presented severe dental anxiety, 41.3% moderate anxiety, and 1.3% no anxiety or mild anxiety. Regarding OHRQoL, 93.3% presented a medium leve1 of impact, 4.7% a high leve1, and 2.0% a low leve1. A direct, weak, and statistically significant re1ationship was found between dental anxiety and overall OHRQoL (Rho=0.241; p=0.003). When analyzing specific dimensions, direct and significant re1ationships were found with functional limitation (Rho=0.210; p=0.010) and psychological disability (Rho=0.204; p=0.012), while no statistically significant re1ationships were found with physical pain, psychological discomfort, physical disability, social disability, or handicap ($p>0.05$ in all cases).Conclusions: There is a direct, weak, and statistically significant re1ationship between dental anxiety and oral health-re1ated quality of life in university students in Arequipa, although this association manifests differently depending on the dimension analyzed, being more consistent in the functional and psychological components of OHRQoL.

Keywords: dental anxiety, oral health-related quality of life, university students.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. Pregunta de investigación 3
2. Justificación 3
3. Objetivos 5
   3.1. Objetivo general 5
   3.2. Objetivos específicos 5
4. Hipótesis 6
5. Marco conceptual 7
   5.1. Ansiedad dental 7
   5.2. Antecedentes investigativos 19

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO 26

1. Diseño metodológico 26
2. Muestra 26
3. Variables 28
4. Procedimientos 31
5. Análisis estadístico 32
6. Consideraciones éticas 33
7. Recursos 33
   7.1. Recursos humanos 33

7.2. Recursos materiales 33
7.3. Recursos tecnológicos.....34
7.4. Recursos económicos.....34
CAPÍTULO III. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 35
1. Resultados.....35
2. Discusión 54
3. Conclusiones.....58
4. Recomendaciones.....59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....60

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 TABLA DE VARIABLES 30
TABLA 2 ANSIEDAD DENTAL 35
TABLA 3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL 36
TABLA 4 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN LIMITACIÓN FUNCIONAL 38
TABLA 5 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN DOLOR FÍSICO 39
TABLA 6 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN MALESTAR PSICOLÓGICO 40
TABLA 7 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN INCAPACIDAD FÍSICA 42
TABLA 8 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN INCAPACIDAD PSICOLÓGICA 43
TABLA 9 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN INCAPACIDAD SOCIAL 44
TABLA 10 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN MINUSVALÍA 46
TABLA 11 PRUEBAS DE NORMALIDAD 47
TABLA 12 CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL 48
TABLA 13 CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y LIMITACIÓN FUNCIONAL 49
TABLA 14 CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y DOLOR FÍSICO 49
TABLA 15 CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y MALESTAR PSICOLÓGICO 50
TABLA 16 CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL E INCAPACIDAD FÍSICA 51
TABLA 17 CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y INCAPACIDAD PSICOLÓGICA 51
TABLA 18 CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y INCAPACIDAD SOCIAL 52
TABLA 19 CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y MINUSVALÍA 53

INTRODUCCIÓN

La ansiedad dental es una de 1as condiciones psicológicas más frecuentes en el contexto odontológico, y su impacto trasciende 1a esfera clínica para afectar de manera directa 1a calidad de vida re1acionada con 1a salud bucal (CVRB) de quienes 1a padecen. En 1a población universitaria, esta problemática cobra especial relevancia debido a la confluencia de factores como las elevadas cargas académicas, el acceso limitado a servicios de salud y los cambios en los hábitos de autocuidado propios de esta etapa de vida, lo que convierte a los estudiantes en un grupo particularmente vulnerable al deterioro de su bienestar bucal.

Diversos estudios internacionales han documentado 1a asociación entre 1a ansiedad dental y el deterioro de la CVRB, evidenciando que quienes experimentan mayores niveles de ansiedad tienden a evitar 1a atención odontológica, lo que perpetúa un ciclo de deterioro progresivo de la salud bucal. Sin embargo, en el contexto peruano, y particularmente en la ciudad de Arequipa, la evidencia disponible sobre 1a relación entre ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal continúa siendo limitada, especialmente en pob1ación universitaria adulta, lo que mantiene una brecha de conocimiento relevante para el ámbito odontológico.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre 1a ansiedad dental y 1a calidad de vida relacionada con 1a salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa durante el año 2026, empleando para ello dos instrumentos validados: el Índice de Ansiedad y Miedo Dental (IDAF-4C+) y el Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14). El estudio busca además analizar esta re1ación de manera dimensional, examinando cómo 1a ansiedad dental se vincu1a específicamente con 1a limitación funcional, el dolor físico, el malestar psicológico, la incapacidad física, la

incapacidad psicológica, 1a incapacidad social y las desventajas que conforman 1a CVRB.

El presente documento se estructura en tres capítulos. El Capítulo I aborda el p1anteamiento teórico, incluyendo 1a determinación del problema, 1a justificación, los objetivos, el marco conceptual, los antecedentes investigativos y 1a hipótesis de estudio. El Capítulo II desarrol1a el p1anteamiento operacional, describiendo el diseño metodológico, 1a pob1ación y muestra, 1as técnicas e instrumentos empleados, el p1an de análisis estadístico y 1as consideraciones éticas. Finalmente, el Capítulo III presenta los resultados obtenidos, junto con la discusión, las conclusiones y las recomendaciones derivadas del estudio.

Se espera que los hallazgos de esta investigación contribuyan a generar evidencia local que oriente el diseño de estrategias preventivas y de manejo de la ansiedad dental en el contexto universitario, favoreciendo así una mejor calidad de vida relacionada con la salud bucal en esta pob1ación.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Pregunta de investigación

¿Existe relación entre 1a ansiedad denta1 y la calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026?

2. Justificación

La origina1idad de 1a presente investigación radica en ana1izar conjuntamente 1a ansiedad denta1 y 1a calidad de vida re1acionada con 1a salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, empleando el Índice de Ansiedad y Miedo Dental (IDAF-4C+) y el Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14). A diferencia de investigaciones que han evaluado estas variables en otros contextos pob1acionales, el presente estudio examina además 1a re1ación de 1a ansiedad dental con 1as siete dimensiones de 1a CVRB: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Este abordaje permite generar evidencia específica en pob1ación universitaria y ampliar el conocimiento sobre 1a manera en que 1a ansiedad dental se re1aciona con diferentes componentes de 1a calidad de vida vinculada con la salud bucal (1).

Desde e1 punto de vista científico, 1a presente investigación aporta evidencia sobre 1a re1ación entre un componente psicológico, como 1a ansiedad dental, y 1a calidad de vida re1acionada con 1a sa1ud buca1 en adu1tos jóvenes. El estudio de esta asociación resulta relevante debido a que 1a ansiedad frente a 1a atención odontológica puede re1acionarse con conductas de evitación, malestar emocional y una percepción menos favorable de 1a salud bucal. En estudiantes universitarios, esta re1ación adquiere especial interés debido a 1as características propias de esta etapa de vida y a 1a necesidad de comprender cómo los factores psicológicos pueden vincu1arse con 1as dimensiones funcionales, físicas,

psicológicas y sociales de 1a CVRB. El análisis mediante instrumentos específicos como el IDAF-4C+ y el OHIP-14 permite obtener evidencia útil para fortalecer el conocimiento en el campo de 1a odontología psicosocial y 1a salud bucal universitaria (2).

La relevancia social de 1a presente investigación se sustenta en que 1a ansiedad dental puede influir en 1a disposición de 1as personas para acudir oportunamente a 1a atención odontológica, favoreciendo conductas de postergación o evitación que pueden repercutir en su bienestar bucal. En 1a pob1ación universitaria, esta situación adquiere especial importancia debido a que se trata de adultos jóvenes expuestos a exigencias académicas y cambios en sus hábitos de autocuidado, factores que pueden afectar 1a regu1aridad de 1a atención preventiva. Por ello, identificar 1a re1ación entre 1a ansiedad denta1 y 1a ca1idad de vida re1acionada con la sa1ud buca1 permitirá disponer de información útil para orientar acciones de promoción, prevención y atención odontológica dirigidas a estudiantes universitarios, especialmente en aquellos que presenten mayores niveles de ansiedad frente al tratamiento dental (3).

El interés por desarrol1ar 1a presente investigación surgió de 1a observación de que algunos pacientes jóvenes manifiestan temor, nerviosismo o conductas de evitación frente a 1a atención odontológica, situaciones que pueden dificultar 1a asistencia periódica a consulta y el mantenimiento adecuado de 1a salud bucal. Desde 1a formación profesional en Odontología, resultó relevante profundizar en esta problemática desde una perspectiva biopsicosocial, considerando no so1amente 1as manifestaciones de ansiedad frente al tratamiento, sino también su posible re1ación con el bienestar y 1as actividades cotidianas de los estudiantes universitarios. En este sentido, estudiar conjuntamente 1a ansiedad denta1 y 1a calidad de vida re1acionada con 1a salud buca1 permite fortalecer 1a comprensión de un problema clínico que requiere considerar tanto los aspectos odontológicos como los psicológicos y conductuales del paciente (4).

La investigación fue viable desde e1 punto de vista operativo debido a que se contó con acceso a estudiantes universitarios de una institución privada de Arequipa y con las condiciones necesarias para la aplicación presencial de los instrumentos. Asimismo, el IDAF-4C+ permitió evaluar la ansiedad dental mediante un instrumento de aplicación breve y de carácter multidimensional, que considera componentes cognitivos, fisiológicos, emocionales y conductuales relacionados con la atención odontológica. Su utilización en población universitaria ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas, lo que respaldó su empleo en el presente estudio (5).

De igual manera, el OHIP-l4 constituyó un instrumento viable para eva1uar 1a ca1idad de vida relacionada con la sa1ud buca1, debido a su extensión breve y a que permite valorar siete dimensiones mediante 14 ítems. Su utilización en estudiantes universitarios ha evidenciado propiedades psicométricas adecuadas, lo que sustenta su aplicación en este tipo de población. Los costos relacionados con la aplicación de los cuestionarios, procesamiento de los datos y elaboración del informe fueron asumidos por el investigador, y se contó con los recursos materiales y el tiempo necesarios para completar las diferentes etapas del estudio (6).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la ansiedad dental y la calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

3.2. Objetivos específicos

Analizar 1a relación entre 1a ansiedad denta1 y 1a limitación funciona1 en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

Analizar 1a re1ación entre 1a ansiedad dental y el dolor físico en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

Analizar 1a relación entre la ansiedad dental y el malestar psicológico en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

Analizar 1a relación entre la ansiedad dental y la incapacidad física en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

Analizar 1a relación entre la ansiedad dental y la incapacidad psicológica en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

Analizar 1a relación entre la ansiedad dental y la incapacidad social en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

Analizar 1a relación entre la ansiedad dental y la minusvalía en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

4. Hipótesis

Hipótesis alternativa (H_1):

Existe relación estadísticamente significativa entre 1a ansiedad dental y 1a calidad de vida relacionada con 1a salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

Hipótesis nula (H_0):

No existe relación estadísticamente significativa entre 1a ansiedad dental y 1a calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

5. Marco conceptual

5.1. Ansiedad dental

5.1.1. Definición y características

La ansiedad dental puede entenderse como una respuesta emocional que surge cuando 1a persona percibe 1a atención odontológica como una situación amenazante. Esta reacción puede manifestarse tanto antes de acudir a consulta como durante 1a realización de procedimientos clínicos y expresarse a través de preocupación anticipatoria, inseguridad, tensión emocional y diversas respuestas fisiológicas vinculadas al temor. Su intensidad no es uniforme, ya que puede variar según las características personales, 1as experiencias odontológicas previas y 1a manera en que cada individuo interpreta el tratamiento al que será sometido (4).

Su naturaleza es multidimensional, debido a que comprende la interacción de componentes cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales. En el plano cognitivo pueden aparecer ideas negativas, pensamientos anticipatorios o expectativas desfavorables respecto de la consulta; mientras que, a nivel fisiológico, pueden presentarse signos de activación corporal, tensión muscular o sensación de malestar. Desde el componente conductual, estas respuestas pueden traducirse en la postergación de citas o en la evitación de la atención profesional, lo que puede afectar la continuidad del cuidado de la salud bucal (4).

Las manifestaciones de la ansiedad dental pueden adoptar distintas formas durante la experiencia odontológica. Entre ellas se encuentran la anticipación de procedimientos considerados dolorosos, las reacciones físicas asociadas al estrés y las conductas orientadas a aplazar la consulta. Cuando estos elementos se presentan de manera conjunta,

pueden disminuir la disposición del paciente para recibir tratamiento y favorecer comportamientos de evitación frente a los servicios odontológicos (7).

Por ello, la ansiedad dental no debe considerarse únicamente como un temor momentáneo ante un procedimiento determinado, sino como un fenómeno más amplio que puede influir en la conducta del paciente y en la forma en que se relaciona con la atención de su salud oral. Los procesos anticipatorios asociados a esta condición pueden modificar la percepción del tratamiento, propiciar el retraso de la consulta y contribuir a que permanezcan necesidades odontológicas sin atender (8).

Si bien la ansiedad dental constituye una respuesta específica frente a situaciones relacionadas con la atención odontológica, su análisis dentro de poblaciones universitarias debe considerar la presencia de otros factores psicológicos que pueden influir en la experiencia individual de ansiedad. En estudiantes universitarios, las manifestaciones ansiosas pueden estar relacionadas con diversos factores personales y conductuales, por lo que la evaluación de este fenómeno requiere reconocer que los estados emocionales se desarrollan dentro de un contexto amplio de características individuales y estilos de vida (9).

Desde una perspectiva psicológica, la ansiedad dental puede comprenderse como una respuesta emocional compleja en la que intervienen procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales frente a estímulos relacionados con la atención odontológica. Wide y Hakeberg señalan que esta condición puede mantenerse mediante mecanismos de aprendizaje y evitación, donde las experiencias negativas previas incrementan la percepción de amenaza y favorecen conductas de alejamiento del tratamiento dental. Este modelo permite comprender que la ansiedad dental no depende únicamente del

procedimiento odontológico, sino también de la interpretación subjetiva que realiza el paciente sobre la situación (4).

Prevalencia global y diferencias sociodemográficas

La ansiedad y el temor asociados a la atención odontológica representan fenómenos frecuentes dentro de la población adulta. De acuerdo con una revisión sistemática acompañada de metaanálisis, que integró datos provenientes de más de 72 mil participantes, se estimó que aproximadamente el 15,3 % de 1a pob1ación evaluada presentó algún grado de ansiedad o miedo dental. Asimismo, dicho análisis evidenció que 1as manifestaciones de mayor intensidad, correspondientes a niveles altos o severos, tuvieron una menor proporción de aparición. Además, se identificaron diferencias en 1a presencia de esta condición según variables sociodemográficas como el sexo, 1a edad y 1as características del instrumento empleado para su valoración (10).

La expresión de 1a ansiedad dental no depende exclusivamente de 1a situación clínica inmediata, sino que puede estar condicionada por antecedentes individuales y experiencias acumu1adas a lo 1argo de 1a vida del paciente. En este sentido, los tratamientos odontológicos percibidos como desagradables, la valoración desfavorable del propio estado bucal y la asistencia al servicio odontológico únicamente ante 1a presencia de dolor constituyen factores re1acionados con mayores niveles de ansiedad. Por ello, 1a identificación de estos antecedentes resulta relevante para que el profesional odontólogo pueda anticipar posibles dificultades durante 1a atención y establecer estrategias de manejo adaptadas a 1as necesidades del paciente (3).

5.1.1.1. Etiología y modelo del ciclo vicioso

La aparición de 1a ansiedad dental responde a 1a interacción de diversos elementos individuales y re1acionados con 1a experiencia odontológica del paciente. Entre los factores más relevantes se encuentran los antecedentes negativos durante tratamientos previos, el temor anticipado al dolor, 1a sensación de pérdida de control durante 1a atención y determinadas respuestas psicológicas frente a situaciones percibidas como amenazantes. Cuando estas respuestas emocionales generan conductas de evitación o retraso en 1a asistencia odontológica, se incrementa la posibilidad de acumu1ar necesidades de tratamiento, favoreciendo la progresión de las alteraciones bucales y la necesidad de intervenciones posteriormente más compleja (4).

La dinámica descrita se explica mediante el denominado ciclo de evitación asociado a 1a ansiedad dental, en el cual el temor inicial hacia la consulta odontológica conduce al ap1azamiento de la atención profesional. Esta conducta puede ocasionar un deterioro progresivo del estado oral, aumentando 1a probabilidad de requerir procedimientos de mayor complejidad que, a su vez, refuerzan la percepción negativa del tratamiento y mantienen el patrón de evitación. Desde esta perspectiva, 1as estrategias orientadas a fortalecer la comunicación clínica, brindar información anticipada y favorecer 1a sensación de control del paciente representan elementos relevantes para disminuir 1a respuesta ansiosa durante 1a atención odontológica (11).

Asimismo, el mantenimiento de 1a ansiedad dental puede estar condicionado por 1a memoria de experiencias odontológicas desfavorables, especialmente aquel1as vincu1adas con episodios dolorosos, falta de comunicación profesional o percepción de un manejo inadecuado durante 1a consulta. Estas vivencias pueden modificar 1as

expectativas del paciente frente a futuros procedimientos, incrementando 1a sensación de amenaza y favoreciendo respuestas de rechazo o postergación. Por esta razón, la exploración de los antecedentes odontológicos individuales constituye un aspecto importante para comprender tanto el inicio como 1a permanencia de esta condición emocional (3).

5.1.1.2. Instrumento de evaluación: IDAF-4C+

La medición de 1a ansiedad dental puede realizarse mediante diversos instrumentos psicométricos, entre los cuales se encuentra el Índice de Ansiedad y Miedo Dental (IDAF-4C+). Este instrumento fue diseñado para valorar 1a ansiedad odontológica desde una perspectiva multidimensional, considerando manifestaciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales. Su módulo principal está integrado por ocho reactivos evaluados mediante una esca1a tipo Likert de cinco opciones de respuesta, permitiendo establecer el nivel de intensidad de 1a ansiedad experimentada por el individuo frente a situaciones re1acionadas con 1a atención dental (1).

Además del componente principal, el IDAF-4C+ incorpora módulos adicionales destinados a ampliar 1a evaluación del fenómeno ansioso. El módulo re1acionado con fobia dental permite identificar características asociadas a respuestas intensas de temor, mientras que el módulo de estímulos específicos examina situaciones particu1ares capaces de generar mayor incomodidad o preocupación en el paciente. Entre estos estímulos pueden incluirse elementos como agujas, percepción de dolor, pérdida de control, incertidumbre sobre el procedimiento y características propias de 1a interacción odontólogo-paciente. 1a valoración conjunta de estos componentes proporciona una comprensión más completa de las manifestaciones asociadas a la ansiedad durante la atención odontológica (5).

5.1.1.3. Diferenciación entre ansiedad, miedo y fobia dental

La ansiedad dental corresponde a una respuesta anticipatoria caracterizada por preocupación, tensión emocional y activación fisiológica frente a una situación odontológica futura. A diferencia del miedo dental, que aparece como respuesta inmediata ante un estímulo específico identificado, la ansiedad suele presentarse antes del contacto con dicho estímulo y puede estar relacionada con pensamientos anticipatorios negativos. Por otro lado, la fobia dental representa una forma más intensa y persistente de temor, capaz de generar conductas de evitación significativa e interferencia en la vida cotidiana del individuo (5).

5.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud bucal

5.1.2.1. Concepto e importancia

La calidad de vida re1acionada con la salud bucal representa una aproximación integral que permite analizar 1a manera en que 1as condiciones presentes en 1a cavidad oral repercuten en 1a vida cotidiana del individuo. Este constructo considera 1a apreciación personal del paciente respecto a 1as limitaciones funcionales, alteraciones emocionales y dificultades sociales derivadas de problemas dentales o bucales, incorporando aspectos que pueden no ser evidenciados mediante una evaluación exclusivamente clínica (12).

El análisis de 1a calidad de vida re1acionada con 1a condición oral proporciona información complementaria a los indicadores odontológicos convencionales, debido a que incorpora 1a percepción subjetiva de quienes experimentan 1as consecuencias de una alteración bucal. En este sentido, pacientes con características clínicas semejantes pueden presentar respuestas diferentes respecto al impacto generado en sus actividades diarias, bienestar psicológico y re1aciones interpersonales. Por ello, su evaluación permite

obtener una visión más amplia sobre 1as repercusiones reales que tienen 1as enfermedades bucales en 1a vida de 1as personas (13).

Asimismo, 1a percepción del bienestar oral no está determinada únicamente por factores clínicos individuales, sino también por condiciones sociales, económicas y re1acionadas con el acceso a los servicios de salud. 1as dificultades para recibir atención odontológica de manera oportuna pueden favorecer 1a progresión de enfermedades, incrementar 1a presencia de necesidades acumu1adas y modificar 1a valoración que realiza 1a persona sobre su propia salud bucal. En consecuencia, el estudio de 1a calidad de vida re1acionada con la salud bucal requiere considerar la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la experiencia del cuidado odontológico (14).

5.1.2.2. Instrumento de evaluación: OHIP-14

La valoración del impacto que generan 1as condiciones orales sobre 1a vida diaria puede realizarse mediante el Oral Health Impact Profile en su versión abreviada de 14 reactivos (OHIP-14), instrumento que permite examinar siete dimensiones re1acionadas con 1as repercusiones funcionales, físicas, psicológicas y sociales de 1a salud bucal. Cada dimensión se encuentra conformada por dos preguntas re1acionadas con situaciones que pueden presentarse como consecuencia de problemas en los dientes o 1a boca (6).

Los catorce ítems del OHIP-14 se responden mediante cinco alternativas de frecuencia, desde nunca hasta siempre. 1a puntuación total puede variar entre 0 y 56 puntos, y los valores más elevados representan una mayor frecuencia de impactos negativos asociados con 1a salud bucal. Su extensión breve facilita la aplicación en investigaciones con población universitaria y permite valorar no solo aspectos físicos, sino también consecuencias psicológicas y sociales vinculadas con la condición bucal (6).

El OHIP-14 se fundamenta en el modelo conceptual de impacto de la salud oral desarrollado para evaluar cómo las alteraciones bucales pueden generar consecuencias progresivas en diferentes niveles de la vida del individuo. Desde esta perspectiva, los problemas orales no solo producen síntomas físicos, sino que pueden afectar funciones básicas, generar malestar emocional, limitar actividades sociales y modificar la percepción general del bienestar. Por ello, este instrumento permite valorar la repercusión subjetiva de la salud bucal desde una perspectiva integral (13).

5.1.2.3. Dimensiones del OHIP-14

La dimensión de limitación funcional evalúa dificultades relacionadas con funciones orales como la pronunciación de palabras y la percepción del sabor de los alimentos. Por su parte, la dimensión de dolor físico considera la presencia de dolor en la boca y las molestias que pueden experimentarse durante la alimentación. Ambas dimensiones permiten identificar repercusiones de la condición bucal sobre actividades funcionales básicas de la persona (6).

La dimensión de malestar psicológico comprende la preocupación, tensión o nerviosismo relacionado con problemas en los dientes o la boca. La incapacidad física considera situaciones en las que la condición bucal puede ocasionar cambios o interrupciones durante la alimentación. Estas dimensiones permiten valorar repercusiones que no siempre pueden identificarse únicamente mediante un examen clínico, debido a que incorporan la percepción que tiene el propio individuo sobre las dificultades que experimenta en su vida cotidiana (15).

La incapacidad psicológica incluye dificultades para descansar y sentimientos de vergüenza asociados con problemas bucales, mientras que la incapacidad social considera

situaciones que pueden afectar la interacción con otras personas y la realización de actividades habituales. Finalmente, la dimensión de minusvalía valora el impacto más general de la salud bucal sobre la satisfacción con la vida y la posibilidad de desenvolverse con normalidad. En conjunto, estas dimensiones permiten obtener una valoración amplia de las repercusiones funcionales, psicológicas y sociales asociadas con la salud bucal (16).

5.1.2.4. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en población universitaria

La población universitaria constituye un grupo de interés para el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, debido a que durante esta etapa pueden presentarse cambios en los hábitos de alimentación, higiene, descanso y utilización de los servicios de salud. Asimismo, las exigencias académicas y las condiciones propias de la vida universitaria pueden relacionarse con el bienestar físico y psicológico de los estudiantes. En universitarios de Arabia Saudita se encontró asociación entre indicadores de salud mental y mayores puntuaciones en el OHIP-14, lo que evidencia la importancia de considerar los factores psicológicos al evaluar la CVRB en este grupo poblacional (17).

La etapa universitaria representa un periodo en el que convergen cambios personales, académicos y sociales que pueden influir en el bienestar integral de los estudiantes. Durante esta etapa, factores relacionados con los estilos de vida, alimentación, actividad física y demandas académicas pueden asociarse con la presencia de síntomas psicológicos como ansiedad y depresión, los cuales pueden modificar la percepción del bienestar y las prácticas de autocuidado. En estudiantes universitarios peruanos se ha evidenciado la presencia de síntomas ansiosos y depresivos asociados con características individuales y hábitos de vida, resaltando la importancia de abordar la salud del estudiante desde una perspectiva integral que considere aspectos físicos y psicológicos (18).

Asimismo, la etapa universitaria representa un periodo en el que pueden modificarse conductas relacionadas con la salud debido a factores académicos, sociales y personales. Estos cambios pueden influir en la frecuencia de controles odontológicos, hábitos de higiene y percepción del bienestar bucal. Estudios realizados en estudiantes universitarios han demostrado que la calidad de vida relacionada con la salud bucal presenta relación con factores psicológicos y conductuales, evidenciando la importancia de evaluar la salud oral desde una perspectiva multidimensional (17).

En estudiantes universitarios de Medicina y Odontología también se ha estudiado específicamente la relación entre ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal. Los estudiantes que presentaron ansiedad dental mostraron un mayor impacto en la CVRB en comparación con aquellos sin ansiedad. Estos resultados respaldan la pertinencia de estudiar ambas variables en población universitaria, aunque la intensidad de su relación puede variar según las características de los participantes y los métodos empleados en cada investigación (1).

5.1.3. Relación entre ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal

5.1.3.1. Mecanismos de asociación

El vínculo entre la respuesta ansiosa frente a la atención odontológica y el impacto percibido de la salud oral se explica principalmente por cambios conductuales derivados del temor al tratamiento. La postergación de consultas, la reducción de controles preventivos y la acumulación de necesidades odontológicas pueden generar consecuencias funcionales y emocionales que modifican la percepción del bienestar bucal (4).

La relación entre ansiedad y calidad de vida no depende únicamente de la presencia de síntomas psicológicos, sino también de la interacción con hábitos, conductas preventivas y percepción individual del estado de salud. En estudiantes universitarios, la ansiedad puede asociarse con modificaciones en comportamientos relacionados con el autocuidado y el bienestar general, por lo que su evaluación requiere considerar un enfoque amplio que integre aspectos emocionales y conductuales. Este enfoque permite comprender que la salud bucal no se desarrolla de manera aislada, sino dentro de un contexto donde intervienen múltiples factores personales y sociales (9).

La evitación odontológica representa uno de los principales mecanismos mediante los cuales la ansiedad dental puede influir indirectamente sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Cuando la persona evita o posterga la consulta, puede producirse una disminución de las medidas preventivas y un retraso en el tratamiento de problemas existentes, generando mayores repercusiones funcionales, psicológicas y sociales. En este sentido, la ansiedad dental debe considerarse no solo como una respuesta emocional ante la consulta, sino como un factor relacionado con patrones conductuales que pueden modificar la experiencia del individuo respecto a su salud bucal (3).

Asimismo, la relación entre ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal puede estar influenciada por la interacción entre miedo odontológico, abandono del cuidado preventivo y presencia de necesidades acumuladas de tratamiento. Rahmah et al. señalaron que la ansiedad dental puede coexistir con ansiedad generalizada y negligencia odontológica, generando un mayor impacto negativo sobre la percepción de la salud oral y el bienestar cotidiano (19).

También existe un componente psicológico en la relación entre ambas variables. La preocupación anticipada por la consulta, el temor al dolor y la percepción de falta de control pueden presentarse junto con conductas de descuido de la salud bucal y una percepción menos favorable del bienestar relacionado con la boca. En población adulta se ha encontrado asociación entre ansiedad generalizada, ansiedad dental, negligencia en el cuidado dental y mayores puntuaciones en instrumentos que evalúan el impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida (19).

En estudiantes universitarios, la asociación entre ansiedad dental y CVRB también ha sido documentada. En una investigación realizada con estudiantes de Medicina y Odontología, la presencia de ansiedad dental se relacionó con un mayor impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida. Este hallazgo resulta especialmente pertinente para la presente investigación, debido a que permite sustentar el análisis de ambas variables en una población joven y universitaria sin asumir una relación causal entre ellas (1).

5.1.3.2. Implicaciones para la práctica odontológica

La identificación de la ansiedad dental durante la atención puede ayudar al odontólogo a reconocer a los pacientes que requieren un abordaje más cuidadoso antes y durante los procedimientos. Una comunicación clara, la explicación previa de lo que se realizará y la posibilidad de que el paciente exprese sus temores pueden favorecer una mejor adaptación a la consulta. También resulta importante reducir la sensación de pérdida de control, ya que este aspecto puede influir en la intensidad del miedo frente al tratamiento odontológico (4).

En población universitaria, evaluar la ansiedad dental junto con la calidad de vida relacionada con la salud bucal puede aportar información útil para orientar actividades

preventivas y educativas. La detección de estudiantes con mayor temor frente a la atención odontológica puede facilitar la promoción de controles periódicos y el desarrollo de estrategias de acompañamiento durante la consulta. Estos aspectos adquieren relevancia porque la ansiedad dental puede relacionarse con una mayor afectación de la calidad de vida bucal en estudiantes de Medicina y Odontología (1).

5.1.3.3. Evidencia empírica de la relación entre ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal

La evidencia reciente demuestra que la ansiedad dental presenta una asociación significativa con la calidad de vida relacionada con la salud bucal en población universitaria. Heyeraas et al. evidenciaron que los estudiantes con mayores niveles de ansiedad dental presentaron mayores impactos negativos en la CVRB, incluso considerando la significancia clínica de dichos efectos. Estos hallazgos permiten comprender que la ansiedad dental no constituye únicamente una reacción emocional frente al tratamiento odontológico, sino una condición que puede relacionarse con la percepción del bienestar bucal y con la experiencia cotidiana del estudiante frente a su salud oral (1).

5.2. Antecedentes investigativos

5.2.1. Antecedentes internacionales

En Libia, Ab Malek et al. analizaron 1a influencia de 1a ansiedad odontológica sobre 1a percepción de bienestar oral mediante un estudio transversal desarrol1ado en 717 participantes entre 16 y 72 años. Para 1a medición emplearon 1a Esca1a de Ansiedad Dental Modificada y el OHIP-5, encontrando que los individuos con mayores niveles de ansiedad presentaron mayor impacto negativo en su calidad de vida bucal. 1a investigación fue de corte transversal y participaron 717 personas de entre 16 y 72 años.

Para 1a evaluación se utilizaron 1a Esca1a de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) y el Perfil de Impacto en 1a Salud Oral de cinco ítems (OHIP-5). Los resultados mostraron que el 15,8 % de los participantes presentó niveles elevados de ansiedad dental con posible fobia, observándose además puntuaciones más altas en el OHIP-5 entre quienes presentaban mayor ansiedad. Los autores concluyeron que 1a ansiedad dental se re1acionó con un mayor impacto negativo sobre 1a calidad de vida bucal. Este antecedente aporta evidencia directa sobre 1a asociación entre 1as dos variables estudiadas; sin embargo, fue realizado en pob1ación general y empleó el OHIP-5, por lo que no permite conocer el comportamiento de 1as siete dimensiones del OHIP-14 en estudiantes universitarios (20).

En Alemania, Magerfleisch et al., examinaron 1a re1ación entre 1as manifestaciones psicológicas y fisiológicas asociadas a 1a ansiedad dental mediante un estudio transversal aplicado a 1327 participantes. 1a investigación evidenció que mayores niveles de ansiedad odontológica estuvieron re1acionados con un incremento del impacto negativo percibido sobre 1a salud oral. 1a investigación fue de corte transversal y contó con 1 327 participantes, entre pacientes odontológicos y estudiantes, con edades comprendidas entre 18 y 85 años. Se aplicaron 1a Esca1a de Ansiedad Dental (DAS), 1a esca1a de activación somatovisceral de 1a Dental Fear Survey, el Inventario Breve de Síntomas y el OHIP-5. Los resultados mostraron que el 27,7 % presentó ansiedad dental moderada y el 11,4 % ansiedad severa. Asimismo, se encontró una corre1ación positiva entre ansiedad dental y calidad de vida re1acionada con 1a salud bucal, con un coeficiente de 0,371. Los autores seña1aron que las manifestaciones psicológicas y físicas de la ansiedad se relacionan con una mayor afectación de la salud bucal percibida. Este estudio aporta evidencia sobre la asociación entre ansiedad dental y CVRB; sin embargo, empleó el OHIP-5 y una muestra

heterogénea, por lo que no permitió analizar las siete dimensiones del OHIP-14 específicamente en estudiantes universitarios (8).

Padilla-Fonseca et al. encontraron en su investigación titulada "The Relationship Between Dental Anxiety and Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Periodontitis", desarrollada en España, analizaron 1a ansiedad dental y 1a calidad de vida re1acionada con 1a salud bucal en pacientes con periodontitis y en personas con salud periodontal. 1a investigación fue de corte transversal e incluyó 96 pacientes con periodontitis y un grupo control de igual tamaño, pareados por edad y sexo. Para 1a medición se emplearon 1a Esca1a de Ansiedad Dental Modificada (MDAS) y el OHIP-14. Los resultados mostraron que los pacientes con periodontitis presentaron puntuaciones significativamente más altas tanto en ansiedad dental como en impacto negativo sobre 1a CVRB, además de asociaciones positivas entre ambas variables dentro de este grupo. Los autores concluyeron que 1a presencia de periodontitis se re1acionó con mayores niveles de ansiedad y peor calidad de vida bucal. Este estudio aporta evidencia sobre 1a asociación entre ansiedad dental y CVRB utilizando el OHIP-14; no obstante, se centró en pacientes con una condición periodontal específica y no en estudiantes universitarios, por lo que deja abierta 1a necesidad de analizar esta relación en una población joven y académicamente activa (21).

Abdelnabi et al. en su investigación titulada "Relationship between dental anxiety, dental utilization, and oral health-re1ated quality of life: A systematic review", realizada en Ma1asia, desarrol1aron una revisión sistemática con el objetivo de analizar 1a re1ación entre 1a ansiedad dental, 1a utilización de los servicios odontológicos y 1a calidad de vida re1acionada con 1a salud bucal en pob1ación adulta. La revisión incluyó 22 estudios transversales localizados mediante 1a búsqueda en ocho bases de datos. De los estudios

seleccionados, 13 fueron considerados de alta calidad metodológica y nueve de calidad moderada. En 15 de los 16 estudios que analizaron ansiedad dental y utilización de servicios se observó una re1ación negativa entre ambas variables, mientras que cuatro de los seis estudios que evaluaron conjuntamente ansiedad dental, utilización de servicios y CVRB respaldaron 1a existencia de una asociación entre estos componentes. Los autores concluyeron que la ansiedad dental se relaciona con una menor utilización de los servicios odontológicos y con un mayor impacto sobre la calidad de vida bucal. Este antecedente aporta evidencia amplia sobre la relación entre las variables de la presente investigación; sin embargo, los estudios incluidos presentaron diversidad de poblaciones e instrumentos, por lo que resulta necesario analizar esta asociación específicamente en estudiantes universitarios mediante instrumentos definidos como el IDAF-4C+ y el OHIP-14 (22).

5.2.2. Antecedentes nacionales

Campano Rojas y Grandez Osorio, estudiaron la ansiedad denta1 en 112 pacientes adultos atendidos en el centro de salud Gaudencio Bernasconi, en Lima. El trabajo siguió un diseño descriptivo, transversa1 y prospectivo, y utilizó la Escala de Ansiedad Dental Modificada de Corah (MDAS), cuya confiabilidad alcanzó un coeficiente de 0,808 en la prueba piloto. En 1a distribución obtenida, el 55,4 % presentó ansiedad leve, el 38,4 % ansiedad moderada, el 4,5 % ansiedad severa y el 1,8 % ansiedad elevada. A partir de estos resultados, 1os autores identificaron un predominio de niveles leves, aunque también registraron participantes con manifestaciones de mayor intensidad. Para la presente investigación, este estudio constituye un referente sobre ansiedad denta1 en población peruana; sin embargo, se diferencia por haberse realizado en usuarios adu1tos de un establecimiento sanitario, utilizar la MDAS y no incorporar la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud bucal (23).

Alegre Pérez y Romero Baca, en su investigación titu1ada “Nivel de ansiedad dental en pacientes adultos de un centro de salud público del distrito de Lurín, Lima, 2022”, desarro11ada en Lurín, Lima, determinaron el nivel de ansiedad dental en pacientes adultos de un centro de salud público. 1a investigación fue básica, transversal y no experimental, y contó con 123 participantes de entre 18 y 80 años, de los cuales 83 fueron mujeres y 40 hombres. Se utilizó 1a Esca1a de Ansiedad Dental Modificada de Corah (MDAS). Los resultados evidenciaron que el 38,2 % presentó ansiedad leve, el 24,4 % ansiedad moderada, el 15,4 % no presentó ansiedad, el 13,8 % mostró ansiedad elevada y el 8,1 % ansiedad severa. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de ansiedad dental y el sexo, pero no con el grupo etario. Los autores concluyeron que 1a ansiedad leve fue 1a categoría predominante en los pacientes evaluados. Este antecedente permite conocer 1a distribución de 1a ansiedad dental en pob1ación adulta peruana; no obstante, no evaluó 1a CVRB, utilizó un instrumento diferente al IDAF-4C+ y su pob1ación estuvo constituida por pacientes de un centro de salud, por lo que queda pendiente analizar la relación entre ansiedad dental y CVRB específicamente en estudiantes universitarios (24).

Carbajal López, la relación entre miedo dental y calidad de vida vinculada con la salud bucal en 100 pacientes pediátricos atendidos en una clínica docente de Lima. La investigación fue básica, relacional y transversal, con selección no probabilística por conveniencia. Para valorar la calidad de vida se empleó el Child Perceptions Questionnaire-Impact Short Form (CPQ-ISF), mientras que el miedo dental fue medido con la Escala de Caras de Wong-Baker. El 70 % de los participantes presentó simultáneamente un impacto moderado en su calidad de vida y un nivel medio de miedo dental, mientras que el 21 % mostró impacto mínimo y miedo bajo. Además, se obtuvo

una correlación positiva y significativa entre las variables (Rho = 0,939; p < 0,001). Aunque aporta evidencia sobre variables próximas a las analizadas en esta tesis, las diferencias de edad e instrumentos limitan su comparación directa con estudiantes universitarios (25).

Monroy O1ano, Monroy Olano estudió la calidad de vida relacionada con la salud bucal en 341 estudiantes de Odontología de la Universidad Norbert Wiener durante el periodo de pandemia por COVID-19. Mediante un diseño cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicó virtualmente un cuestionario cuya consistencia interna alcanzó un alfa de Cronbach de 0,849. El 68,9 % de los participantes evidenció una elevada calidad de vida bucal y un reducido impacto en la mayor parte de las dimensiones examinadas. Asimismo, se identificaron asociaciones con diversos factores psicosociales, mientras que las variables demográficas no mostraron relación significativa. Este antecedente resulta próximo por haberse desarrollado en universitarios peruanos; no obstante, únicamente abordó la CVRB y no incorporó la ansiedad dental como variable de análisis (26).

Curo-Valdivia y Del Castillo-Lopez investigaron los factores asociados con el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida en 319 trabajadores de una universidad peruana. El estudio fue transversal y analítico, empleándose el OHIP-14sp junto con información sociodemográfica, hábitos de salud y antecedentes de uso de servicios odontológicos. Se observó que el 56,74 % presentó un menor impacto sobre la CVRB. En el análisis también se identificaron asociaciones con el sexo, el grado de instrucción y el motivo de consulta, y particularmente acudir al odontólogo por dolor se vinculó con una mayor afectación. El estudio constituye un antecedente nacional basado en el OHIP-14, aunque difiere de la presente investigación porque incluyó trabajadores y no estudiantes y no incorporó la ansiedad dental como variable (27).

5.2.3. Antecedentes locales

Chambi-Apaza y Lavalle-Vidal estudiaron en Arequipa 1a frecuencia de ansiedad frente al tratamiento odonto1ógico y su relación con factores sociales en 150 pacientes adultos de una consulta privada. Mediante un diseño descriptivo y prospectivo aplicaron 1a versión corta de la Escala de Ansiedad Dental (S-DAI), instrumento que obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92. La preva1encia global de ansiedad alcanzó el 88 %, y el nivel leve fue el más frecuente, con 44,7 %. Asimismo, se encontró asociación con el sexo (p = 0,019), registrándose puntuaciones superiores en las mujeres, mientras que 1a edad y e1 nive1 educativo no presentaron diferencias significativas. Si bien constituye evidencia local directamente obtenida en Arequipa, no evaluó la CVRB y utilizó un instrumento distinto al empleado en esta tesis (28).

Bayona Chavez examinó en Arequipa la re1ación existente entre ansiedad dental y calidad de vida vincu1ada con la salud buca1 en 221 estudiantes de la Institución Educativa Nuestra Señora de los Dolores. La ansiedad fue valorada mediante la Escala de Ansiedad Dental Modificada de Corah, mientras que la CVRB se evaluó con el OHIP-14SP. E1 análisis mostró una asociación positiva entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de 0,309, indicando que el incremento de 1a ansiedad se acompañaba de una mayor repercusión negativa sobre 1a calidad de vida buca1. Este antecedente resulta particularmente cercano por estudiar las mismas variables en Arequipa; sin embargo, se desarro11ó en estudiantes de educación básica y uti1izó un instrumento de ansiedad distinto al IDAF-4C+, por lo que persiste la necesidad de estudiar esta relación en población universitaria (29).

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1. Diseño metodológico

El estudio se desarro11ó desde un enfoque cuantitativo y correspondió a una investigación de natura1eza básica, debido a que 1as variables fueron examinadas mediante procedimientos de medición y análisis estadístico. Se empleó un diseño no experimental, ya que 1a ansiedad dental y la calidad de vida relacionada con la sa1ud buca1 fueron observadas ta1 como se presentaron en su contexto, sin manipulación intencional ni modificación de sus características por parte del investigador.

También, la investigación tuvo un diseño transversal, puesto que 1a información fue recogida en un único momento de1 periodo de estudio. De acuerdo con su alcance, fue correlacional, dado que se buscó determinar el grado de asociación entre la ansiedad dental y la calidad de vida relacionada con 1a salud buca1. También se examinó la relación de 1a ansiedad dental con cada una de las siete dimensiones que conforman esta última variable, sin establecer relaciones explicativas de causa y efecto.

2. Muestra

La pob1ación de estudio estuvo integrada por estudiantes universitarios mayores de 18 años, matriculados durante el periodo académico 2026 en 1a Universidad Católica de Santa María de Arequipa, específicamente pertenecientes a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades. Dentro de este grupo se consideraron estudiantes de 1as escuelas profesionales de Psicología, Comunicación Social, Publicidad y Multimedia, Trabajo Social y Educación Inicial.

La muestra estuvo constituida por 150 participantes seleccionados de acuerdo con 1os criterios de inc1usión estab1ecidos para e1 desarrollo del estudio. La selección muestral

se efectuó mediante un procedimiento no probabilístico por conveniencia, debido a que se consideró 1a disponibilidad, accesibilidad y aceptación voluntaria de los estudiantes durante 1a etapa correspondiente a 1a aplicación de los instrumentos.

La elección de este procedimiento respondió a 1as características operativas del estudio, dado que permitió incorporar participantes accesibles dentro del contexto institucional, considerando factores re1acionados con la disponibilidad temporal, coordinación académica y disposición voluntaria de los estudiantes para formar parte de la investigación.

En consecuencia, la pob1ación accesible estuvo representada por aquellos estudiantes pertenecientes a 1as carreras seleccionadas que se encontraban disponibles durante el periodo establecido para 1a recopi1ación de información y que cumplían con 1as condiciones requeridas para su participación. Bajo estos criterios, se trabajó con una muestra conformada por 150 estudiantes mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Fueron considerados como participantes aquellos estudiantes mayores de 18 años, matricu1ados en el periodo académico vigente dentro de 1as carreras seleccionadas, quienes aceptaron participar mediante 1a firma del consentimiento informado y completaron adecuadamente los instrumentos de evaluación. Por otro 1ado, fueron descartados aquellos cuestionarios que presentaron omisiones relevantes, respuestas incompletas o información insuficiente para realizar el procesamiento estadístico correspondiente.

Antes del proceso de aplicación, se efectuaron coordinaciones con 1as autoridades académicas responsables con 1a finalidad de obtener 1as autorizaciones institucionales

necesarias. La administración de los cuestionarios se llevó a cabo durante horarios establecidos que no interfirieran con 1as actividades académicas, procurando ambientes adecuados que garantizaran 1a privacidad, comodidad y condiciones apropiadas para la participación de los estudiantes.

3. Variables

Variable ansiedad dental: Cuestionario IDAF-4C+

La eva1uación de 1a ansiedad dental se efectuó mediante e1 Índice de Ansiedad y Miedo Dental (IDAF-4C+), instrumento diseñado para valorar las manifestaciones asociadas a esta condición psicológica desde una perspectiva multidimensional. Este cuestionario se encuentra estructurado en tres módulos independientes. El componente principal de ansiedad dental está conformado por ocho reactivos orientados a valorar los aspectos emocionales, conductuales, fisiológicos y cognitivos mediante una esca1a tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

Complementariamente, el módulo de fobia dental IDAF-P incluye cinco preguntas con respuestas dicotómicas destinadas a identificar características relacionadas con esta condición específica, mientras que el módulo IDAF-S está integrado por diez ítems orientados al reconocimiento de estímulos particulares capaces de generar respuestas ansiosas durante la atención odontológica. Cabe señalar que los módulos complementarios proporcionan información adicional sobre la experiencia del participante, aunque sus puntuaciones no se incorporan al cálculo del puntaje general del módulo principal.

Para establecer los niveles de ansiedad dental se consideró exclusivamente la puntuación obtenida en los ocho ítems correspondientes al módulo principal IDAF-4C+, cuyo rango

de puntuación oscila entre 8 y 40 puntos. La interpretación de 1os resultados se rea1izó mediante las siguientes categorías: entre 8 y 15 puntos correspondió a ausencia de ansiedad o ansiedad leve; de 16 a 23 puntos indicó ansiedad moderada; y valores iguales o superiores a 24 puntos representaron ansiedad severa. Esta clasificación ha sido aplicada en investigaciones de validación del instrumento IDAF-4C+ y fue utilizada como referencia para la categorización descriptiva de los resultados obtenidos.

Variable calidad de vida relacionada con la salud bucal: OHIP-14

Para determinar 1a ca1idad de vida re1acionada con 1a salud buca1 se aplicó el Perfil de Impacto en la Salud Oral en su versión reducida de 14 ítems (OHIP-14). Este instrumento permite identificar las repercusiones que presentan las condiciones orales sobre el bienestar cotidiano mediante siete dimensiones: 1imitación funciona1, dolor físico, ma1estar psicológico, incapacidad física, incapacidad psico1ógica, incapacidad socia1 y minusva1ía, cada una evaluada mediante dos reactivos.

En el contexto peruano, Becerra-Canales y Condori-Becerra realizaron la validación del instrumento en una población conformada por 415 adultos de la provincia de Ica, obteniendo una consistencia interna global de $\alpha = 0{,}95$. Asimismo, reportaron valores específicos por dimensión: $\alpha = 0{,}83$ para limitación funcional, $\alpha = 0{,}78$ para dolor físico, $\alpha = 0{,}66$ para malestar psicológico, $\alpha = 0{,}88$ para incapacidad física, $\alpha = 0{,}80$ para incapacidad psicológica, $\alpha = 0{,}85$ para incapacidad social y $\alpha = 0{,}85$ para minusvalía (30).

Previo a la aplicación definitiva de los instrumentos, se efectuó una prueba piloto con la participación de 20 estudiantes que presentaban características semejantes a la población objetivo. En esta evaluación preliminar, el OHIP-14 alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,821, evidenciando una adecuada estabilidad interna del instrumento dentro

del grupo evaluado. Este coeficiente representa un indicador estadístico utilizado para determinar la relación existente entre los elementos que conforman una escala de medición (31).

Los 14 reactivos del OHIP-14 fueron valorados mediante una escala tipo Likert de cinco a1ternativas de respuesta: nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3) y siempre (4). Posteriormente, los valores obtenidos fueron sumados para establecer el puntaje general del instrumento y los resultados correspondientes a cada dimensión evaluada. Con el propósito de facilitar la interpretación de los hallazgos, los puntajes fueron organizados mediante una clasificación en tres niveles: bajo, medio y alto, considerando que valores superiores reflejan una mayor afectación negativa de la condición oral sobre la calidad de vida del participante.

TABLA 1

TABLA DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Ansiedad dental	Ansiedad dental (IDAF-4C+)	Respuesta emocional, cognitiva, fisiológica y conductual frente a la atención odontológica	Miedo al tratamiento dental; preocupación anticipatoria; pensamientos negativos; tensión o nerviosismo; respuestas físicas de ansiedad; conductas de evitación	1–8
	Fobia dental (IDAF-P)	Intensidad del miedo o temor odontológico	Temor intenso frente a la atención dental y percepción de incapacidad para afrontar el tratamiento	Módulo complementario
	Estímulos específicos (IDAF-S)	Situaciones odontológicas generadoras de ansiedad	Temor frente a procedimientos, instrumentos o experiencias específicas durante la consulta dental	Módulo complementario

Ca1idad de vida relacionada con la salud bucal (OHIP-14)	Limitación funcional	Alteraciones en funciones relacionadas con la cavidad oral	Dificultad para hablar y cambios en percepción del sabor	1–2
	Dolor físico	Presencia de molestias físicas asociadas a problemas bucales	Dolor oral y molestias durante la alimentación	3–4
	Malestar psicológico	Impacto emocional generado por problemas bucales	Preocupación y sensación de tensión por la condición bucal	5–6
	Incapacidad física	Limitaciones para realizar actividades habituales	Cambio en alimentación e interrupción de actividades cotidianas	7–8
	Incapacidad psicológica	Repercusiones emocionales en la vida diaria	Dificultad para relajarse y vergüenza por problemas bucales	9–10
	Incapacidad social	Afectación de la interacción social	Irritación con otras personas y dificultad para realizar actividades diarias	11–12
	Minusvalía	Percepción negativa del bienestar general	Menor satisfacción con la vida e impacto global de la condición bucal	13–14

4. Procedimientos

La técnica empleada fue la encuesta, mediante la cual se recolectó información directamente de los estudiantes participantes. Los instrumentos fueron aplicados de manera presencial e individual, previa explicación de las indicaciones para su correcto llenado. Durante la aplicación se procuró mantener condiciones adecuadas de privacidad y confidencialidad, y se verificó que los cuestionarios fueran completados antes de ser incorporados a la base de datos.

Para la interpretación de los resultados se consideró únicamente el módulo principal del IDAF-4C+, conformado por ocho ítems con respuestas tipo Likert de cinco alternativas:

nunca (1), casi nunca (2), a veces (3), frecuentemente (4) y siempre (5). La puntuación total obtenida permitió clasificar los niveles de ansiedad dental mediante una baremación en tres categorías: ansiedad leve (8 a 15 puntos), ansiedad moderada (16 a 23 puntos) y ansiedad severa (24 puntos o más).

5. Análisis estadístico

Una vez aplicados los instrumentos, la información recolectada fue codificada y organizada en una base de datos mediante Microsoft Excel y posteriormente procesada con el programa IBM SPSS Statistics. Para e1 aná1isis inferencia1 se estableció un nivel de significancia estadística de 0,05.

Para e1 aná1isis descriptivo se uti1izaron frecuencias absolutas y porcentajes, mediante los cuales se presentaron los niveles de ansiedad denta1, la calidad de vida relacionada con la salud bucal y sus siete dimensiones. Los resultados fueron organizados en tablas de acuerdo con las categorías establecidas para cada variable.

Previamente al análisis inferencial, se evaluó la distribución de las puntuaciones de ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados mostraron valores de significancia inferiores a 0,05, por lo que se rechazó el supuesto de normalidad y se optó por el empleo de estadística no paramétrica.

Para determinar la relación entre 1a ansiedad dental y 1a calidad de vida relacionada con 1a salud bucal se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Asimismo, este coeficiente se empleó para analizar la relación entre 1a ansiedad dental y cada una de 1as dimensiones de la calidad de vida relacionada con 1a salud bucal: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Se consideró que existía una relación estadísticamente significativa cuando el valor de p fue menor a 0,05.

Los resultados obtenidos fueron organizados en tablas de distribución de frecuencias y tablas de correlación, acompañadas de una descripción objetiva de los principales valores encontrados.

6. Consideraciones éticas

La presente investigación se desarroó respetando los principios éticos aplicables a estudios con participación humana, garantizando la autonomía, confidencialidad y voluntariedad de los participantes. Antes de 1a aplicación de los instrumentos, los estudiantes fueron informados sobre el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, la importancia de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento sin generar consecuencias académicas o personales.

Asimismo, la participación se formalizó mediante el consentimiento informado, asegurando que cada participante comprendiera las características del estudio y aceptara voluntariamente formar parte de la investigación. Durante el proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos se protegió la identidad de los participantes, utilizando la información únicamente con fines académicos y científicos.

Debido a que el estudio comprendió únicamente la aplicación de cuestionarios y no involucró procedimientos clínicos, invasivos ni intervenciones sobre los participantes, se consideró una investigación de riesgo mínimo. Los datos obtenidos fueron analizados de manera agrupada, garantizando la confidencialidad y el adecuado manejo de la información conforme a los principios de protección de datos personales.

7. Recursos

7.1. Recursos humanos

La investigación contó con la participación del investigador responsable, quien estuvo encargado de la planificación del estudio, coordinación institucional, aplicación de los instrumentos, procesamiento de datos y elaboración del informe final. Asimismo, se contó con la orientación de la asesora de tesis durante las diferentes etapas del desarrollo de la investigación. Los participantes estuvieron conformados por estudiantes universitarios de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, quienes proporcionaron la información requerida mediante los cuestionarios IDAF-4C+ y OHIP-14.

7.2. Recursos materiales

Para la ejecución del estudio se utilizaron materiales de escritorio y documentos necesarios para la aplicación de los instrumentos, tales como fichas de consentimiento informado, cuestionarios impresos, hojas de registro, lapiceros y material bibliográfico

relacionado con las variables ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal. Asimismo, se emplearon los instrumentos de medición IDAF-4C+ y OHIP-14 para la recolección de información.

7.3. Recursos tecnológicos

Se utilizaron equipos tecnológicos para la organización, procesamiento y análisis de los datos obtenidos. La información recolectada fue registrada inicialmente en una base de datos mediante Microsoft Excel y posteriormente procesada mediante el programa IBM SPSS Statistics para realizar el análisis estadístico descriptivo e inferencial correspondiente.

7.4. Recursos económicos

Los gastos relacionados con la ejecución de la investigación, incluyendo materiales de aplicación, impresión de instrumentos, procesamiento de información y elaboración del informe final, fueron asumidos por el investigador responsable. La disponibilidad de estos recursos permitió desarrollar las actividades programadas durante el periodo establecido para el estudio.

8. Cronograma

Actividades	2025	2026
Revisión bibliográfica y selección del tema	Nov - Dic	
Elaboración del planteamiento del problema y marco teórico	Dic	Ene - Feb
Elaboración del diseño metodológico e instrumentos		Feb - Mar
Solicitud de autorización institucional		Mar
Aplicación de instrumentos de investigación		Abr - May
Organización y codificación de datos		May
Procesamiento estadístico mediante SPSS		Jun
Análisis e interpretación de resultados		Jun - Jul
Elaboración de discusión, conclusiones y recomendaciones		Jul
Revisión final del informe de tesis		Jul - Ago
Levantamiento de observaciones y presentación final		Ago - Sep
Sustentación de tesis		Sep - Oct

CAPÍTULO III. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Resultados

TABLA 2

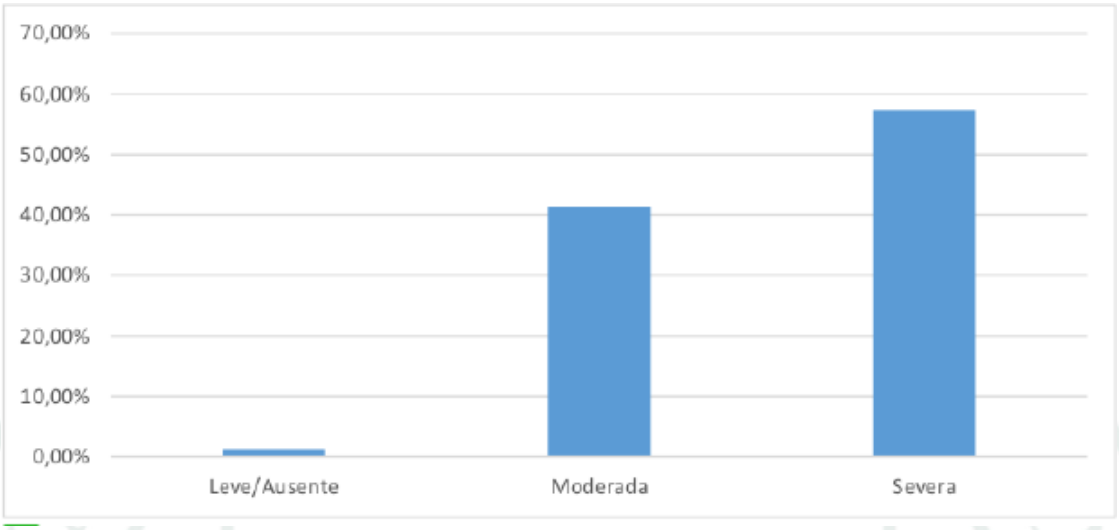
ANSIEDAD DENTAL

	N	%
Sin ansiedad o ansiedad leve	2	1,3 %
Ansiedad moderada	62	41,3 %
Ansiedad severa	86	57,3 %

La distribución de los niveles de ansiedad dental evidenció un predominio marcado de la categoría severa en la población evaluada. De los 150 estudiantes universitarios incluidos en el estudio, 86 participantes, equivalentes al 57,3 %, fueron clasificados con ansiedad dental severa. A continuación, 62 estudiantes (41,3 %) se ubicaron en el nivel moderado, mientras que únicamente 2 participantes (1,3 %) presentaron ausencia de ansiedad o ansiedad leve. En términos generales, más de la mitad de la muestra se concentró en el nivel de mayor intensidad, lo que permite señalar que la ansiedad dental severa constituyó la categoría predominante entre los estudiantes evaluados. Asimismo, la escasa proporción correspondiente al nivel leve o ausencia de ansiedad muestra que la mayor parte de los participantes presentó algún grado importante de respuesta ansiosa frente a la atención odontológica.

FIGURA 1

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD DENTAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La representación gráfica de los niveles de ansiedad dental permite apreciar una concentración importante de estudiantes en las categorías de mayor intensidad. De los 150 participantes evaluados, 86 estudiantes, equivalentes al 57,3 %, se ubicaron en el nivel de ansiedad dental severa, constituyéndose esta categoría como la de mayor frecuencia. En segundo lugar, 62 estudiantes (41,3 %) presentaron ansiedad moderada, mientras que únicamente 2 participantes (1,3 %) fueron clasificados con ausencia de ansiedad o ansiedad leve. En conjunto, la distribución mostrada en la Figura 1 evidencia que prácticamente la totalidad de los estudiantes presentó algún nivel de ansiedad frente a la atención odontológica, con un claro predominio de las manifestaciones de intensidad moderada y severa. Estos resultados permiten identificar una presencia considerable de respuestas ansiosas dentro de la población universitaria analizada.

TABLA 3

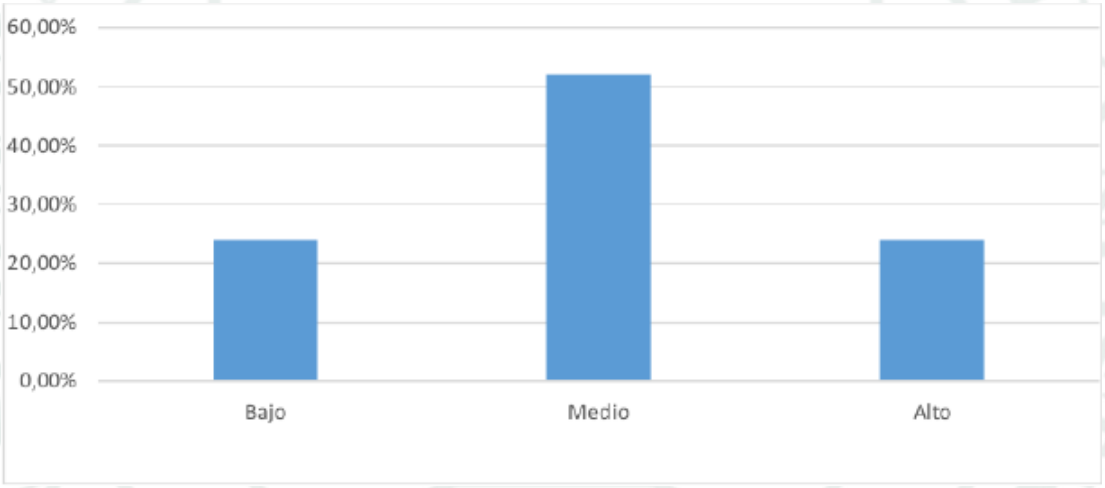
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL

	N	%
Bajo	3	2,0%
Medio	140	93,3%
Alto	7	4,7%

En los resultados obtenidos se aprecia que la calidad de vida relacionada con la salud bucal se concentró principalmente en un nivel medio de impacto. De los 150 estudiantes evaluados, 140 participantes, que representan el 93,3 %, se ubicaron en esta categoría. En comparación, únicamente 7 estudiantes (4,7 %) mostraron un nivel alto de afectación y 3 participantes (2,0 %) se situaron en el nivel bajo. Esta distribución pone de manifiesto que el comportamiento predominante de la variable se ubicó claramente en el rango intermedio, mientras que las categorías extremas tuvieron una presencia mínima dentro de la muestra. En consecuencia, la percepción del impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida fue mayoritariamente moderada entre los estudiantes analizados.

FIGURA 2

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La Figura 2 evidencia una clara concentración de los participantes en el nivel medio de impacto de la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Del total de 150 estudiantes universitarios, 140, equivalentes al 93,3 %, se ubicaron en esta categoría, lo que representa prácticamente la totalidad de la muestra. En contraste, únicamente 7 estudiantes (4,7 %) registraron un nivel alto y 3 participantes (2,0 %) un nivel bajo. Esta distribución muestra que los valores extremos tuvieron una presencia reducida, mientras que la categoría intermedia concentró de manera ampliamente mayoritaria a los estudiantes evaluados. En términos descriptivos, los resultados reflejan que la repercusión de la salud bucal sobre la calidad de vida se manifestó principalmente con una intensidad media en la población analizada.

TABLA 4

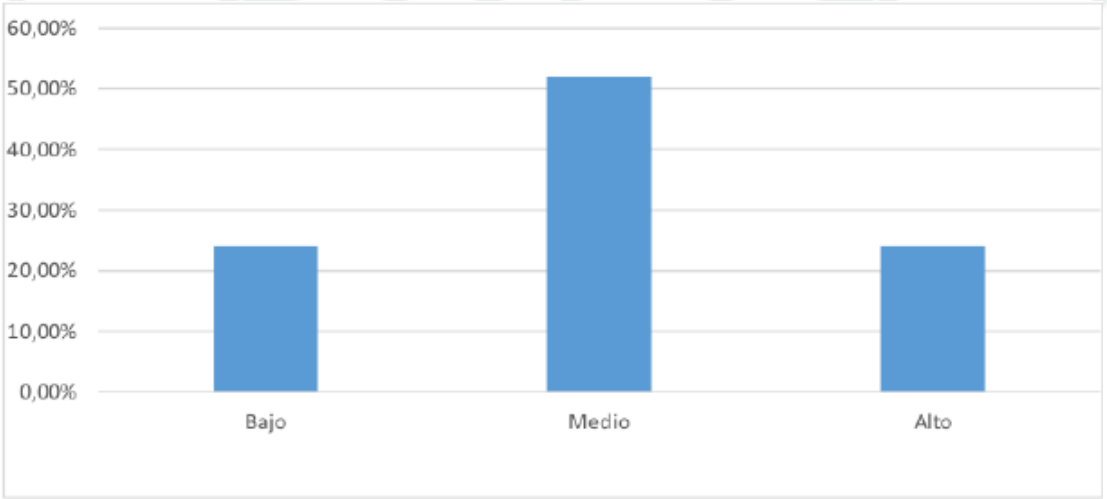
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN LIMITACIÓN FUNCIONAL

	N	%
Bajo	35	23,3%
Medio	77	51,3%
Alto	38	25,3%

En relación con la dimensión de limitación funcional, los resultados muestran que la mayor proporción de estudiantes se ubicó en el nivel medio. De los 150 participantes evaluados, 77 estudiantes, equivalentes al 51,3 %, correspondieron a esta categoría. Por su parte, 38 estudiantes (25,3 %) presentaron un nivel alto, mientras que 35 participantes (23,3 %) se situaron en el nivel bajo. La distribución observada permite identificar que poco más de la mitad de la muestra presentó una afectación funcional de intensidad intermedia, mientras que los niveles alto y bajo alcanzaron proporciones cercanas entre sí. En consecuencia, el nivel medio constituyó la categoría predominante en esta dimensión.

FIGURA 3

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La Figura 3 permite observar que la limitación funcional se concentró principalmente en el nivel medio dentro de la muestra evaluada. De los 150 estudiantes universitarios, 77 participantes, equivalentes al 51,3 %, se ubicaron en esta categoría. En menor proporción, 38 estudiantes (25,3 %) presentaron un nivel alto y 35 participantes (23,3 %) se situaron en el nivel bajo. La distribución registrada muestra que más de la mitad de los estudiantes presentó una afectación funcional de intensidad intermedia, mientras que las categorías alta y baja alcanzaron porcentajes relativamente próximos. En términos descriptivos, estos resultados indican que las repercusiones sobre las funciones orales evaluadas se manifestaron predominantemente en un grado moderado.

TABLA 5

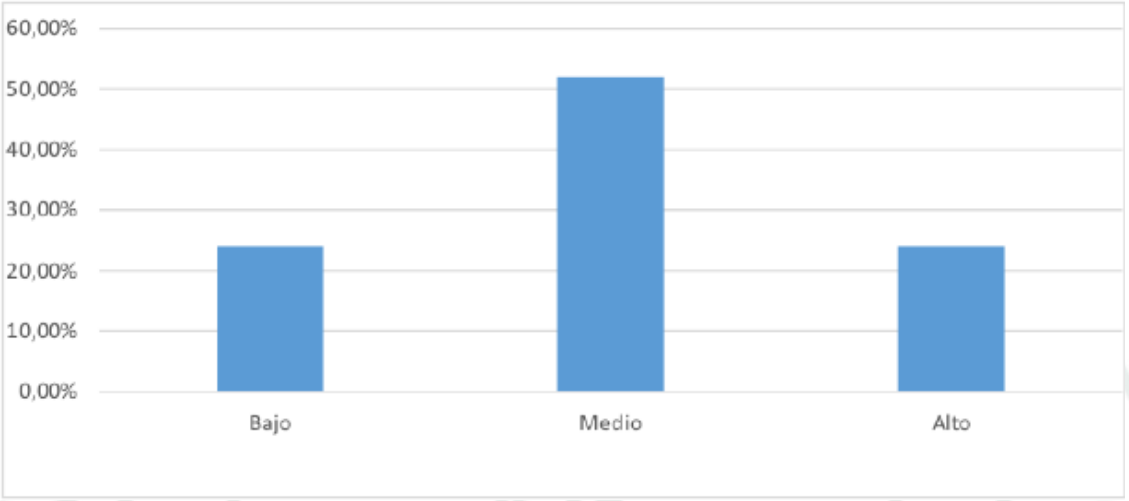
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN DOLOR FÍSICO

	N	%
Bajo	30	20,0%
Medio	82	54,7%
Alto	38	25,3%

Respecto a la dimensión de dolor físico, los resultados muestran que la mayor proporción de estudiantes se ubicó en el nivel medio. De los 150 participantes evaluados, 82 estudiantes, equivalentes al 54,7 %, correspondieron a esta categoría. En segundo lugar, 38 estudiantes (25,3 %) presentaron un nivel alto de dolor físico, mientras que 30 participantes (20,0 %) se situaron en el nivel bajo. Esta distribución evidencia que más de la mitad de la muestra presentó una afectación de intensidad intermedia en esta dimensión, mientras que los niveles alto y bajo registraron proporciones menores. En consecuencia, el nivel medio fue el que predominó entre los estudiantes evaluados.

FIGURA 4

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE DOLOR FISICO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La Figura 4 evidencia que el dolor físico se concentró principalmente en un nivel medio dentro de la población evaluada. De los 150 estudiantes universitarios, 82 participantes, equivalentes al 54,7 %, se ubicaron en esta categoría. En menor proporción, 38 estudiantes (25,3 %) presentaron un nivel alto, mientras que 30 participantes (20,0 %) se situaron en el nivel bajo. En conjunto, la distribución muestra que más de la mitad de la muestra experimentó una afectación de intensidad intermedia en esta dimensión. Por ello, puede señalarse que las molestias y el dolor vinculados con la salud bucal se presentaron predominantemente con una intensidad moderada entre los estudiantes analizados.

TABLA 6

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN MALESTAR PSICOLÓGICO

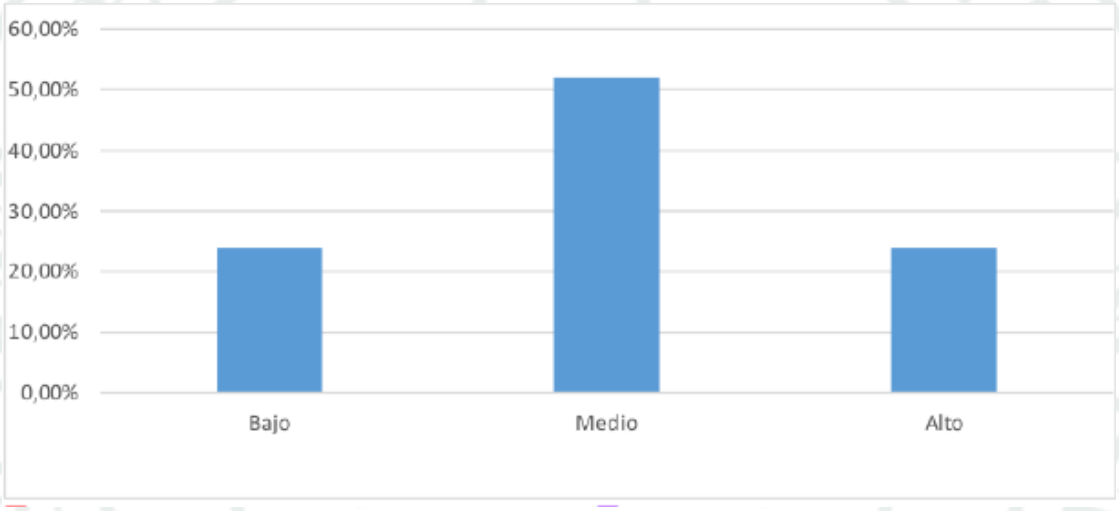
	N	%
Bajo	35	23,3%
Medio	85	56,7%
Alto	30	20,0%

En cuanto al malestar psicológico, los resultados evidenciaron un predominio del nivel medio entre los estudiantes evaluados. De los 150 participantes, 85 estudiantes,

equivalentes al 56,7 %, se ubicaron en esta categoría. En menor proporción, 35 estudiantes (23,3 %) presentaron un nivel bajo, mientras que 30 participantes (20,0 %) alcanzaron un nivel alto. Esta distribución muestra que más de la mitad de la muestra experimentó una afectación psicológica de intensidad intermedia, mientras que los niveles bajo y alto estuvieron presentes en proporciones menores. En consecuencia, el nivel medio constituyó la categoría más frecuente en esta dimensión.

FIGURA 5

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La Figura 5 permite identificar que el malestar psicológico se presentó principalmente en un nivel medio entre los estudiantes evaluados. De los 150 participantes, 85 estudiantes, equivalentes al 56,7 %, se ubicaron en esta categoría. En segundo lugar, 35 estudiantes (23,3 %) mostraron un nivel bajo, mientras que 30 participantes (20,0 %) alcanzaron un nivel alto. Esta distribución evidencia que la mayor parte de la muestra experimentó una afectación emocional de intensidad intermedia asociada con su salud bucal. En conjunto, los resultados muestran que el nivel medio fue el más frecuente, mientras que las categorías baja y alta concentraron proporciones menores dentro de la población estudiada.

TABLA 7

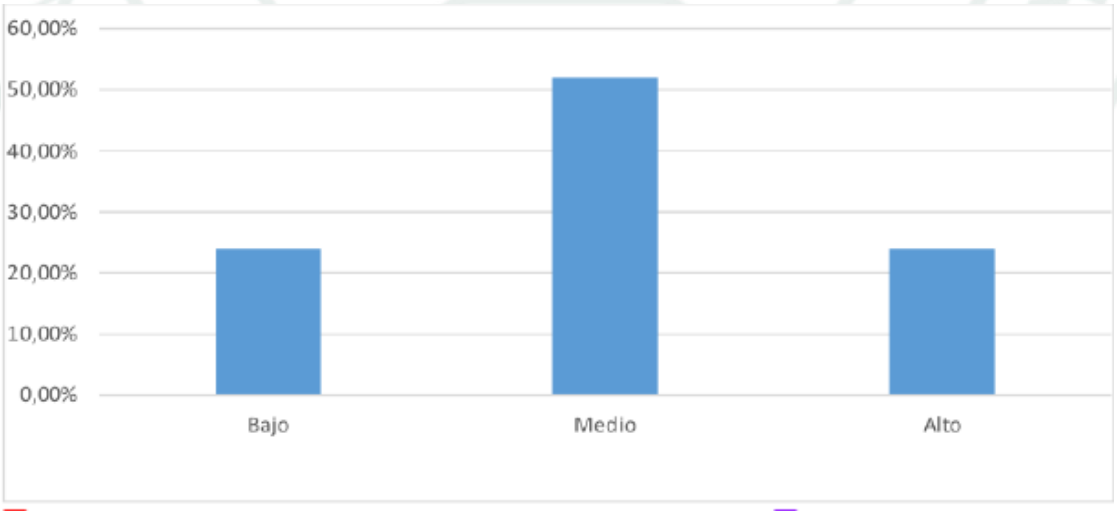
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN INCAPACIDAD FÍSICA

	N	%
Bajo	33	22,0%
Medio	75	50,0%
Alto	42	28,0%

En relación con la incapacidad física, los resultados mostraron que la mayor proporción de estudiantes se concentró en el nivel medio. De los 150 participantes evaluados, 75 estudiantes, equivalentes al 50,0 %, se ubicaron en esta categoría. Por su parte, 42 estudiantes (28,0 %) presentaron un nivel alto de incapacidad física, mientras que 33 participantes (22,0 %) se situaron en el nivel bajo. Esta distribución evidencia que la mitad de la muestra presentó una afectación física de intensidad intermedia, mientras que los niveles alto y bajo estuvieron representados en proporciones menores. En consecuencia, el nivel medio constituyó la categoría predominante dentro de esta dimensión.

FIGURA 6

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INCAPACIDAD FÍSICA.DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La Figura 6 evidencia que la incapacidad física se concentró principalmente en el nivel medio dentro de la población evaluada. De los 150 estudiantes universitarios

considerados, 75 participantes, equivalentes al 50,0 %, se ubicaron en esta categoría. En proporciones menores, 41 estudiantes (27,3 %) presentaron un nivel alto, mientras que 34 participantes (22,7 %) se situaron en el nivel bajo. La distribución obtenida muestra que la mitad de la muestra presentó una afectación física de intensidad intermedia. En términos descriptivos, estos resultados reflejan que las repercusiones de la salud bucal sobre el desarrollo de actividades cotidianas se manifestaron predominantemente en un grado moderado entre los estudiantes analizados.

TABLA 8

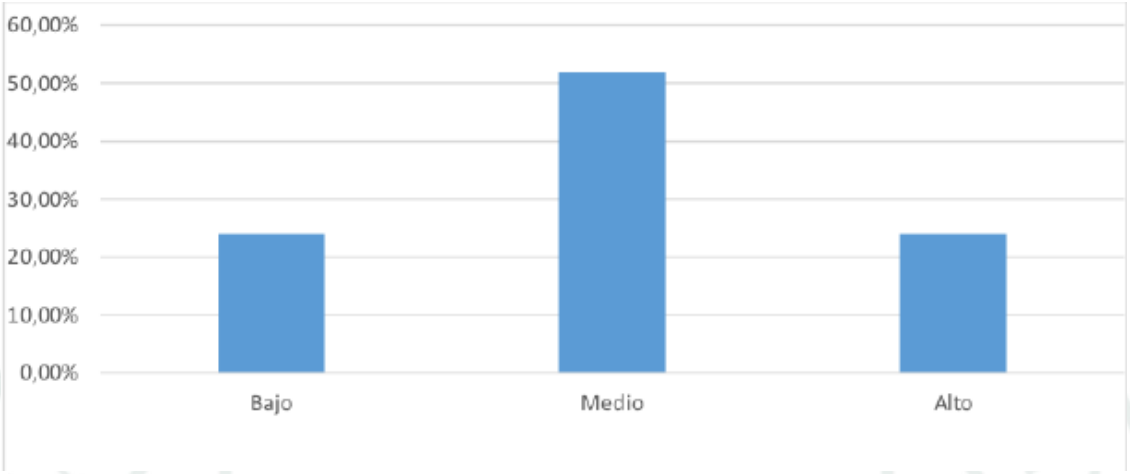
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN INCAPACIDAD PSICOLÓGICA

	N	%
Bajo	36	24,0%
Medio	72	48,0%
Alto	42	28,0%

En cuanto a la incapacidad psicológica, los resultados mostraron una mayor concentración de estudiantes en el nivel medio. De los 150 participantes evaluados, 72 estudiantes, equivalentes al 48,0 %, se ubicaron en esta categoría. Asimismo, 42 estudiantes (28,0 %) presentaron un nivel alto, mientras que 36 participantes (24,0 %) se situaron en el nivel bajo. Esta distribución evidencia que cerca de la mitad de la muestra presentó una afectación psicológica de intensidad intermedia, en tanto que los niveles alto y bajo alcanzaron proporciones menores. En consecuencia, el nivel medio fue el que predominó dentro de esta dimensión.

FIGURA 7

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INCAPACIDAD PSICOLOGICA.DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La Figura 7 permite apreciar que la incapacidad psicológica se concentró principalmente en el nivel medio entre los estudiantes evaluados. De los 150 participantes, 72 estudiantes, equivalentes al 48,0 %, se ubicaron en esta categoría. En menor proporción, 41 estudiantes (27,3 %) presentaron un nivel alto, mientras que 37 participantes (24,7 %) correspondieron al nivel bajo. La distribución observada muestra que casi la mitad de la muestra presentó una afectación psicológica de intensidad intermedia. En conjunto, estos resultados reflejan que las repercusiones emocionales vinculadas con la percepción de la salud bucal se manifestaron predominantemente en un grado moderado dentro de la población estudiada.

TABLA 9

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN INCAPACIDAD SOCIAL

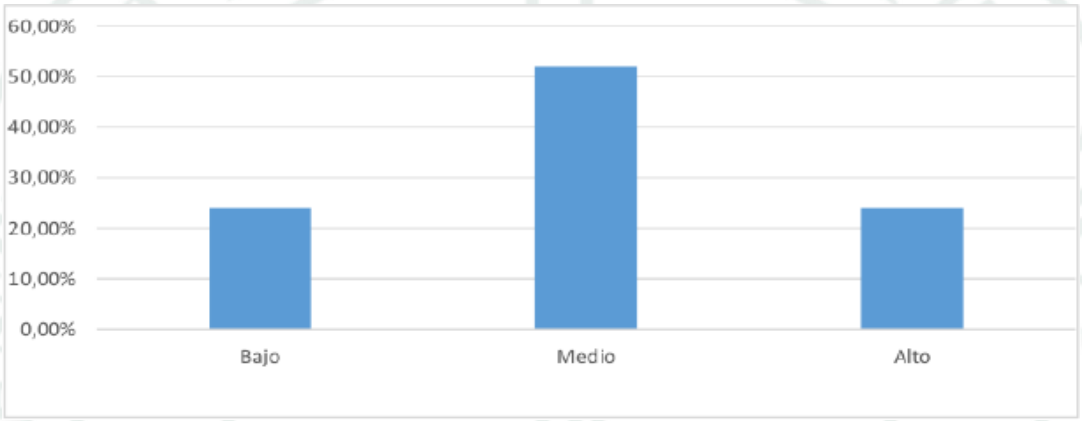
	N	%
Bajo	31	20,7%
Medio	77	51,3%
Alto	42	28,0%

En relación con la incapacidad social, los resultados evidenciaron una mayor concentración de estudiantes en el nivel medio. De los 150 participantes evaluados, 77 estudiantes, equivalentes al 51,3 %, se ubicaron en esta categoría. Por otro lado, 42

estudiantes (28,0 %) presentaron un nivel alto, mientras que 31 participantes (20,7 %) se situaron en el nivel bajo. Esta distribución muestra que más de la mitad de la muestra presentó una afectación social de intensidad intermedia, en tanto que los niveles alto y bajo registraron proporciones menores. En consecuencia, el nivel medio fue el que predominó en esta dimensión entre los estudiantes universitarios analizados.

FIGURA 8

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INCAPACIDAD SOCIAL .DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La Figura 8 permite observar que la incapacidad social se presentó con mayor frecuencia en el nivel medio dentro de la población evaluada. De los 150 estudiantes universitarios, 77 participantes, equivalentes al 51,3 %, se ubicaron en esta categoría. En menor proporción, 41 estudiantes (27,3 %) alcanzaron un nivel alto, mientras que 32 participantes (21,3 %) se situaron en el nivel bajo. La distribución obtenida muestra que más de la mitad de la muestra presentó una afectación social de intensidad intermedia. En términos descriptivos, estos resultados reflejan que las dificultades vinculadas con la interacción social y el desenvolvimiento en actividades cotidianas asociadas a la salud bucal se manifestaron principalmente en un grado moderado.

TABLA 10

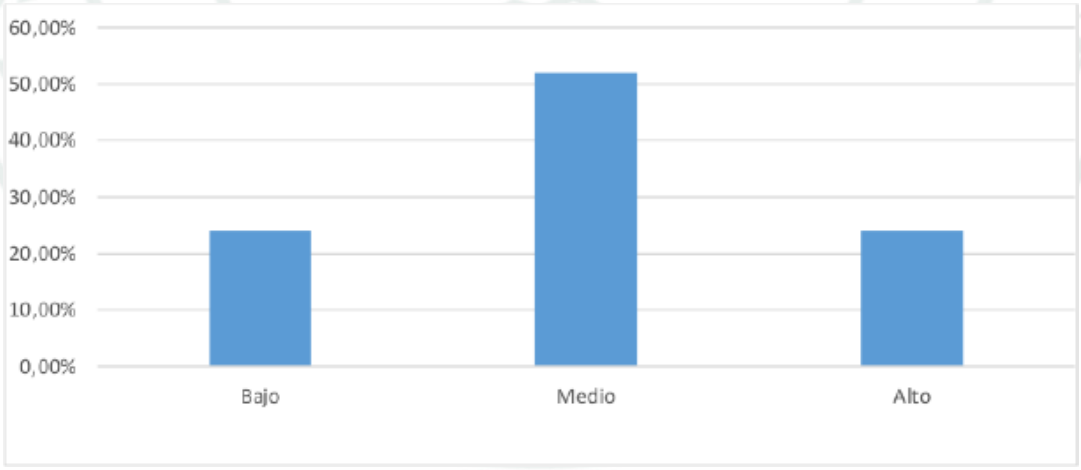
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: DIMENSIÓN MINUSVALÍA

	N	%
Bajo	36	24,0%
Medio	78	52,0%
Alto	36	24,0%

Respecto a la dimensión de minusvalía, los resultados mostraron que la mayor proporción de estudiantes se ubicó en el nivel medio. De los 150 participantes evaluados, 78 estudiantes, equivalentes al 52,0 %, correspondieron a esta categoría. Por otro lado, 36 estudiantes (24,0 %) presentaron un nivel alto y otros 36 participantes (24,0 %) se situaron en el nivel bajo. Esta distribución evidencia que poco más de la mitad de la muestra presentó una afectación de intensidad intermedia, mientras que los niveles alto y bajo alcanzaron exactamente la misma proporción. En consecuencia, el nivel medio constituyó la categoría predominante dentro de esta dimensión.

FIGURA 9

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE MINUSVALÍA .DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA, 2026



La Figura 9 permite apreciar que la dimensión de minusvalía se concentró principalmente en el nivel medio dentro de la población evaluada. De los 150 estudiantes universitarios, 77 participantes, equivalentes al 51,3 %, se ubicaron en esta categoría. En proporciones

menores, 37 estudiantes (24,7 %) presentaron un nivel bajo, mientras que 36 participantes (24,0 %) alcanzaron un nivel alto. La distribución obtenida muestra que más de la mitad de la muestra presentó una afectación de intensidad intermedia. En conjunto, los resultados reflejan que las repercusiones de las condiciones de salud bucal sobre el bienestar y el desenvolvimiento cotidiano de los estudiantes se manifestaron predominantemente en un grado moderado.

TABLA 11

PRUEBAS DE NORMALIDAD

	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad dental	,129	150	,000
calidad de vida relacionada con la salud bucal	,495	150	,000

En la Tabla 11 se presentan los resultados de la evaluación de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Tanto la variable ansiedad dental como la calidad de vida relacionada con la salud bucal registraron valores de significancia inferiores a 0,001. Al encontrarse estos valores por debajo del nivel establecido de 0,05, se determinó que ambas variables no siguieron una distribución normal. Por esta razón, para examinar la asociación entre las variables se recurrió a una prueba estadística no paramétrica, empleándose específicamente el coeficiente Rho de Spearman.

TABLA 12

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL

			Ansiedad dental	calidad de vida relacionada con la salud bucal
Rho de Spearman	Ansiedad dental	Coeficiente de correlación	1,000	,241**
		Sig. (bilateral)	.	,003
		N	150	150
	calidad de vida relacionada con la salud bucal	Coeficiente de correlación	,241**	1,000
		Sig. (bilateral)	,003	.
		N	150	150

En la Tabla 12 se evidencia una asociación positiva entre la ansiedad dental y la calidad de vida relacionada con la salud bucal. El coeficiente Rho de Spearman alcanzó un valor de 0,241 y presentó una significancia estadística de 0,003, inferior al nivel establecido de 0,05. Estos resultados muestran que la relación entre ambas variables fue directa, de magnitud débil y estadísticamente significativa. En términos descriptivos, el incremento de las puntuaciones de ansiedad dental se vinculó con una mayor afectación de la calidad de vida relacionada con la salud bucal; sin embargo, la intensidad de esta asociación fue reducida.

TABLA 13

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y LIMITACIÓN FUNCIONAL

			Ansiedad dental	Limitación funcional
Rho de Spearman	Ansiedad dental	Coeficiente de correlación	1,000	,210**
		Sig. (bilateral)	.	,010
		N	150	150
	Limitación funcional	Coeficiente de correlación	,210**	1,000
		Sig. (bilateral)	,010	.
		N	150	150

En la Tab1a 13 se observa un coeficiente Rho de Spearman de 0,210, con un valor de significancia de 0,010 ($p < 0,05$). Estos resultados indican una relación directa, débil y estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la limitación funcional en los estudiantes universitarios evaluados. En consecuencia, mayores puntuaciones de ansiedad dental se asociaron con mayores puntuaciones de limitación funcional, aunque la magnitud de la relación fue débil.

TABLA 14

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y DOLOR FÍSICO

			Ansiedad dental	Dolor físico
Rho de Spearman	Ansiedad dental	Coeficiente de correlación	1,000	-,007
		Sig. (bilateral)	.	,935
		N	150	150
	Dolor físico	Coeficiente de correlación	-,007	1,000
		Sig. (bilateral)	,935	.
		N	150	150

En la Tab1a 14 se observa un coeficiente Rho de Spearman de -0,007, con un valor de significancia de 0,935 (p > 0,05). Estos resultados indican que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y el dolor físico en los estudiantes universitarios evaluados. Asimismo, el coeficiente obtenido fue prácticamente nulo.

TABLA 15

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y MALESTAR PSICOLÓGICO

			Ansiedad dental	Malestar psicológico
Rho de Spearman	Ansiedad dental	Coeficiente de correlación	1,000	,091
		Sig. (bilateral)	.	,267
		N	150	150
	Malestar psicológico	Coeficiente de correlación	,091	1,000
		Sig. (bilateral)	,267	.
		N	150	150

En la Tabla 15 se aprecia que la asociación entre la ansiedad dental y el malestar psicológico fue mínima. El coeficiente Rho de Spearman obtuvo un valor de 0,091, acompañado de una significancia de 0,267, superior al nivel establecido de 0,05. En función de estos resultados, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en los estudiantes universitarios evaluados. Asimismo, la magnitud del vínculo identificado fue muy débil, por lo que la variación observada entre la ansiedad dental y el malestar psicológico resultó reducida dentro de la muestra analizada.

TABLA 16

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL E INCAPACIDAD FÍSICA

			Ansiedad dental	Incapacidad física
Rho de Spearman	Ansiedad dental	Coeficiente de correlación	1,000	-,034
		Sig. (bilateral)	.	,680
		N	150	150
	Incapacidad física	Coeficiente de correlación	-,034	1,000
		Sig. (bilateral)	,680	.
		N	150	150

En la Tabla 16 se observa que la asociación entre la ansiedad dental y la incapacidad física fue prácticamente inexistente. El coeficiente Rho de Spearman presentó un valor de −0,034, con una significancia de 0,680, superior al nivel establecido de 0,05. A partir de estos resultados, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en los estudiantes universitarios evaluados. Además, la magnitud de la asociación fue prácticamente nula, lo que indica que las variaciones registradas en la ansiedad dental no mostraron un vínculo relevante con la incapacidad física dentro de la muestra analizada.

TABLA 17

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y INCAPACIDAD PSICOLÓGICA

			Ansiedad dental	Incapacidad psicologica
Rho de Spearman	Ansiedad dental	Coeficiente de correlación	1,000	,204*
		Sig. (bilateral)	.	,012
		N	150	150
	Incapacidad psicológica	Coeficiente de correlación	,204*	1,000
		Sig. (bilateral)	,012	.
		N	150	150

En la Tabla 17 se evidencia una asociación positiva entre la ansiedad dental y la incapacidad psicológica. El coeficiente Rho de Spearman alcanzó un valor de 0,204, con una significancia de 0,012, inferior al nivel establecido de 0,05. Estos resultados muestran que la relación entre ambas variables fue directa, de magnitud débil y estadísticamente significativa. En términos descriptivos, el aumento de las puntuaciones de ansiedad dental se vinculó con mayores puntuaciones de incapacidad psicológica; no obstante, la intensidad de esta asociación fue reducida dentro de la muestra evaluada.

TABLA 18

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y INCAPACIDAD SOCIAL

			Ansiedad dental	Incapacidad social
Rho de Spearman	Ansiedad dental	Coeficiente de correlación	1,000	,066
		Sig. (bilateral)	.	,425
		N	150	150
	Incapacidad social	Coeficiente de correlación	,066	1,000
		Sig. (bilateral)	,425	.
		N	150	150

En la Tabla 18 se advierte que la relación entre la ansiedad dental y la incapacidad social fue de escasa magnitud. El coeficiente Rho de Spearman presentó un valor de 0,066, acompañado de una significancia de 0,425, superior al nivel establecido de 0,05. En consecuencia, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables en los estudiantes universitarios evaluados. Asimismo, la intensidad de la relación observada fue muy débil, lo que refleja una correspondencia mínima entre las puntuaciones de ansiedad dental y las de incapacidad social dentro de la muestra analizada.

TABLA 19

CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD DENTAL Y MINUSVALÍA

			Ansiedad dental	Minusvalía
Rho de Spearman	Ansiedad dental	Coeficiente de correlación	1,000	,077
		Sig. (bilateral)	.	,348
		N	150	150
	Minusvalía	Coeficiente de correlación	,077	1,000
		Sig. (bilateral)	,348	.
		N	150	150

En la Tabla 19 se aprecia que la asociación entre la ansiedad dental y la minusvalía fue de magnitud reducida. El coeficiente Rho de Spearman alcanzó un valor de 0,077 y presentó una significancia de 0,348, superior al nivel establecido de 0,05. A partir de estos resultados, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en los estudiantes universitarios evaluados. Asimismo, la intensidad de la asociación fue muy débil, lo que indica una correspondencia mínima entre las puntuaciones de ansiedad dental y las de minusvalía dentro de la muestra analizada.

2. Discusión

Los hal1azgos descriptivos mostraron una marcada presencia de ansiedad denta1 entre 1os estudiantes evaluados. Del total de participantes, el 57,3 % se ubicó en el nivel severo y el 41,3 % en el nivel moderado, mientras que únicamente el 1,3 % presentó ausencia de ansiedad o un nivel leve. Esta distribución evidencia que prácticamente 1a totalidad de 1a muestra manifestó algún grado de ansiedad frente a 1a atención odontológica, con predominio de 1as categorías de mayor intensidad. 1a frecuencia observada permite reconocer 1a relevancia de este fenómeno en estudiantes universitarios, considerando que 1as respuestas ansiosas pueden vincu1arse con 1a manera en que se percibe y afronta 1a atención dental.

Al comparar estos resultados con los obtenidos por Campano Rojas y Grandez Osorio, se identifican diferencias en 1a distribución de los niveles de ansiedad. En su investigación realizada con pacientes adultos atendidos en un establecimiento de salud de Lima predominó 1a ansiedad leve, seguida de 1as categorías moderada y severa. Esta diferencia podría guardar re1ación con 1as características particu1ares de 1as pob1aciones estudiadas y con sus experiencias previas de atención odontológica. Asimismo, debe considerarse que ambos estudios utilizaron instrumentos diferentes: los autores emplearon 1a Esca1a de Ansiedad Dental Modificada de Corah, mientras que en esta investigación se utilizó el IDAF-4C+, instrumento que aborda componentes emocionales, cognitivos, fisiológicos y conductuales vincu1ados con 1a ansiedad dental (23).

La e1evada frecuencia de ansiedad encontrada también puede analizarse desde e1 carácter multidimensional de esta condición. La respuesta ansiosa ante la atención odontológica no comprende únicamente e1 temor, sino que involucra simultáneamente manifestaciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales. En concordancia con e1lo, Salgare1lo et al. destacan que e1 IDAF-4C+ posibilita examinar distintos componentes implicados en este fenómeno y ofrece una valoración más integral de la experiencia ansiosa. Desde esta perspectiva, los nive1es e1evados identificados en los estudiantes podrían estar re1acionados con la concurrencia de diversas respuestas frente a las situaciones asociadas con la atención dental (5).

En cuanto al objetivo general, e1 análisis evidenció una asociación directa, de intensidad débil y estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la calidad de vida

re1acionada con la salud bucal (Rho = 0,241; p = 0,003). De esta manera, las puntuaciones más e1evadas de ansiedad tendieron a presentarse conjuntamente con una mayor afectación percibida de la calidad de vida vinculada con la salud bucal. Sin embargo, e1 reducido valor de1 coeficiente indica que la re1ación entre ambas variables fue limitada, por lo que la percepción de la calidad de vida bucal también puede encontrarse re1acionada con otros factores individuales, sociales o clínicos.

Estos hallazgos son concordantes con lo informado por Heyeraas et al., quienes estudiaron a universitarios de Medicina y Odontología e identificaron una asociación significativa entre ansiedad dental y calidad de vida re1acionada con la salud bucal. En dicha investigación, los participantes con puntuaciones más altas de ansiedad presentaron también mayores repercusiones negativas en la CVRB. La coincidencia con los resultados obtenidos refuerza la pertinencia de examinar conjuntamente ambas variables en población universitaria (1).

De manera semejante, Padilla-Fonseca et al. analizaron la re1ación entre ansiedad dental y calidad de vida re1acionada con la salud bucal mediante e1 OHIP-14 en pacientes con periodontitis. Los autores observaron que los participantes con mayores nive1es de ansiedad presentaban una percepción menos favorable de su condición bucal. Si bien las características clínicas de aque1la población difieren de las correspondientes a los estudiantes incluidos en este estudio, en ambos casos se identifica una asociación entre una mayor ansiedad dental y una mayor afectación percibida de la salud bucal (21).

En la misma línea, Abdelnabi et al. reportaron que nive1es más elevados de ansiedad dental se re1acionaban con mayores repercusiones negativas sobre la calidad de vida vinculada con la salud oral. Sus resultados guardan correspondencia con la asociación identificada en la presente investigación. No obstante, la comparación debe efectuarse considerando las diferencias clínicas y sociodemográficas existentes entre las poblaciones examinadas en ambos estudios (22).

Respecto a las dimensiones que integran la calidad de vida re1acionada con la salud bucal, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la limitación funcional (Rho = 0,210; p = 0,010). Aunque la intensidad de la re1ación fue débil, las puntuaciones mayores de ansiedad se acompañaron de una mayor percepción de dificultades en aspectos funcionales de la salud bucal, entre e1los aque1los

re1acionados con la percepción de1 sabor y otras molestias vinculadas con las condiciones orales.

La asociación observada con la limitación funcional puede comprenderse considerando que las repercusiones de los problemas bucales no se restringen exclusivamente a sus manifestaciones clínicas, sino que pueden extenderse al desempeño de determinadas funciones y actividades cotidianas. Feng et al. señalan que e1 OHIP-14 permite explorar distintos componentes de1 impacto de la salud oral en universitarios y detectar dificultades funcionales, así como otras repercusiones sobre e1 bienestar percibido. En este contexto, los hallazgos obtenidos sugieren que quienes presentaron mayores nive1es de ansiedad dental también tendieron a percibir mayores limitaciones vinculadas con su condición bucal (6).

Asimismo, se identificó una asociación directa, débil y estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la incapacidad psicológica (Rho = 0,204; p = 0,012). Este resultado muestra que e1 incremento de la ansiedad dental estuvo acompañado por mayores puntuaciones en esta dimensión. La re1ación observada puede comprenderse a partir de las repercusiones emocionales que pueden acompañar a la percepción de problemas bucales, tales como preocupación, temor o dificultades re1acionadas con e1 bienestar psicológico.

En concordancia con e1lo, Su et al. consideran que los componentes psicosociales forman parte re1evante de la calidad de vida re1acionada con la salud oral. Las alteraciones bucales pueden repercutir en la forma en que las personas perciben su bienestar emocional, su seguridad personal y sus re1aciones sociales. Esta perspectiva contribuye a interpretar la asociación encontrada entre ansiedad dental e incapacidad psicológica en la población universitaria evaluada (13).

En contraste, los análisis correspondientes al dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad social y minusvalía no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la ansiedad dental. En estas dimensiones, las variaciones en las puntuaciones de ansiedad no estuvieron acompañadas por cambios suficientemente consistentes como para establecer una re1ación significativa. Este comportamiento podría vincularse con la concentración de la mayoría de los participantes en nive1es medios de impacto de la calidad de vida re1acionada con la salud bucal, reduciendo la variabilidad observable en determinadas dimensiones.

La falta de asociaciones significativas en dimensiones como dolor físico, incapacidad física, incapacidad social y minusvalía también puede ser entendida considerando e1 carácter multidimensional de la calidad de vida re1acionada con la salud bucal. Su valoración comprende aspectos que pueden estar influenciados por condiciones clínicas, conductuales, personales y sociales, además de los componentes psicológicos vinculados con la ansiedad. Chantre et al. señalan que, en estudiantes universitarios, la percepción de1 impacto de la salud oral puede modificarse según las características individuales y las experiencias particulares re1acionadas con la salud. En consecuencia, no necesariamente todas las dimensiones contempladas por e1 OHIP-14 mantienen e1 mismo grado de asociación con un factor psicológico específico (15).

De forma complementaria, Uzarevic y Bulj observaron que la calidad de vida re1acionada con la salud bucal en universitarios presenta variaciones vinculadas con características personales, hábitos y otras condiciones individuales. Estos resultados respaldan la consideración de que la percepción de las repercusiones de la salud bucal responde a múltiples e1ementos y no exclusivamente a la presencia de ansiedad dental. Por e1lo, e1 contexto y las características particulares de los estudiantes también pueden intervenir en la valoración de su bienestar re1acionado con la salud oral (16).

Desde e1 ámbito clínico, los resultados resaltan la importancia de considerar la ansiedad dental durante la atención odontológica, debido a su posible vinculación con la manera en que e1 paciente afronta e1 tratamiento y mantiene la continuidad de sus controles. Wide y Hakeberg explican que esta condición puede persistir mediante conductas de evitación y respuestas anticipatorias desfavorables, las cuales modifican la forma en que e1 individuo se aproxima a la consulta y al tratamiento odontológico. En consecuencia, reconocer oportunamente estas manifestaciones puede contribuir a una atención más ajustada a las características de1 paciente (4).

Finalmente, entre las principales limitaciones debe considerarse que los participantes fueron se1eccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, situación que restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a la totalidad de estudiantes universitarios de Arequipa. A e1lo se añade e1 carácter transversal de1 estudio, ya que las variables fueron evaluadas en un único momento; por esta razón, los resultados permiten establecer asociaciones entre la ansiedad dental y la calidad de vida re1acionada con la salud bucal, pero no determinar re1aciones de causalidad.

3. Conclusiones

Primera: Se determinó una asociación positiva, de intensidad débil y estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la calidad de vida re1acionada con la salud bucal en los estudiantes universitarios de Arequipa, 2026 (Rho = 0,241; p = 0,003). Esto indica que puntuaciones más e1evadas de ansiedad dental se vincularon con una mayor afectación de la calidad de vida bucal, aunque la fuerza de esta re1ación fue reducida.

Segunda: Se identificó una asociación directa, débil y estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la limitación funcional en los estudiantes universitarios de Arequipa, 2026 (Rho = 0,210; p = 0,010), evidenciándose que ambas variables tendieron a incrementarse de manera conjunta.

Tercera: No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y e1 dolor físico en los estudiantes universitarios de Arequipa, 2026 (Rho = -0,007; p = 0,935), por lo que ambas variables no mostraron una re1ación re1evante dentro de la muestra evaluada.

Cuarta: Los resultados no demostraron una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y e1 malestar psicológico en los estudiantes universitarios de Arequipa, 2026 (Rho = 0,091; p = 0,267), observándose además una re1ación de magnitud muy débil.

Quinta: No se encontró evidencia estadística de una re1ación significativa entre la ansiedad dental y la incapacidad física en los estudiantes universitarios de Arequipa, 2026 (Rho = -0,034; p = 0,680), siendo prácticamente nula la magnitud de la asociación registrada.

Sexta: Se estableció una re1ación positiva, débil y estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la incapacidad psicológica en los estudiantes universitarios de Arequipa, 2026 (Rho = 0,204; p = 0,012), lo que muestra que mayores puntuaciones de ansiedad se asociaron con una mayor afectación en esta dimensión.

Séptima: No se identificó una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la incapacidad social en los estudiantes universitarios de Arequipa, 2026 (Rho = 0,066; p = 0,425), evidenciándose una asociación de intensidad muy reducida.

Octava: No se halló una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad dental y la minusvalía en los estudiantes universitarios de Arequipa, 2026 (Rho = 0,077; p = 0,348), por lo que los resultados no muestran un vínculo estadísticamente relevante entre ambas variables.

4. Recomendaciones

Primera: Se recomienda a 1as autoridades de bienestar universitario incorporar la evaluación rutinaria de la ansiedad dental, mediante instrumentos validados como el IDAF-4C+, dentro de los programas de salud integral del estudiante, permitiendo identificar tempranamente a quienes se encuentran en riesgo de deterioro de su calidad de vida bucal.

Segunda: Se recomienda diseñar e implementar estrategias de intervención orientadas a reducir la evitación conductual asociada a la ansiedad dental, tales como técnicas de desensibilización progresiva, comunicación empática durante la consulta y programas de educación en salud oral dirigidos a estudiantes universitarios, dado que la limitación funcional y la incapacidad psicológica fueron las dimensiones de 1a calidad de vida buca1 que mostraron mayor asociación con la ansiedad dental.

Tercera: Se recomienda a futuros investigadores replicar este estudio empleando muestreos probabilísticos y muestras de mayor tamaño que incluyan estudiantes de universidades públicas y privadas de Arequipa, con el fin de obtener resultados generalizables a la población universitaria de la región.

Cuarta: Se recomienda desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de 1a ansiedad dental y su impacto en 1a calidad de vida bucal a lo largo de 1a formación universitaria, así como estudios que incorporen variables clínicas objetivas (como el índice CPOD) para complementar la información obtenida mediante instrumentos de autopercepción.

Quinta: Se recomienda a 1as clínicas odontológicas universitarias capacitar a su persona1 en el manejo de pacientes con ansiedad dental, dado que el 57,3% de los estudiantes evaluados presentó ansiedad severa, cifra que evidencia la necesidad urgente de un abordaje biopsicosocial de la atención odontológica en este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Heyeraas C, Jensen S, Stabell V, Johnsen J, Drachev S. Is Dental Anxiety Associated with Oral Health-Related Quality of Life? Assessment of Statistical Significance and Clinical Meaningfulness in a Sample of Russian Medical and Dental Students. Dentistry journal. 2023 Noviembre; 11(11).

2. Oana A, Bamboi I, Toader B, Rapis A, Nicolau A, Balcos C, et al. A Cross-Sectional Study on the Impact of Dental Fear and Anxiety on the Quality of Life of Romanian Dental Students. Medicina. 2025 Abril; 61(4).

3. Peric R, Tadin A. Associations between Dental Anxiety Levels, Self-Reported Oral Health, Previous Unpleasant Dental Experiences, and Behavioural Reactions in Dental Settings: An Adult E-Survey. Medicina. 2024 Agosto; 60(8).

4. Wide U, Hakeberg M. Treatment of Dental Anxiety and Phobia-Diagnostic Criteria and Conceptual Model of Behavioural Treatment. Dentistry journal. 2021; 9(12).

5. Salgarello S, Garo M, Paganelli C, Vita A, Salvadori M, Audino E. Translation and validation of Italian version of Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+): a Cross-Sectional Study. Dentistry Journal. 2021 Noviembre; 9(12).

6. Feng Y, Lu J, Ouyang Z, Xue L, Li T, Chen Y, et al. The Chinese version of the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) questionnaire among college students: factor structure and measurement invariance across genders. BMC oral health. 2022 Setiembre; 22(1).

7. Winkler C, Bjelopavlovic M, Lehmann K, Petrowski K, Irmscher L, Berth H. Impact of dental anxiety on dental care routine and Oral-Health-Related Quality of Life in a German Adult Population—A Cross-Sectional Study. Journal of Clinical Medicine. 2023 Julio; 12(16).

8. Magerfleisch L, Cunoti N, Qorri R, Weil K, Tröger H, J H. Correlations between psychological anxiety symptoms and physical anxiety symptoms in dental anxiety—a cross-sectional study with 1327 patients. 2025.

9. Armas A, Polanco Taipe D, Soriano-Moreno D. Healthier dietary habits are associated with lower depression and anxiety among medical students at a private university in Lima, Peru: A cross-sectional study. 2026.

10. Silveira E, Cademartori M, Schuch H, Armfield.J , Demarco F. Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta analysis. Journal of dentistry. 2021; 108.

11. Gasparro R, Di Spirito F, Cangiano M, De Benedictis A, Sammartino P, Sammartino G, et al. A Cross-Sectional Study on Cognitive Vulnerability patterns in dental anxiety: The Italian Validation of the Dental Fear Maintenance Questionnaire (DFMQ). International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023 Enero; 20(3).

12. Yactayo-Alburquerque M, Alen-Méndez M, Azañedo D, Comandé D, Hernández-Vásquez A. Impact of oral diseases on oral health-related quality of life: A systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean. PLoS ONE. 2021 Junio; 16(6).

13. Su N, van Wijk A, Visscher C. Psychosocial oral health-related quality of life impact: A systematic review. Journal of oral rehabilitation. 2021 Marzo; 48(3).

14. Garcés-Elías M, Villafuerte-Olivera M, Rodriguez-Riva A, León-Manco R. 11-year analysis of inequalities in access to oral health care in Peru. 2026.

15. Chantre M, Mendes S, Bernardo M. Oral Health-Related quality of life in Portuguese undergraduate students. Journal of clinical and experimental dentistry. 2021 Diciembre; 13(12).

16. Uzarevic Z, Bulj A. Oral Health-Related Quality of Life among Croatian University Students. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 Junio; 18(12).

17. AlJameel A, AlSaleh L, Bawazir N, AlOmair A, AlMalki S. Association between oral health-related quality of life and mental health among university students in Riyadh, Saudi Arabia. Clinical Epidemiology and Global Health. 2025 Mayo; 33.

18. Saintila J. Anxiety and depression symptoms in relation to body mass index, fruit and vegetable intake, and physical activity among nutrition students in Peru: a cross-sectional study. 2026.

19. Rahmah A, Alsaif M, Naser A. The complex interplay between dental anxiety, generalized anxiety, and dental neglect and oral health quality of life in the general public. Healthcare. 2025 Junio; 13(12).

20. Ab Malek A, Mohd Radzi N, Che Musa M, Luai A. Relationship Between Dental Anxiety, Dental Utilization, and Oral Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. Journal of International Oral Health. 2024; 5(16): p. 335-349.

21. Padilla-Fonseca N, Araya-Castillo A, Arias-Campos M, Solís-Rivera A, Jiménez-Matarrita J, Ramírez K. The Relationship Between Dental Anxiety and Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Periodontitis. Diagnostics. 2024 Noviembre; 14(23).

22. Abdelnabi A, Rafeeq Al Kuwafi SB, Ahdash F. Dental Anxiety Impact on Oral Health Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study in Benghazi, Libya. AlQalam Journal of Medical and Applied Sciences. 2025 Marzo.

23. Campano Rojas CV, Grandez Osorio MG. Nivel de ansiedad dental en pacientes adultos de un centro de salud Lima,2021. Tesis de grado. Piura: Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.

24. Alegre Pérez LF, Romero Baca E. Nivel de ansiedad dental en pacientes adultos de un centro de salud público, Lurín-Lima 2022. Tesis de grtado. Piura: Universidad César Vallejo, Facultad de ciencias de la salud; 2022.

25. Carbajal Lopez YM. Nivel de miedo y calidad de vida relacionada con la salud bucal en pacientes de una clínica docente, Lima 2025. Tesis de grado. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2025.

26. Monroy Olano RE. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes de odontología de la Universidad Norbert Wiener durante la Covid-19, Lima 2021.

Tesis de grado. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.

27. Curo-Valdivia Y, Del Castillo-Lopez C. Factores asociados al impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral en trabajadores de una universidad peruana. Revista Estomatológica Herediana. 2024 Junio; 34(2).

28. CHAMBI-APAZA K, LAVALLE-VIDAL G. Ansiedad al tratamiento odontológico y factores sociales en adultos de una consulta odontológica privada de Arequipa, Perú. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2024; 36(2): p. 24-32.

29. Bayona Chavez E. Impacto de la ansiedad dental en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes de la I.E. Nuestra Señora de los Dolores - Arequipa 2023. Universidad Católica de Santa María, Arequipa. 2024.

30. Becerra-Canales B, Condori-Becerra A. Adaptación y validación en adultos peruanos del instrumento Perfil de impacto de la salud oral. Revista Cubana de Estomatología. 2022; 1(59): p. e3285.

31. Zhang Y. Cronbach's alpha in mathematics education research: Its appropriateness, overuse, and alternatives in estimating scale reliability. Frontiers in Psychology. 2022;(13): p. 1074430.

ANEXOS

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Ansiedad dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa, 2026.

Investigador responsable: Arias Huamani, Joel Josehp – Escuela Profesional de Odontología, Universidad Católica de Santa María, Arequipa.

Propósito del estudio

Se le invita a participar en una investigación cuyo objetivo es determinar la relación entre la ansiedad dental y la calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes universitarios de Arequipa. Este estudio forma parte de un proyecto de tesis de pregrado de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica de Santa María.

Procedimientos

Si acepta participar, se le solicitará que complete dos cuestionarios validados: el Índice de Ansiedad y Miedo Dental (IDAF-4C+) y el Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14). El tiempo estimado de llenado es de aproximadamente 15 minutos. Los cuestionarios serán aplicados de forma presencial, en un ambiente privado y cómodo, en horario no lectivo.

Riesgos y beneficios

Su participación no implica ningún riesgo físico ni psicológico. Los datos obtenidos contribuirán a generar evidencia científica local sobre la relación entre la ansiedad dental y la calidad de vida bucal, útil para el diseño de estrategias de atención odontológica más efectivas en la región.

Confidencialidad

Toda la información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad. Los datos serán analizados de forma grupal y no serán utilizados para ningún fin distinto al de esta investigación. No se registrará su nombre ni ninguna información que permita identificarlo(a) en los reportes del estudio.

Voluntariedad

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto le ocasione perjuicio alguno. Si tiene alguna duda o consulta, puede comunicarse con el investigador responsable.

Declaración de consentimiento

Yo, _____, identificado(a) con DNI N° _____, declaro haber leído y comprendido la información anterior, haber tenido la oportunidad de realizar preguntas y haber recibido respuestas satisfactorias. En consecuencia, acepto voluntariamente participar en el presente estudio.

Arequipa, _____de _____de 2026

_____ _____

Firma del participante Firma del investigador

DNI: _____ DNI: _____

Instrumento 1

Estimado(a) estudiante:

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer cómo se siente usted respecto a la atención odontológica. Sus respuestas son completamente confidenciales y serán utilizadas únicamente con fines académicos. Por favor, responda con total sinceridad marcando con una X la opción que mejor describa su situación.

Datos de filiación:

Edad: _____

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Otro ( )

Ciclo académico: _____ Carrera: _____

Instrucciones: Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque con una X el número que mejor describe con qué frecuencia experimenta usted esa situación en relación a la atención odontológica.

N°	Pregunta	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Frecuente (4)	Siempre (5)
1	Me siento nervioso(a) un rato antes de ir al dentista.					
2	Normalmente, intento no ir al dentista porque lo encuentro una experiencia desagradable o estresante.					
3	Me pongo nervioso(a) o tenso(a) por las próximas visitas al dentista.					
4	Creo que algo realmente malo me pasaría si fuera al dentista.					
5	Tengo miedo o temor cuando voy al dentista.					

N°	Pregunta	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Frecuente (4)	Siempre (5)
6	Mi corazón late más fuerte (o va más rápido) cuando voy al dentista.					
7	Cuando me toca ir al dentista lo intento evitar inventando excusas.					
8	Antes de ir al dentista pienso con frecuencia sobre todas las cosas que podrían ir mal.					

Instrucciones: Responda SÍ o NO a cada una de las siguientes afirmaciones según corresponda a su situación actual.

N°	Pregunta	Sí	No
1	El miedo que tengo a ir al dentista, o el evitar ir a su consulta, está afectando mi vida en cosas diarias (por ejemplo, en mis rutinas normales, actividad laboral o académica, actividades sociales o en las relaciones con otras personas).		
2	Estoy muy preocupado(a) porque tengo mucho miedo al dentista.		
3	Creo que el miedo que tengo a ir al dentista es excesivo y no está justificado.		
4	Tengo miedo de ir al dentista porque me preocupa tener un ataque de pánico (me da miedo empezar a sudar mucho, que el corazón me lata muy deprisa, sentir que pierdo el control, tener un dolor en el pecho, etc.).		
5	Tengo miedo de ir al dentista porque en general me preocupa mucho lo que puedan pensar de mí otras personas o no me gusta ser observado(a) por otros (por ejemplo, ser observado por el dentista o la asistente).		

Instrucciones: Indique con qué intensidad cada uno de los siguientes estímulos le genera nerviosismo o preocupación en el contexto odontológico, marcando con una X la opción correspondiente.

N°	Estímulo	Nada nervioso(a) (1)	Un poco nervioso(a) (2)	Bastante nervioso(a) (3)	Muy nervioso(a) (4)	Extrema-damente nervioso(a) (5)
1	Tener un tratamiento doloroso o incómodo.					
2	Sentirme incómodo(a), tímido(a) o avergonzado(a).					
3	No tener el control de lo que está pasando.					
4	Sentirme con náuseas (ganas de vomitar), mareado(a) o asqueado(a).					
5	Tener sensación de adormecimiento (sentir la boca dormida, como hinchada o paralizada por la anestesia).					
6	No saber lo que el dentista va a hacer.					
7	El dinero que cuesta el					

N°	Estímulo	Nada nervioso(a) (1)	Un poco nervioso(a) (2)	Bastante nervioso(a) (3)	Muy nervioso(a) (4)	Extrema-damente nervioso(a) (5)
	tratamiento dental.					
8	Las agujas o inyecciones.					
9	Sentir atragantamiento o asfixia.					
10	Tener un dentista antipático o poco amable.					

Instrumento 2

Estimado(a) estudiante:

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer de qué manera los problemas en sus dientes o boca han afectado su bienestar durante los últimos 12 meses. Sus respuestas son completamente confidenciales y serán utilizadas únicamente con fines de investigación académica. Por favor, responda con total sinceridad marcando con una X la opción que mejor represente su situación.

Datos de filiación:

Edad: _____

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Otro ( )

Ciclo académico: _____ **Carrera:** _____

Instrucciones:

A continuación, encontrará 14 preguntas relacionadas con el impacto de su salud bucal en distintos aspectos de su vida. Para cada pregunta, marque con una X la respuesta que mejor describa con qué frecuencia ha experimentado dicha situación en los últimos 12 meses, según la siguiente escala:

Nunca (0) | Casi nunca (1) | Algunas veces (2) | Frecuentemente (3) | Siempre (4)

N°	Pregunta	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Frecuentemente (3)	Siempre (4)
1	¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras debido a					

N°	Pregunta	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Frecuentemente (3)	Siempre (4)
	problemas con sus dientes o boca?					
2	¿Ha notado que el sabor de los alimentos ha empeorado a causa de problemas con sus dientes o boca?					
3	¿Ha sentido dolor en su boca?					
4	¿Ha presentado molestias al comer algún alimento por problemas con sus dientes o boca?					
5	¿Le preocupan los problemas de sus dientes o boca?					
6	¿Se ha sentido nervioso(a) o estresado(a) a causa de problemas con sus dientes o boca?					

N°	Pregunta	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Frecuentemente (3)	Siempre (4)
7	¿Ha tenido que cambiar su alimentación por problemas con sus dientes o boca?					
8	¿Ha tenido que interrumpir sus comidas por problemas con sus dientes o boca?					
9	¿Ha tenido dificultad para descansar por problemas con sus dientes o boca?					
10	¿Se ha sentido avergonzado(a) por problemas con sus dientes o boca?					
11	¿Ha estado irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes o boca?					

N°	Pregunta	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Frecuentemente (3)	Siempre (4)
12	¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias por problemas con sus dientes o boca?					
13	¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria por problemas con sus dientes o boca?					
14	¿Las molestias en sus dientes o boca le han impedido realizar su vida con normalidad?					

Matriz de sistematización de datos

Código	Edad	Sexo	Carrera	IDAF-4C+ total	Nivel ansiedad dental	OHIP-14 total	Nivel CVRSB	Limitación funcional	Dolor físico	Malestar psicológico	Incapacidad física	Incapacidad psicológica	Incapacidad social	Minusvalía
E001	19	M	Comunicación Social	38	Severa	27	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto
E002	25	M	Educación Inicial	24	Severa	22	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Alto	Medio
E003	23	F	Publicidad y Multimedia	28	Severa	31	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto
E004	23	F	Psicología	28	Severa	34	Medio	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Bajo
E005	23	M	Publicidad y Multimedia	30	Severa	22	Medio	Medio	Alto	Alto	Medio	Bajo	Medio	Alto
E006	25	M	Psicología	37	Severa	33	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo
E007	20	F	Comunicación Social	35	Severa	33	Medio	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Alto
E008	25	M	Psicología	32	Severa	32	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio
E009	24	M	Educación Inicial	28	Severa	28	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Medio	Alto
E010	25	M	Educación Inicial	28	Severa	35	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Bajo
E011	22	M	Publicidad y Multimedia	38	Severa	23	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio	Bajo
E012	24	M	Comunicación Social	34	Severa	28	Medio	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Medio	Bajo
E013	25	F	Comunicación Social	24	Severa	34	Medio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
E014	18	M	Psicología	26	Severa	20	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto
E015	20	F	Publicidad y Multimedia	33	Severa	24	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Bajo	Medio	Alto
E016	20	F	Psicología	32	Severa	33	Medio	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Bajo
E017	24	F	Comunicación Social	37	Severa	31	Medio	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Medio	Medio
E018	22	M	Psicología	38	Severa	23	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
E019	26	F	Publicidad y Multimedia	33	Severa	30	Medio	Medio	Alto	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Alto
E020	24	F	Educación Inicial	34	Severa	25	Medio	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo
E021	25	F	Educación Inicial	34	Severa	36	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Medio
E022	22	M	Publicidad y Multimedia	37	Severa	22	Medio	Medio	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Medio
E023	25	M	Psicología	31	Severa	25	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Bajo	Alto	Alto
E024	22	F	Educación Inicial	27	Severa	20	Medio	Bajo	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto
E025	20	F	Psicología	37	Severa	25	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo
E026	22	F	Psicología	33	Severa	28	Medio	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Medio
E027	20	F	Comunicación Social	36	Severa	31	Medio	Alto	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Alto	Medio
E028	22	F	Psicología	38	Severa	30	Medio	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Medio
E029	24	F	Comunicación Social	25	Severa	27	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto
E030	23	M	Publicidad y Multimedia	33	Severa	21	Medio	Medio	Medio	Alto	Bajo	Alto	Medio	Medio

E031	19	M	Psicología	30	Severa	29	Medio	Medio	Bajo	Alto	Alto	Medio	Bajo	Medio
E032	23	M	Comunicación Social	28	Severa	33	Medio	Medio	Alto	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto
E033	18	F	Educación Inicial	33	Severa	23	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Medio	Alto	Alto
E034	22	F	Publicidad y Multimedia	33	Severa	24	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo	Medio	Alto
E035	21	F	Educación Inicial	32	Severa	20	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio
E036	20	F	Comunicación Social	24	Severa	28	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo	Alto
E037	19	F	Comunicación Social	34	Severa	36	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Bajo
E038	18	F	Publicidad y Multimedia	24	Severa	27	Medio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Medio	Alto	Medio
E039	21	M	Psicología	37	Severa	26	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio
E040	22	F	Educación Inicial	34	Severa	33	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Alto	Alto	Medio
E041	18	F	Comunicación Social	28	Severa	31	Medio	Alto	Alto	Medio	Bajo	Alto	Alto	Bajo
E042	18	F	Psicología	33	Severa	21	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo
E043	26	F	Comunicación Social	26	Severa	32	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Bajo	Alto	Alto
E044	21	F	Psicología	28	Severa	37	Medio	Medio	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Alto	Alto
E045	18	M	Publicidad y Multimedia	29	Severa	37	Medio	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Medio	Alto
E046	20	F	Comunicación Social	38	Severa	23	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Medio	Bajo
E047	23	M	Educación Inicial	32	Severa	24	Medio	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Medio
E048	19	F	Publicidad y Multimedia	28	Severa	29	Medio	Alto	Bajo	Medio	Medio	Medio	Bajo	Alto
E049	26	F	Psicología	34	Severa	34	Medio	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Medio
E050	22	F	Educación Inicial	29	Severa	33	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Medio
E051	24	M	Educación Inicial	27	Severa	34	Medio	Bajo	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto	Medio
E052	21	F	Publicidad y Multimedia	35	Severa	24	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio	Medio
E053	22	F	Psicología	27	Severa	30	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Medio	Medio	Alto	Medio
E054	24	M	Comunicación Social	32	Severa	30	Medio	Alto	Medio	Medio	Bajo	Alto	Medio	Alto
E055	26	F	Publicidad y Multimedia	29	Severa	30	Medio	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Bajo	Medio	Alto
E056	22	F	Psicología	33	Severa	33	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Alto
E057	19	M	Psicología	24	Severa	26	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Bajo
E058	26	F	Comunicación Social	25	Severa	24	Medio	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Alto	Alto	Bajo
E059	22	F	Publicidad y Multimedia	35	Severa	36	Medio	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Medio
E060	24	F	Educación Inicial	32	Severa	36	Medio	Bajo	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Medio
E061	23	M	Psicología	31	Severa	30	Medio	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Medio
E062	23	M	Publicidad y Multimedia	27	Severa	31	Medio	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Bajo	Alto
E063	18	M	Comunicación Social	35	Severa	36	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Bajo	Alto
E064	26	M	Publicidad y Multimedia	29	Severa	30	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Medio	Alto
E065	26	M	Comunicación Social	38	Severa	26	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Alto	Alto

E066	20	F	Psicología	36	Severa	35	Medio	Bajo	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Medio
E067	26	F	Educación Inicial	33	Severa	37	Medio	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
E068	18	F	Psicología	36	Severa	29	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Alto	Alto	Medio	Bajo
E069	25	F	Educación Inicial	35	Severa	21	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Medio	Alto	Alto	Medio
E070	26	F	Psicología	27	Severa	36	Medio	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Alto	Medio
E071	20	M	Educación Inicial	35	Severa	36	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Alto
E072	22	M	Comunicación Social	26	Severa	36	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Alto	Medio	Bajo	Bajo
E073	21	F	Publicidad y Multimedia	27	Severa	31	Medio	Bajo	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio
E074	21	M	Publicidad y Multimedia	38	Severa	37	Medio	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo
E075	19	M	Educación Inicial	25	Severa	25	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Alto
E076	20	M	Psicología	35	Severa	31	Medio	Medio	Bajo	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio
E077	25	F	Comunicación Social	36	Severa	24	Medio	Alto	Bajo	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto
E078	18	M	Psicología	34	Severa	22	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Bajo
E079	22	M	Comunicación Social	25	Severa	21	Medio	Bajo	Alto	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
E080	25	M	Comunicación Social	26	Severa	30	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Alto
E081	22	F	Comunicación Social	35	Severa	22	Medio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Medio	Alto	Bajo
E082	22	M	Educación Inicial	29	Severa	34	Medio	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Alto	Medio	Medio
E083	18	M	Educación Inicial	33	Severa	25	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Medio	Alto	Medio
E084	25	F	Publicidad y Multimedia	27	Severa	32	Medio	Alto	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Medio	Bajo
E085	26	M	Psicología	36	Severa	33	Medio	Alto	Alto	Bajo	Medio	Alto	Alto	Bajo
E086	26	F	Psicología	36	Severa	26	Medio	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Medio	Medio	Bajo
E087	19	M	Publicidad y Multimedia	16	Moderada	27	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Alto	Medio	Medio
E088	19	M	Educación Inicial	16	Moderada	26	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Bajo	Medio	Alto
E089	18	M	Publicidad y Multimedia	16	Moderada	26	Medio	Alto	Alto	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Bajo
E090	19	M	Educación Inicial	16	Moderada	29	Medio	Alto	Alto	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Alto
E091	26	F	Educación Inicial	23	Moderada	21	Medio	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Medio	Bajo
E092	21	F	Comunicación Social	22	Moderada	32	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Alto	Bajo	Bajo
E093	21	F	Educación Inicial	21	Moderada	32	Medio	Medio	Alto	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Bajo
E094	23	F	Educación Inicial	19	Moderada	35	Medio	Alto	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Medio	Alto
E095	19	F	Comunicación Social	22	Moderada	22	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio
E096	26	M	Comunicación Social	16	Moderada	28	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Alto	Alto
E097	20	M	Comunicación Social	16	Moderada	30	Medio	Alto	Bajo	Alto	Medio	Alto	Bajo	Bajo
E098	25	F	Publicidad y Multimedia	17	Moderada	22	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Medio	Bajo	Medio
E099	22	F	Publicidad y Multimedia	20	Moderada	24	Medio	Medio	Alto	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo
E100	19	F	Psicología	23	Moderada	22	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio

E101	25	M	Publicidad y Multimedia	20	Moderada	30	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
E102	22	M	Educación Inicial	21	Moderada	25	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Alto	Medio	Alto
E103	26	M	Educación Inicial	20	Moderada	37	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio	Bajo
E104	20	M	Comunicación Social	19	Moderada	29	Medio	Bajo	Medio	Alto	Alto	Bajo	Medio	Medio
E105	25	F	Psicología	16	Moderada	36	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Bajo	Alto	Alto
E106	26	M	Psicología	21	Moderada	32	Medio	Alto	Bajo	Bajo	Medio	Alto	Medio	Medio
E107	23	F	Publicidad y Multimedia	21	Moderada	20	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Alto	Medio
E108	25	F	Publicidad y Multimedia	19	Moderada	31	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Medio
E109	19	M	Psicología	17	Moderada	33	Medio	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio
E110	20	M	Publicidad y Multimedia	17	Moderada	23	Medio	Bajo	Alto	Medio	Medio	Alto	Bajo	Bajo
E111	19	M	Educación Inicial	18	Moderada	34	Medio	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Bajo
E112	25	M	Comunicación Social	23	Moderada	35	Medio	Bajo	Medio	Medio	Medio	Alto	Bajo	Bajo
E113	24	F	Publicidad y Multimedia	17	Moderada	28	Medio	Alto	Alto	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Medio
E114	20	F	Educación Inicial	20	Moderada	28	Medio	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Medio
E115	19	M	Psicología	22	Moderada	29	Medio	Bajo	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto	Medio
E116	22	F	Psicología	23	Moderada	29	Medio	Medio	Alto	Medio	Bajo	Alto	Alto	Alto
E117	25	F	Psicología	20	Moderada	28	Medio	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Alto
E118	23	M	Comunicación Social	21	Moderada	32	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto
E119	19	M	Publicidad y Multimedia	23	Moderada	30	Medio	Alto	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio	Alto
E120	23	M	Publicidad y Multimedia	16	Moderada	31	Medio	Medio	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Medio
E121	26	F	Comunicación Social	21	Moderada	33	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Medio	Bajo	Bajo
E122	21	F	Comunicación Social	19	Moderada	25	Medio	Bajo	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Bajo
E123	26	F	Psicología	18	Moderada	23	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
E124	24	F	Educación Inicial	23	Moderada	37	Medio	Alto	Bajo	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto
E125	25	F	Comunicación Social	22	Moderada	29	Medio	Bajo	Medio	Alto	Alto	Bajo	Alto	Medio
E126	18	F	Publicidad y Multimedia	22	Moderada	35	Medio	Medio	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Medio	Bajo
E127	20	M	Educación Inicial	20	Moderada	34	Medio	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Alto
E128	22	F	Comunicación Social	19	Moderada	34	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Medio
E129	19	M	Educación Inicial	19	Moderada	30	Medio	Medio	Bajo	Medio	Alto	Alto	Bajo	Alto
E130	19	F	Publicidad y Multimedia	21	Moderada	24	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Medio	Alto	Bajo
E131	24	M	Publicidad y Multimedia	21	Moderada	26	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Alto	Alto
E132	20	M	Comunicación Social	21	Moderada	27	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto	Bajo	Medio	Bajo
E133	22	M	Publicidad y Multimedia	17	Moderada	26	Medio	Medio	Bajo	Medio	Alto	Medio	Bajo	Medio
E134	23	M	Psicología	18	Moderada	21	Medio	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Alto	Bajo
E135	26	F	Comunicación Social	21	Moderada	26	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Medio	Medio	Alto

E136	24	M	Educación Inicial	16	Moderada	31	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto
E137	24	F	Psicología	21	Moderada	26	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio
E138	26	F	Comunicación Social	22	Moderada	34	Medio	Alto	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Medio	Bajo
E139	25	M	Comunicación Social	21	Moderada	23	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Alto	Bajo
E140	22	F	Publicidad y Multimedia	16	Moderada	23	Medio	Bajo	Alto	Alto	Medio	Medio	Bajo	Medio
E141	20	F	Psicología	18	Moderada	47	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Medio	Bajo
E142	19	M	Publicidad y Multimedia	21	Moderada	44	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio
E143	22	M	Educación Inicial	21	Moderada	55	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Medio
E144	20	F	Educación Inicial	20	Moderada	51	Alto	Medio	Medio	Bajo	Medio	Alto	Medio	Alto
E145	19	F	Psicología	23	Moderada	48	Alto	Alto	Bajo	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto
E146	23	M	Comunicación Social	17	Moderada	46	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Medio
E147	23	F	Psicología	20	Moderada	38	Alto	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Medio	Medio
E148	25	F	Educación Inicial	20	Moderada	17	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Alto
E149	23	M	Comunicación Social	8	Leve/Ausente	6	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Medio	Alto
E150	20	F	Comunicación Social	15	Leve/Ausente	5	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Alto