



Revisión de la literatura

Escalas de ansiedad y sus niveles en pacientes con terceros molares impactados. Revisión de la literatura

Francis Carolina Pacheco Sandoval¹, María Viviana Mora Astorga¹,
Diego Andrés Gaibor Rivadeneira¹

¹. Universidad de los Hemisferios. Quito, Ecuador.

Autor de correspondencia:

Francis Carolina Pacheco Sandoval
170603 Quito-Ecuador.
E-mail: carocat122@hotmail.com

Recibido: julio 2021

Aceptado: septiembre 2021

Citar como:

Pacheco Sandoval FC, Mora Astorga MV, Gaibor Rivadeneira DA. Escalas de ansiedad y sus niveles en pacientes con terceros molares impactados. Revisión de la literatura. *Rev Odont Mex.* 2022; 26(2): 21-28. DOI: 10.22201/fo.1870199xp.2022.26.2.87330

Resumen

Introducción: la ansiedad es común en los procedimientos de odontología, y particularmente en cirugía oral, siendo así una de las dificultades más frecuentes para el profesional. **Objetivo:** exponer las diferentes escalas de ansiedad y sus niveles que presentan los pacientes en procedimientos quirúrgicos de terceros molares impactados mediante una revisión literaria entre abril de 2014 y enero de 2021. **Material y métodos:** se realizó una revisión bibliográfica de artículos utilizando las bases de datos *PubMed* y *Google Scholar*, las palabras empleadas en la búsqueda en *PubMed* que respondieron al análisis PICO son "extraction of impacted third molars" y "Anxiety Levels"; "Anxiety" y "impacted third molars" empleando como filtros "Abstract/ Full text" y la combinación

de “pacientes con ansiedad” y “extracción de terceros molares impactados” como términos de búsqueda en *Google Scholar*. La búsqueda arrojó 114 artículos de *Pubmed* y 367 de *Google Scholar*, de los cuales se excluyeron 361 artículos de *Google Scholar* y 97 artículos de *PubMed*, quedando 23 artículos, los cuales fueron leídos por completo. **Resultados:** existen diferentes escalas utilizadas para medir la ansiedad dental de los pacientes que son sometidos a extracciones de terceros molares impactados, las cuales han mostrado buenos niveles de confiabilidad, validez y altas correlaciones con la ansiedad dental. **Conclusiones:** las diferentes escalas que son utilizadas para medir los niveles de ansiedad en pacientes que son sometidos a extracciones de terceros molares impactados son: DAS, MDAS, STAI, SDAI y APAIS, cuyos niveles van desde no ansioso hasta muy ansioso o fobia dental.

Palabras clave: escalas de ansiedad, tercer molar, musicoterapia, procedimiento quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es considerada una actitud emocional negativa, que se manifiesta a través de sensaciones como tensión y miedo, acompañadas de varios signos y síntomas corporales como palpitaciones, hiperventilación, náuseas, debilidad, dolores de cabeza y sudoración¹. Existe confusión en los términos “ansiedad”, “miedo” y “fobia”, utilizándolos de manera intercambiable; sin embargo, se trata de conceptos originalmente distintos². El miedo es considerado como una sensación de angustia, provocada por la presencia de un peligro real o imaginario; la ansiedad se refiere a un estado de inquietud, y la fobia se conceptualiza como la aversión exagerada, incontrolable ante ciertas situaciones. Los tres términos, aunque no son sinónimos, tienen mucha relación y pueden aplicarse a contextos similares³.

La ansiedad es común en los procedimientos de odontología y particularmente en cirugía oral, siendo así una de las dificultades más frecuentes para el profesional⁴. La extracción de terceros molares impactados no suele poner en peligro la vida del paciente y la recuperación suele ser corta; sin embargo, los efectos físicos y psicológicos hacen de la cirugía oral una experiencia desagradable⁵. Los terceros molares erupcionan entre los 16 y los 23 años de edad, inclusive años después, en condiciones normales se posicionan detrás del segundo molar y llegan al plano oclusal; siendo así, los últimos en erupcionar; cuando esto no sucede y no se encuentra en boca se sospecha de impactación, en tanto que la pieza antagonista y contralateral han erupcionado⁶.

La presencia de terceros molares impactados se asocia a la falta de espacio, mala posición o bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza debido a la presencia de un obstáculo mecánico; este queda retenido en el hueso rodeado de su saco pericoronario⁷. La extracción del tercer molar impactado es un procedimiento quirúrgico común para adultos y adolescentes; las principales causas por las que el paciente puede presentar ansiedad son experiencias traumáticas propias o de algún familiar, falta de información sobre el proceso quirúrgico, observar el instrumental, especialmente la jeringa tipo carpule utilizada para la colocación de anestésico local, ver sangre durante el procedimiento, lo cual puede causar síncope vasovagal, vibraciones o sonidos de los motores de baja velocidad y sensación inesperada de dolor, induciendo mayor sensibilidad al punto de abandonar el tratamiento^{8,9}.

Dentro de las recomendaciones para el control de la ansiedad durante el tratamiento quirúrgico de terceros molares impactados se encuentra la intervención farmacológica y no farmacológica; sin embargo, las intervenciones farmacológicas conllevan a riesgos inherentes, como es el caso de la sedación¹⁰. Los métodos no farmacológicos como la musicoterapia tienen un efecto positivo para el paciente al momento de realizar la intervención quirúrgica³. Uno de los problemas más frecuentes reportado por los cirujanos orales en intervenciones quirúrgicas de terceros molares impactados está relacionado con la ansiedad dental que presenta el paciente, la cual repercute en la atención clínica preoperatoria y posoperatoria, lo que puede afectar la planificación del tratamiento y el bienestar general; de esta manera se pretende exponer las diferentes escalas de ansiedad y sus niveles que presentan los pacientes en procedimientos quirúrgicos de terceros molares impactados mediante una revisión literaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se planteo una revisión bibliográfica de artículos entre abril de 2014 y enero de 2021, utilizando las bases de datos *PubMed* y *Google Scholar*. Las palabras empleadas en la búsqueda en *PubMed* con términos booleanos que respondieron al análisis PICO propuesto son "extraction of impacted third molars" y "Anxiety Levels"; "Anxiety" e "impacted third molars"; la combinación de "pacientes con ansiedad" y "extracción de terceros molares impactados" como términos de búsqueda en *Google Scholar*.

Dentro de los criterios de inclusión fueron considerados todos aquellos documentos aportados por diferentes asociaciones profesionales que brindan información acerca de los niveles de ansiedad que presentan los pacientes antes y después de una extracción de terceros molares impactados, estudios clínicos con tratamientos para la ansiedad, revisiones bibliográficas y revisiones sistemáticas. Como criterios de exclusión se seleccionaron estudios que incluyeran otras especialidades odontológicas, estudios retrospectivos, estudios de terceros molares erupcionados, repositorios de universidades y revisiones bibliográficas repetidas.

RESULTADOS

De la búsqueda de la literatura gris en la base de datos *PubMed* se obtuvieron 114 artículos, y en *Google Scholar* 367 artículos. Luego de una revisión según los criterios de exclusión e inclusión se eliminaron 361 artículos de *Google Scholar*, y 97 artículos de *PubMed*, quedando veintitrés artículos, los cuales fueron leídos por completo. Los datos más relevantes son presentados en el presente documento.

Escala Corah Dental Anxiety Scale (DAS)

La Corah Dental Anxiety Scale (DAS) fue creada por Norman Corah en 1969¹¹. El DAS consta de cuatro preguntas con cinco posibles respuestas; dos de ellas relacionadas con el nivel de ansiedad que experimenta el paciente en el entorno clínico estomatológico y las restantes están relacionadas a procedimientos odontológicos como restauraciones y limpieza de dientes^{2, 12}. Las preguntas tienen cinco alternativas de respuesta, obteniéndose rangos de puntaje totales

que van de cuatro a veinte puntos, que permiten categorizar al paciente, de relajado hasta fobia dental. Los puntos asignados en una escala ascendente van desde 1, que significa no ansioso, a 5, extremadamente ansioso, en un rango de valores entre 4, sin ansiedad, y 20, ansiedad máxima; desde los doce puntos el paciente se considera ansioso, y de los quince puntos en adelante se catalogaría al paciente como muy ansioso¹³. El DAS se usa convencionalmente en un rango de 13 para distinguir a los pacientes con ansiedad de los que no la padecen¹².

Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)

La MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) fue desarrollado por Humphris Morrison y Lindsay en 1995¹⁴. Se agregó una pregunta a la Escala de Ansiedad Dental de Corah, mejorando así su consistencia interna¹⁵. La escala es confiable y considera la ansiedad durante la aplicación de anestesia local, el cual es un factor causante de ansiedad en los pacientes¹⁶. La MDAS es un cuestionario diseñado específicamente para medir el miedo anticipado; consta de cinco preguntas de opción múltiple con puntuaciones que van desde 5, que significa sin ansiedad, a 25, ansiedad máxima; una puntuación superior a trece puntos se considera ansiedad alta¹⁷, mientras que una puntuación mayor a diecinueve se considera fobia⁹. Actualmente la MDAS ha sido más validada en otros idiomas y culturas en comparación con la DAS, por lo que se puede considerar el instrumento más utilizado recientemente por la comunidad científica en el medio estomatológico⁸.

Escala De Ansiedad Dental (SDAI)

Escala de Ansiedad Dental (SDAI) fue desarrollado por Stouthard, Groen y Mellenbergh en 1995. Es un instrumento de autorreporte que consta de nueve ítems que evalúan situaciones referentes al tratamiento odontológico en el cual el paciente manifiesta ansiedad¹⁸. Los reactivos se presentan en forma de afirmaciones *Sí* o *No*; a cada punto se le asigna un valor numérico, así se obtiene una puntuación total como resultado de la suma de los puntajes de cada ítem. La puntuación total se encuentra en el rango 0 y 45 puntos, y se clasifica de la siguiente forma: 0-10 puntos, sin ansiedad; 11-19 puntos: levemente ansioso; 20-27 puntos, moderadamente ansioso, y 28-45 puntos, extremadamente ansioso. Este inventario ha mostrado buenos niveles de confiabilidad, validez y altas correlaciones con relación a la ansiedad dental⁴. Sin embargo, este instrumento no ha sido validado ni utilizado en la actualidad⁸.

Escala STAI

La STAI consta de cuarenta preguntas, veinte de ellas para el rasgo de ansiedad STAI-T y otras veinte para el estado de ansiedad STAI-S; la escala consta de cuatro posibles respuestas con una puntuación de 0, ninguna, a 3, mucho, y el rango de los valores puede ser de cero a sesenta puntos^{12, 13}. Las puntuaciones del STAI se clasifican comúnmente como ansiedad baja o nula, puntuación de veinte a 37 puntos; ansiedad moderada, puntuación de 38 a 44 puntos, y ansiedad alta, puntuación de 45 a 80 puntos¹⁵.

Escala STAI-TRAIT

La escala State-Trait Anxiety Inventory STAI-T es la prueba más utilizada para medir el rasgo de ansiedad¹⁹; tiene veinte preguntas de autoevaluación sobre situaciones habituales que el paciente percibe como amenazantes, que van de 0 a 3, de “casi nunca” a “casi siempre”¹⁷. El rasgo de ansiedad es una característica permanente de la personalidad de cada emoción individual^{13,19}.

Escala STAI-STATE

El Inventario de Ansiedad Estatal de Spielberger (STAI-S) es una de las escalas más utilizadas en la investigación de la ansiedad, aunque no es una escala específica para la ansiedad dental¹⁵. Esta escala es utilizada para medir el estado de ansiedad que refiere al estado emocional del cuerpo humano¹³. El cuestionario del estado de ansiedad tiene veinte preguntas de autoevaluación, que van de 0 a 3; evalúa el estado emocional transitorio sobre sentimientos subjetivos de estrés y aprensión que tienden a fluctuar en intensidad a lo largo del tiempo¹⁷.

Escala De Ansiedad Preoperatoria De Ámsterdam (APAIS)

En 1996, el grupo holandés de Moermann desarrolló la escala Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), que consta de seis reactivos; dos de ellos relacionados con la cirugía, dos relacionados con la anestesia y los otros dos ítems evalúan la necesidad de dar información al paciente sobre el procedimiento^{13,20}. Cada una de las preguntas se evalúa con una escala de Likert de 0 a 5, siendo 1 el valor más bajo (nada) y 5 el valor más alto (extremadamente), con un máximo de veinte puntos; un valor >11 es considerado nivel de ansiedad alto²¹.

DISCUSIÓN

Existen diferentes escalas para medir la ansiedad dental como son DAS, MDAS, STAI, SDAI y APAIS, cuyos niveles varían desde sin ansiedad hasta muy ansioso^{13,22-26}. Las escalas han mostrado confiabilidad y validez al momento de ser aplicadas en pacientes que son sometidos a extracciones de terceros molares impactados^{11,27}. La escala DAS ha sido reemplazada por la escala MDAS, ya que en su contenido no se incluyó ninguna pregunta referente a la aplicación de anestésico, utilizado en procedimientos quirúrgicos, la cual constituye un factor causante de ansiedad para muchos pacientes; la escala MDAS ha sido convertida a más idiomas en comparación con la DAS, por lo que se puede considerar como el instrumento más utilizado recientemente en el área odontológica⁸. La escala más importante para medir el estado de ansiedad y el rasgo de ansiedad es la STAI, obteniendo mayor correlación y confiabilidad al momento de ser aplicada¹³. El SDAI es la versión reducida del Inventario de Ansiedad Dental (DAI), la versión original consta de 36 reactivos y al considerarse demasiado largo, se establece la versión corta SDAI; sin embargo este instrumento no ha sido validado ni utilizado en la actualidad⁸.

Las puntuaciones están relacionadas con la edad y género de los pacientes¹³. Se ha encontrado una disminución de ansiedad con el aumento de edad del paciente; la mayoría de ellos se ubicaron en el grado levemente ansiosos y la minoría lo hizo en el grado de extremadamente ansiosos¹⁸. En relación con el género los pacientes masculinos no presentaron ansiedad

o estuvieron levemente ansiosos con respecto al género femenino, que estuvieron levemente ansiosas y moderadamente ansiosas²⁸. Estudios argumentan que estas diferencias en los niveles de ansiedad entre sexos pueden atribuirse a los diferentes umbrales de dolor entre hombres y mujeres, o también se debe a que las mujeres expresan con mayor libertad sus miedos que los hombres¹³. Pacientes con experiencia en extracción de dientes presentaron menor ansiedad que los pacientes sin experiencia en extracciones; esto se puede atribuir a que los pacientes que tenían experiencia previa en la extracción de dientes tenían una comprensión más detallada del proceso y una preparación más adecuada para la tolerancia del dolor^{9, 28}.

Comúnmente informar a los pacientes sobre su tratamiento puede aumentar su ansiedad y eventualmente puede disuadirlos de someterse al mismo; algunos estudios han indicado que la comunicación médico-paciente es la mejor manera de aliviar la ansiedad²⁰. La presentación de videos preoperatorios aumentó los niveles de ansiedad del paciente de forma notable en todas las escalas^{21, 23}, se mostró que ver videos antes del procedimiento quirúrgico tiene un efecto negativo en el nivel de ansiedad de los pacientes; de esta manera, los pacientes presentaron un nivel mayor de ansiedad al ver los videos preoperatorios y un porcentaje mínimo no presentó ansiedad²⁴. Sin embargo, se demostró que brindar información a los pacientes ayuda a comprender de mejor manera el procedimiento quirúrgico y los cuidados posoperatorios¹¹.

Es importante utilizar otras medidas para tranquilizar al paciente, reforzar aspectos positivos para la comodidad del mismo²⁴, como la musicoterapia, la cual es considerada una herramienta distractora: la música desvía las acciones dolorosas o desagradables; en el área de la odontología se emplea para disminuir la ansiedad que el tratamiento ocasiona, busca tanto mejorar la comunicación con el paciente como propiciar su relajación durante la atención, cuando el paciente escucha música tiende a cerrar los ojos y concentrarse en el audio, esto le impide enfocarse en los instrumentos ruidosos producidos por el equipo dental, como las piezas de alta y baja velocidad que maneja el odontólogo durante la cirugía, evitando mantenerse en alerta³. Los efectos de la musicoterapia reportados hasta ahora son fisiológicos, psicológicos e intelectuales²⁵, dentro de los primeros, se ha demostrado que modifican la frecuencia cardiaca, el pulso, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria, el umbral del dolor; por su parte, los efectos psicológicos permiten la estimulación de las emociones, además de que producen relajación y sedación física³. Dentro de la teoría denominada compuerta del dolor, la música actúa como distractor capaz de menguar la sensación de dolor percibido, porque la experiencia agradable estaría cerrando la puerta de entrada del estímulo doloroso²⁶.

La falta de estudios sobre las escalas y los niveles de ansiedad que presentan los pacientes antes de una atención odontológica o procedimientos quirúrgicos, como es la extracción de terceros molares impactados, constituye una limitante, ya que la mayoría de profesionales no se preocupa del estado emocional, sensaciones y síntomas corporales que puede manifestar el paciente antes de entrar a la intervención quirúrgica; si el profesional utiliza una escala mal confeccionada tomará decisiones erradas, lo cual no sólo afecta al paciente sino a la relación paciente-odontólogo, y finalmente al tratamiento.

Es importante realizar una buena historia clínica con una correcta anamnesis, el consentimiento informado y la aplicación de las diferentes escalas para medir los niveles de ansiedad de los pacientes antes de ser sometidos a la extracción de terceros molares impactados y luego el mismo para el control postoperatorio, los profesionales conocen los diferentes factores que conducen que su paciente presente ansiedad dental, por lo que tratan de evitar o dar solución para la comodidad de sus pacientes; de igual manera, las diferentes escalas ayudan a una mejor comprensión del procedimiento quirúrgico y sus posibles complicaciones, siendo un requisito previo fundamental para lograr un tratamiento dental óptimo, que debe implementarse en la práctica dental diaria.

CONCLUSIÓN

Las diferentes escalas que son utilizadas para medir los niveles de ansiedad en pacientes que son sometidos a extracciones de terceros molares impactados son: DAS, MDAS, STAI, SDAI, APAIS; cuyos niveles van desde no ansioso, siendo el nivel más bajo, hasta muy ansioso o fobia dental, siendo el nivel más alto; estas escalas resultan confiables y validas al momento de ser aplicadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pozo Bassi J, Pavez Tetlak C, Riquelme Tapia D, Quiroga del Pozo J. Comparación en los niveles de ansiedad en pacientes previo a la realización de terapia endodóntica y periodontal. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2015; 8(3): 208–12. DOI: 10.1016/j.piro.2015.07.002
2. Ríos Erazo M, Ronda Herrera R, Rojas AG. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Av Odontoes-tomatol*. 2014; 30(1): 39–46.
3. Aguilar D, Aguilar M, Salinas R, Mendoza C, Treviño M. Ansiedad por tratamiento dental y musico-terapia: revisión de la literatura. *Cienc en la Front Rev Cienc y Tecnol la UACJ* [Internet]. 2021 (Suppl 1): 199–212. Disponible en: <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/3527>
4. Cázares de León F, Lozano Laín A, Gutiérrez Lizardi P, Salinas Noyola A. Grados de ansiedad en la extracción de un tercer molar impactado. Diferencias de género. *Univ Odontol*. 2016; 35(75): 1–18. DOI: 10.11144/Javeriana.uo35-75.gaet
5. Tornelli HR, Nader Marcos BD, Kanegane K, Tornelli MJ, Garcia Rocha R, Silva Prado RM, et al. Aná-lisis de los niveles de cortisol salival y α -amilasa en cirugía del tercer molar. *Odontología*. 2019; 21(1): 44–55. DOI: 10.29166/odontologia.vol21.n1.2019-44-55
6. González Espangler L, Mok Barceló P, De la Tejera Chillón A, Valles YG, Leyva Lara ML. Caracteri-zación de la formación y el desarrollo de los terceros molares. *MEDISAN*. 2014; 18(1): 34–44.
7. Cirugía de las retenciones dentarias. En: Raspall G. Cirugía oral e implantología. 2ª. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007. pp. 95-124.
8. Rodríguez Chala H, Cázares de León F. Instrumentos para evaluar ansiedad al tratamiento es-tomatológico en el adulto. *Rev Cubana Estomatol*. 2019; 56(3): 1–20.
9. Xu JL, Xia R. Influence Factors of Dental Anxiety in Patients with Impacted Third Molar Extractions and its Correlation with Postoperative Pain: A Prospective Study. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2020; 25(6): e714–9. DOI: 10.4317/medoral.23293
10. Hasheminia D, Kalantar Motamedi MR, Karimi Ahmadabadi F, Hashemzahi H, Haghighat A. Can Ambient Orange Fragrance Reduce Patient Anxiety During Surgical Removal of Impacted Man-dibular Third Molars? *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2014; 72(9): 1671–6. DOI: 10.1016/j.joms.2014.03.031
11. Kazancioglu HO, Tek M, Ezirganli S, Demirtas N. Does Watching A Video on Third Molar Surgery Increase Patients' Anxiety Level? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015; 119(3): 272–7. DOI: 10.1016/j.o000.2014.10.012
12. Choi SH, Won JH, Cha JY, Hwang CJ. Effect of Audiovisual Treatment Information on Relieving Anxi-ety in Patients Undergoing Impacted Mandibular Third Molar Removal. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015; 73(11): 2087–92. DOI: 10.1016/j.joms.2015.06.175
13. Tarazona B, Tarazona-Álvarez P, Peñarrocha-Oltra D, Rojo-Moreno J, Peñarrocha-Diago M. Anxiety Before Extraction of Impacted Lower Third Molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015; 20(2): e246–50. DOI: 10.4317/medoral.20105

14. Ferreira-Gaona MI, Díaz-Reissner CV, Pérez-Bejarano NM, Cueto-González NC, Leggio-González TG, Cardozo-Lovera LB, et al. Nivel de ansiedad de los pacientes antes de ingresar a la consulta odontológica. *Rev Cienc Salud*. 2018; 16(3): 463–72. DOI: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7266
15. Sancak KT, Akal ÜK. Effect of Verbal and Written Information and Previous Surgical Experience on Anxiety during Third Molar Extraction. *J Oral Maxillofac Surg*. 2019; 77(9): 1769.e1–1769.e7. DOI: 10.1016/j.joms.2019.05.014
16. Alfotawi R, Alhowikan A, Alfadhel A, Premnath S, Tawhari J, Alhamid A, et al. A Novel Assessment Tool Monitoring the Level of Patient Anxiety during Third Molar Surgery Procedure. *Heliyon*. 2020; 6(1): e02576. DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e02576
17. Reyes-Gilabert E, Luque-Romero LG, Bejarano-Avila G, Garcia-Palma A, Rollon-Mayordomo A, Infante-Cossio P. Assessment of Pre and Postoperative Anxiety in Patients Undergoing Ambulatory Oral Surgery in Primary Care. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017; 22(6): e716–22. DOI: 10.4317/medoral.21929
18. Córdova Sotomayor DA, Santa Maria Carlos FB. Niveles de ansiedad en pacientes adultos de una clínica odontológica en una universidad peruana. *Rev Estomatol Herediana*. 2018; 28(2): 89. DOI: 10.20453/reh.v28i2.3324
19. Hosgor H, Coskunes FM, Tokuc B. Correlation Between Preoperative Pressure Pain Assessments and Anxiety and Postoperative Pain in Impacted Lower Third Molar Surgery. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2021; 47(1): 15–9. DOI: 10.5125/jkaoms.2021.47.1.15
20. Göçmen G, Atalı O, Gonul O, Goker K. Impact of Informed Consent on Patient Decisions Regarding Third Molar Removal. *Niger J Clin Pract*. 2017; 20(2): 158–62. DOI: 10.4103/1119-3077.164354
21. Omezli MM, Torul D, Kahveci K. Does Watching Videos Increase the Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Third Molar Surgery? A Randomized Trial. *J Oral Maxillofac Surg*. 2020; 78(2): 216.e1–216.e9. DOI: 10.1016/j.joms.2019.09.027
22. Le SH, Tonami K, Umemori S, Nguyen LTB, Ngo LTQ, Matakı S. The Potential of Heart Rate Variability for Exploring Dental Anxiety in Mandibular Third Molar Surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2018; 47(6): 809–15. DOI: 10.1016/j.ijom.2018.01.019
23. Raocharernporn S, Boonsiriseth K, Khanijou M, Wongsirichat N. Hemodynamic Changes and Pain Perception-Related Anxiety after Experiencing an Impacted-Tooth Removal: Clinical Practice Outcome. *J Dent Anesth Pain Med*. 2017; 17(2): 105–11. DOI: 10.17245/jdapm.2017.17.2.105
24. Laskin DM, Priest JH, Alfaqih S, Carrico CK. Does Viewing a Third Molar Informed Consent Video Decrease Patients' Anxiety? *J Oral Maxillofac Surg*. 2018; 76(12): 2515–7. DOI: 10.1016/j.joms.2018.08.001
25. Yamashita Y, Shimohira D, Aijima R, Mori K, Danjo A. Clinical Effect of Virtual Reality to Relieve Anxiety During Impacted Mandibular Third Molar Extraction Under Local Anesthesia. *J Oral Maxillofac Surg*. 2020; 78(4): 545.e1–545.e6. DOI: 10.1016/j.joms.2019.11.016
26. Klassen JA, Liang Y, Tjosvold L, Klassen TP, Hartling L. Music for Pain and Anxiety in Children Undergoing Medical Procedures: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Ambul Pediatr*. 2008; 8(2): 117–28. DOI: 10.1016/j.ambp.2007.12.005
27. Aznar-Arasa L, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E, Gay-Escoda C. Patient Anxiety and Surgical Difficulty in Impacted Lower Third Molar Extractions: A Prospective Cohort Study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014; 43(9): 1131–6. DOI: 10.1016/j.ijom.2014.04.005
28. Tanidir AN, Atac MS, Karacelebi E. Information Given by Multimedia: Influence on Anxiety About Extraction of Impacted Wisdom Teeth. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2016; 54(6): 652–7. DOI: 10.1016/j.bjoms.2016.03.026