

**“MEDICIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN ODONTÓLOGOS
PRACTICANTES, RESPECTO A LA ATENCIÓN DE PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL AREA DE ODONTOPEDIATRÍA
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA”**

TESIS PRESENTADA POR:

GUSTAVO MARTINEZ CASTELLANOS

ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICÓ EL
EXAMEN GENERAL PÚBLICO, PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, JUNIO DE 2004

DL
09
T(1460)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruíz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. Cesar Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitan
Vocal Quinto:	Br. Roberto Wehncke Azurdia
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Alejandro Ruiz Ordoñez
Vocal Segundo:	Dr. Kurt Dahinten Galán
Vocal Tercero:	Dr. María Eugenia Castillo
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

DEDICO ESTE ACTO

- A DIOS:** Ser hermoso que ha estado a donde quiera que voy, a través de Jesucristo y su Espíritu Santo.
- A MIS PADRES:** Instrumentos de Dios que han hecho posible este éxito, el cual es de ustedes. Madre gracias por tu amor y tu entrega, gracias por creer en mí.
- A MIS HERMANOS:** Brenda Maria, Ricardo José, Mario, Manuela, Leyla, Renato, Naty, gracias por su apoyo, por su cariño.
- A MI ABUELITA:** Cony, por su amor, ternura y entrega, te amo.
- A MI TIO:** Juan Pablo, mi hermano de toda la vida por compartir conmigo.
- A MIS FAMILIARES:** Gracias por su cariño y respeto.
- A MIS AMIGOS:** Agradezco su apoyo durante mi carrera especialmente a Omar de León (Q.E.P.D.), David Contreras, Yeni Neal, Rosaura Padilla, Emilio Berthet, Oscar García, Thelma Ruiz, Mario Castañeda, Luis Paíz, Luis Pablo Méndez, Faruc de León.
- A USTED** Por acompañarme.

DEDICO ESTA TESIS

A Dios, todopoderoso

A mis padres

A mi patria Guatemala

A la ciudad de Antigua Guatemala

A mi querido colegio "La Salle" Antigua Guatemala

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Facultad de Odontología

A mis padrinos Dr. Kurt Dahinten, Dra. Ligia Mejía.

A mis catedráticos e instructores que compartieron sus conocimientos y su
sabiduría, muchas gracias

A todas las personas que de alguna manera me ayudaron a lo largo de mi carrera,
muchas gracias y que Dios los bendiga.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:

“MEDICIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN ODONTÓLOGOS GENERALES, RESPECTO A LA ATENCIÓN DE PACIENTES NIÑOS EN LA PRÁCTICA PRIVADA,” conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero agradecer a mi asesor Dr. Kurt Dahinten, a los profesionales consultados, Licda. Maria Teresa de Mont, Dra. Rosaura Padilla, Lic. Inf. Boris Salguero por brindarme el apoyo, los datos, los materiales, para la realización de dicho trabajo.

Y a vosotros señores del Honorable Tribunal Examinador os ruego aceptar las muestras de mi más alta consideración y respeto.

Muchas gracias.

INDICE

Sumario.....	1
Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Problema.....	5
Justificación.....	6
Revisión de literatura.....	7
Objetivos.....	53
Hipótesis.....	54
Variables.....	55
Materiales y métodos.....	56
Presentación de resultados.....	58
Discusión de resultados.....	78
Conclusiones.....	84
Recomendaciones.....	85
Bibliografía.....	83
Anexos.....	88

SUMARIO

En el presente estudio se midió el nivel de ansiedad de los odontólogos practicantes, respecto a la atención de pacientes atendidos en la clínica del Área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos. La investigación se realizó con una muestra de ciento cincuenta odontólogos practicantes, divididos en tres grupos, cada uno de cincuenta estudiantes, de acuerdo al nivel académico, en este caso, cuarto año, quinto y quinto pendientes de requisitos clínicos, los cuales fueron seleccionados al azar, sin tomar en cuenta el género, ni la edad.

La recaudación de los datos se hizo mediante test psicológicos de ansiedad STAI-82 (State Trait Anxiety Inventory) con una adaptación hecha especialmente para Guatemala, por C.D. Spielberger y colaboradores, dicho test evalúa en su primera parte la ansiedad de tipo situacional (SE), y la segunda parte se refiere a una ansiedad residente (SR), es decir determina si la persona es ansiosa durante toda su vida y no solamente en ocasiones específicas.

Se les pidió a los estudiantes que voluntariamente respondieran al test, constando cada parte de este con veinte preguntas, y cuatro opciones en cada pregunta de acuerdo al nivel, debiendo marcar una opción solamente, la prueba no tiene un tiempo determinado, pero de acuerdo al inventario evaluativo, se contempla que un tiempo de 15 minutos es razonable, aunque ningún estudiante se excedió de 10 minutos.

Se determinó que los odontólogos practicantes, experimentan niveles ansiosos elevados en la clínica odontopediátrica, no importando el nivel académico, y que hay una leve diferencia ascendente de cuarto año, que no es significativa. Es decir el comportamiento de los tres grupos es similar.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se presenta un tema que parte desde el punto de vista psicológico. En algunas situaciones se experimenta estrés o ansiedad, de tipo normal o patológico que pueden modificar el comportamiento, la organización de las actividades, la estabilidad emocional, y el desempeño normal de actividades, muchas veces con temores o evitaciones en alguna circunstancia no específica, durante toda nuestra vida o simplemente durante un contexto en especial, en este caso un ambiente odontopediátrico. Dentro de la ansiedad existen una serie de trastornos los cuáles se exponen más adelante en esta investigación, además se midió el grado de ANSIEDAD de los odontólogos practicantes, que atienden pacientes en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ANTECEDENTES

Según tesis consultadas en la biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, "Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por odontólogos", de aquí se encontraron tres estudios, "Con odontólogos generales, odontopediatras y odontopracticantes" además se hizo una tesis la cual comparó los resultados de los estudios anteriormente mencionados, respecto a la medición de la ansiedad en los pacientes pediátricos, considerando estos estudios muy interesantes y de mucha ayuda para una mejor atención a dichos pacientes. Sin existir la contraparte, un estudio que enfocara la persona tratante, que obviamente experimentaría niveles de ansiedad desconocidos.

PROBLEMA

La mayoría de los Odontólogos practicantes regularmente están expuestos a ciertos grados de ansiedad previo a la realización de tratamientos clínicos de los pacientes odontopediátricos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que puede ser activado por diferentes causas, mencionando situaciones que están fuera del alcance de los odontólogos practicantes, que proyectan a pensar, el no terminar los procedimientos programados para la cita y el retraso del cumplimiento de los requisitos, por ejemplo la impuntualidad o inasistencia del paciente niño a su respectiva cita, el tipo de tratamiento y un tiempo determinado para lograr hacerlo, el sistema de distribución de materiales para los tratamientos asignados, también el grado de madurez del niño es decir la colaboración, o reacción negativa ligada a las malas experiencias o falta de madurez. Todo esto sin duda produce un diferente nivel de ansiedad, en los Odontólogos practicantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

JUSTIFICACIÓN

Según tesis consultadas en la biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala se encontró la medición de la ansiedad en los pacientes pediátricos, considerando estos estudios muy interesantes y de mucha ayuda para una mejor atención a dichos pacientes, pero tenemos que tomar en cuenta que el Odontólogo practicante y su nivel de ansiedad, constituye la contraparte de un tratamiento en la clínica del área de odontopediatría. Ya que la reducción de la ansiedad es fundamental para que los individuos puedan empezar a desenvolverse en su rutina diaria odontopediátrica sin detrimentos.

Es aquí donde pudimos observar la falta de un estudio sobre La Medición del grado de ANSIEDAD en odontólogos practicantes, respecto a la atención de pacientes atendidos en la clínica del área de odontopediatría.

En consideración a que el grado de ansiedad es parte importante para la estabilidad y para la condición psicológica del Odontólogo practicante, se convino realizar el estudio para evaluar cambios emocionales que alteren la conducta y la personalidad de los odontólogos practicantes.

Adicionalmente, la investigación aportó información valiosa con relación al grado de ansiedad en las Clínicas Odontopediátricas.

MARCO TEÓRICO

ANSIEDAD

1. DEFINICIÓN

La ansiedad es un estado o sensación de aprehensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intra psíquico más externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse. En donde la causa permanece oculta para el observador y para el propio sujeto (7)

Este estado puede ser consecuencia de una respuesta racional a determinada situación que produce tensión, como pasar a consulta dental o solicitar tratamientos dentales, o de una preocupación general sobre las incertidumbres de la vida, constituye un estado patológico. (2)

La ansiedad es un sentimiento experimentado prácticamente por todos los seres humanos. Es una sensación normal que acompaña a las personas durante todo su desarrollo, estando presente al vivir cambios y situaciones nuevas, como pueden ser el primer día de escuela, una primera cita, los exámenes, entrevistas de trabajo, enfrentarse a la muerte. (1)

Decimos que es normal la ansiedad cuando su intensidad y su carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni malas adaptaciones. La *ansiedad normal* cumple funciones útiles, pues incrementa la prontitud de la persona para la acción inmediata y vigorosa, le da sabor a la espera de algo placentero y *suele ser la raíz de la risa y del goce*. La persona moderadamente ansiosa, como un vigilante está más preparada para vigilar y se muestra cauta y sensible, de hecho la ansiedad moderada puede incrementar la resistencia de una persona a una emergencia. Cuando moderada, la ansiedad puede volver a la persona sensible, perceptiva y más espiritual de lo que era, dejándola mejor preparada para enfrentarse a una crisis que si estuviera relativamente relajada y desprevenida y a veces, bajo la influencia de *ansiedad intensa* la gente lleva a cabo hechos superiores a sus fuerzas y manifiesta un valor por encima del nivel ordinario. (5)

La ansiedad normal se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, indiferenciada y generalizada ante una amenaza inespecífica, vaga u originada por algún conflicto. La persona ansiosa suele sentirse inquieta y puede presentar síntomas corporales como dolor de estómago, sequedad bucal, sudoración, dolor de cabeza. También se considera a la ansiedad como un signo de alerta que permite a las personas prepararse para enfrentar las amenazas ordinarias del

ambiente, como un mecanismo para la supervivencia. Es decir, se activa el sistema defensivo frente a una situación de peligro real. La ansiedad desaparece una vez que el peligro ha pasado. (1)

La ansiedad es una experiencia común a todos los hombres en mayor o menor medida y una característica constante de todos los comportamientos patológicos: prácticamente todos o casi todos los comportamientos patológicos del hombre están acompañados por la experiencia y las manifestaciones visibles de la ansiedad. (10)

Pero la ansiedad normal tiene desventajas. Si una persona no puede hacer nada en una situación que justificadamente la pone ansiosa, sufrirá sin propósito ninguno una sensación de tensión, de preocupación y de expectativa vaga. Con el tiempo tal tipo de reacción fatiga y agota los recursos de una persona. Incluso si la ansiedad prepara a la persona normal para una acción rápida y eficiente, la hace *perder su libertad y su flexibilidad*. La persona se limita sus intereses en la búsqueda de posibles peligros, a una predisposición a reaccionar y a una evitación de que se le pesque descuidada con posibles reacciones de agresividad o violencia. (5)

Al referirse a la ansiedad patológica, se habla de una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en función de su intensidad o su duración. Se

trata de un padecimiento importante sin un referente externo válido que es vivenciado por la anticipación de un futuro incierto, inseguro y amenazante acompañando de un sentimiento de inseguridad predominante. A diferencia de la ansiedad normal en la ansiedad patológica la persona no puede detener la reacción defensiva una vez que el peligro ha pasado. (1)

Esta ansiedad patológica puede generar una serie de trastornos que se denominan Trastornos de Ansiedad, que en líneas generales son una respuesta disfuncional basada en la sobreestimación del grado de peligro (tanto de un estímulo interno como externo) y una subestimación de las habilidades o recursos personales para afrontarlo. Un trastorno de ansiedad puede ser conceptualizado metafóricamente como un sistema de alarma hipersensitivo. El paciente patológicamente ansioso experimenta innumerables "falsas alarmas" lo que lo mantiene en un estado de estrés constante. (1)

En algunos casos, la ansiedad representa el único elemento patológico observable y entonces puede considerarse como una entidad nosográfica suficientemente individualizada (neurosis de ansiedad), mientras que en otros casos es solo uno más de los numerosos síntomas representados por el paciente y entra a formar parte de la sintomatología específica de diversos cuadros patológicos. (10)

Durante mucho tiempo, el término angustia fue diferenciado de la ansiedad, caracterizando a la angustia como una expresión predominantemente somática en forma de constricción y opresión, vivenciada en un presente sufriente, es decir, por un sufrimiento físico general además de esa sensación difusa y generalizada de anticipación a un peligro, común de la ansiedad. Actualmente se lo utiliza como sinónimo de ansiedad, debido a que se considera a ambos como un estado psicológico displacentero acompañado frecuentemente de síntomas fisiológicos, descritos como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Suárez Richards, 1995. Aunque no se dispone de estudios epidemiológicos que estimen la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general consensualmente se los considera trastornos muy frecuentes. Las cifras que se tienen oscilan entre un 15 y un 25% de probabilidad de incidencia de los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida (Greist & Jefferson, 1989).(1)

La ansiedad se manifiesta a través de tres grupos de síntomas usualmente presentes de manera simultánea, pero que pueden estar representados de diferente manera en cada paciente: en ocasiones basta uno de tales síntomas para suponer un estado de ansiedad y un examen más profundo permitirá generalmente descubrir la esencia de las otras alteraciones. Tal grupo de síntomas está constituido por:

- 1.1 Trastornos somáticos (fisiológicos)
- 1.2 Trastornos psíquicos (cognitivos) y
- 1.3 Trastornos conductuales (motora o relacional)

Están tres áreas de respuesta no se activan por igual en todos los sujetos y lo que es más importante, tampoco tiene que hacerlo en el mismo sujeto. Es decir podemos encontrar pacientes que presenten una mayor repercusión de la ansiedad en una área que en otra. Este fenómeno llamado disociación o *fraccionamiento de respuestas*, puede tener importancia clínica y de cara al tratamiento del paciente. (7)

2. DEFINICIONES PREVIAS

La Asociación Americana de Psiquiatría trata como entidades separadas de los trastornos de ansiedad a las CRISIS DE ANGUSTIA y a la AGORAFOBIA. (1)

2.1 Crisis de angustia

Es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso que se acompaña de numerosos síntomas somáticos y/o psicológicos. La crisis se inicia de forma brusca (en la primera crisis el paciente no tiene idea de lo que esta sucediendo) y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. (7) La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso. (12) Síntomas corporales súbitos acompañados de aprehensión y sensación de perder el control o de muerte (1)

La crisis de angustia no se presenta solamente en el trastorno de angustia, sino también en otro tipo de trastornos de ansiedad, esta puede ser inesperada, ligada claramente a una situación o no desencadenarse siempre ante la misma situación, o aparecer sin ningún motivo aparente. (12) Se describe por separado a la crisis de angustia (ataque de pánico), debido a que aparece en el contexto de varios de los trastornos de ansiedad, como el trastorno por crisis de angustia,

fobia social, fobia específica y el trastorno por estrés postraumático. Tiene una alta prevalencia que oscila entre un 3 y un 4% de la población en general. (6)

Los individuos con crisis de angustia describen un miedo como intenso, perder el control, sentir que se “vuelven locos”, urgente deseo de huir del lugar, falta de aire, ruborización como en la crisis de tipo situacional. (12)

Los síntomas que componen a la crisis son miedo o malestar intenso que aparece aisladamente junto con, por lo mínimo, cuatro o más síntomas somáticos (corporales) o cognoscitivos (psicológicos). (1) Estos síntomas pueden ser:

- Palpitaciones o elevación del ritmo cardíaco.
- Sudoración.
- Temblores.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Mareo, desmayo o aturdimiento.

- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentir que se está separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o "volverse loco".
- Miedo a morir.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- Escalofríos o sofocaciones.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana existen tres tipos

De ataques de pánicos (crisis de angustia):

- a) Inesperado: espontáneo sin asociación a un disparador situacional.
 - (1) No relacionada con estímulos situacionales, no se asocia a desencadenantes ambientales, es decir aparecen sin ningún motivo aparente. (12)
- b) Limitado situacionalmente: asociado a una señal, un disparador situacional, y suele desarrollarse la crisis después o anticipatoriamente a la señal. (1) Desencadenado por un estímulo ambiental, donde aparece de forma casi exclusiva inmediatamente

después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental, como por Ej. Ver una serpiente o un perro. (12)

- c) Predispuesto situacionalmente o más o menos relacionadas con una situación determinada: puede no asociarse a una señal y no ocurrir después de la misma. (1) Tienen mas probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco el episodio aparece siempre inmediatamente después de exponerse a la situación. Por Ej. . al conducir un vehículo, pero no siempre aparecerá. (12)

Cada vez más autores consideran que únicamente el primer ataque de pánico (crisis de angustia) es totalmente inesperado o espontáneo. (1) Y vale la pena señalar que la crisis de angustia se pueden producir también mientras el sujeto duerme y si es el caso suelen darse en las primeras cuatro horas del sueño, los pacientes no pueden, normalmente vincular su ataque con alguna actividad en especial. (7)

2.2 Agorafobia

Actualmente el concepto de agorafobia se ha ampliado y no se considera sólo miedo a los espacios abiertos. Lo que produce la agorafobia es ansiedad o temor ante una situación en que escapar resulte difícil o embarazoso o en la que no se podría obtener ayuda en caso de experimentar una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. (7)

Algunos sujetos pueden enfrentar estas situaciones pero a expensas de sufrir severas ansiedades, miedo o síntomas equivalentes. Con frecuencia a estas personas les es más fácil enfrentarse a este tipo de situaciones si están acompañadas por alguien conocido. Estos comportamientos de evitación pueden provocar un deterioro en sus actividades diarias, tales como ir al trabajo o realizar las tareas domésticas. (1)

Estos sentimientos provocan comportamientos de evitación, restringiendo la movilidad de las personas hasta llegar al grado de eludir salir de sus casas o hacerlo siempre acompañados. Las situaciones que son más comúnmente evitadas son el encontrarse lejos del hogar, en un ascensor, en un avión, automóvil, en un lugar cerrado, en medio de una multitud o en espacios abiertos. El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un

deterioro de la capacidad para efectuar viajes o para llevar a cabo las responsabilidades cotidianas. (7)

La persona que padece agorafobia experimenta *miedo a que le agarre miedo*, es decir miedo al miedo, lo que se denomina Ansiedad Anticipatoria. Este es el fenómeno central de la agorafobia y por ello es el objetivo central de los tratamientos. (1)

Ansiedad y evitación de lugares cerrados o de escape dificultoso, porque pueden aparecer en el contexto de todos los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, los casos de fobia específica a los perros, quien padece esta enfermedad puede (o no) tener una crisis de angustia cuando se encuentra con un perro o anticipa su presencia. Los pacientes con agorafobia acostumbran a desmoralizarse, afirman sentirse deprimidos. Los agorafóbicos suelen comentar que les encantaría poder salir de casa y realizar diversas actividades si pudiesen estar seguros de que no iban a sufrir ninguna crisis de angustia. Por el contrario, los pacientes deprimidos no ven ninguna razón para salir de casa ya que nada les reporta satisfacción y creen que la gente estará mejor sin ellos. (12.)

Los trastornos de ansiedad conforman uno de los grupos más frecuentes dentro de las enfermedades psiquiátricas y ocasionan un *deterioro funcional* y

malestar importantes. (10) El avance en la investigación en los últimos años ha favorecido enormemente la comprensión de los mecanismos subyacentes.

3. CLASIFICACION

En su cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, se exponen los siguientes trastornos de ansiedad. (1):

- A. Trastorno de angustia sin agorafobia
- B. Trastorno de angustia con agorafobia
- C. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- D. Trastorno de Ansiedad Generalizada
- E. Fobia específica
- F. Fobia Social
- G. Trastorno obsesivo compulsivo
- H. Trastorno por estrés postraumático
- I. Trastorno por estrés agudo

B. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

K. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

A. TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA

Este trastorno se caracteriza por la aparición repetida (al menos dos) e inesperada de crisis de angustia o ataques de pánico, seguidas de la aparición, durante un período mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis. El trastorno se describe como “sin agorafobia” porque en este caso se presentan los síntomas de ésta (véase agorafobia). Los individuos con trastornos de angustia muestran una notable incidencia, entre el 40 y el 80%, de trastorno depresivo mayor. En un tercio, aproximadamente, de los sujetos con este trastorno la depresión antecede a las crisis de angustia. Algunos pacientes pueden abusar de psicofármacos o del alcohol en sus intentos por controlarlas crisis.(7)

Algunos elementos somáticos pueden ser de ayuda a la hora de efectuar el diagnóstico diferencial entre la fobia específica, la social y el trastorno de angustia sin agorafobia.

- En el trastorno de angustia el contenido del temor se basa en la propia reacción psicofisiológica más que en un objeto (fobia específica) o en una situación (fobia social).
- En el trastorno de angustia el ataque suele ser, al menos al principio, inesperado.
- El nivel de ansiedad general, crónica, es mayor en el paciente con el trastorno de angustia que en los otros dos casos.

B. TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

Este trastorno se diferencia del anterior en el sujeto presenta síntomas claros de agorafobia. El miedo anticipatorio, del que se hablaba en el punto anterior, consiste en el temor a experimentar una nueva crisis. La mayoría de las personas que sufren crisis acaban vinculando su crisis (o sus temores a padecerlas de nuevo) a situaciones o lugares más o concretos, lugares en los que

sería difícil pedir ayuda o de los cuales sería difícil salir huyendo. A partir de estas asociaciones los pacientes desarrollan *conductas de evitación*, es decir, tratan de evitar encontrarse en esas situaciones o lugares en los cuales padecer una nueva crisis de angustia sería embarazoso. A partir de este momento, el paciente elude, con mayor o menor intensidad, una serie de situaciones muy típicas, como estar solo o fuera de casa, entrar en lugares muy concurridos o cerrados, viajar en transportes públicos, conducir en autopistas, etc. (7)

El trastorno de angustia con agorafobia se diagnostica tres veces más en hombres que en mujeres. Este trastorno aparece con más frecuencia en personas jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad, al igual que la agorafobia. Se considera más típico, que entre el final de la adolescencia y los 45 años, se inicie este tipo de trastorno. Se ha identificado, a la historia reciente de separación o divorcio como un factor social predisponente. Y además se relaciona su aparición con el inicio de toma de responsabilidades. (1)

El miedo a este tipo de estímulos y su evitación es lo que se da en llamar "*agorafobia*". Si estamos ante un paciente que ha desarrollado su agorafobia como consecuencia de crisis de ansiedad, entonces el diagnóstico que le corresponde a dicho sujeto es el de "trastorno de angustia con agorafobia". (7)

Es común que los individuos que sufren de un trastorno de angustia con agorafobia, se preocupen por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia, tanto como por las consecuencias de las mismas, induciéndolas a desarrollar conductas de evitación. Los sujetos con este trastorno suelen preocuparse constantemente por las implicaciones que las crisis conllevan. Además, se sienten aprehensivos intermitentemente o constantemente, sin la presencia de algún estímulo específico. Una de las consecuencias habituales de este trastorno es la desmoralización, la falta de motivación, vergüenza e infelicidad de las personas que lo padecen, puesto que se ven dificultados en llevar a cabo sus actividades diarias. (6-)

Estos individuos presentan una notable incidencia de trastorno depresivo mayor que va del 50 al 65%. A su vez, algunos sujetos tratan de controlar su ansiedad por medio de alcohol, drogas o fármacos, existiendo la posibilidad de desarrollar un trastorno relacionado con sustancias. Las técnicas de relajación y el entrenamiento en respiración son fundamentales para el alivio ante las crisis, el miedo y la ansiedad anticipatorio. (1)

C. AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA

Lo que caracteriza a este trastorno es la presencia de agorafobia en relación con el miedo a desarrollar síntomas similares a la angustia, experimentando un fuerte miedo a la humillación pública. No puede deberse al abuso de sustancias o a condición médica, pero puede asociarse a alguna condición médica general en tanto sea una expresión de miedo excesivo comparado con el que habitualmente se experimenta en situaciones similares. Los síntomas que sufren son similares a los trece síntomas de una crisis de angustia, pero en un grado menor, o bien pueden ser otros que sean embarazosos o incapacitantes. (1)

Las personas con este trastorno pueden, o no, haber experimentado sensaciones similares a las de una crisis de angustia, pero nunca, por definición, crisis de angustia completas. El temor que expresan se centra en el miedo a experimentar sensaciones limitadas de ansiedad tales como mareos, pérdida del control de esfínteres, sudoración, etc., o bien simplemente el temor a sentirse desprotegidos, a disgusto, etc., en situaciones en las que escapar o pedir ayuda no es factible. En los casos graves al igual que en trastorno de ansiedad con agorafobia, los pacientes pueden quedar totalmente atados a sus casas, con

miedo a salir sin compañía o incluso a permanecer solo en el interior de su hogar. (7)

Se ha observado que agorafobia sin historia de trastorno de angustia aparece básicamente en: personalidades evitativas y/o dependientes, es decir, personas que siempre han evitado ciertas situaciones o dependían de alguien para hacerlo y en personas con hipersensibilidad, que ante el primer síntoma físico evitan la situación ansiógena. (1)

Algunas personas, sobre todo de edad avanzada, presentan un estado físico (por Ej. vértigo, haber sufrido una crisis cardiaca, enfermedad de Crhon) que hace que sus temores sean, hasta cierto punto, realistas. Este criterio indica la necesidad de aplicar el juicio clínico con el fin de decidir si la evitación asociada a la enfermedad médica justifica el diagnóstico separado de agorafobia o si debe considerarse con una respuesta razonable a los riesgos que implica la enfermedad. (6)

D. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

El trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.) es la principal categoría diagnóstica para los estados de ansiedad elevada y crónica en ausencia de un trastorno de angustia, en la cual la ansiedad persiste por lo menos seis meses. Los pacientes con un T.A.G. se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten mayor temor y anticipan lo peor. La tensión muscular, la inquietud, la dificultad de concentración, el insomnio, la irritabilidad, la hipervigilancia y la fatiga son signos característicos de T.A.G.(12)

A su vez el individuo tiene que haber tenido dificultades para controlar ese estado de constante preocupación y aprehensión, acompañados de al menos otros tres síntomas descritos anteriormente. La ansiedad y la preocupación no son restringidas a ciertas situaciones, como en otros trastornos, sino que se presentan en varias áreas del desempeño personal. No siempre los individuos con este trastorno reconocen lo excesivo de sus preocupaciones, pero si manifiestan su evidente incapacidad para controlarlas, lo que les sucinta un significativo perjuicio, tanto en su bienestar personal como en áreas importantes de su vida (laboral, social, etc.. (1)

La preocupación sobre muy diferentes circunstancias vitales y cotidianas, por ello considerando este trastorno con una fuerte carga de alteración cognitiva. Las preocupaciones de estos pacientes suelen hacer referencia a aspectos como la propia salud, la familia, asuntos económicos, el trabajo, los hijos, etc. El sujeto tiene dificultades, en muchas ocasiones, para discriminar o puntualizar con exactitud que es lo que provoca sus síntomas, de ahí que se mencione, en ocasiones, que el sujeto padece "ansiedad difusa". Las preocupaciones en este tipo de pacientes deben durar, por definición, al menos seis meses, lo que da una primera idea de la cronicidad a la que tiende este trastorno. (7)

La psicoeducación consiste básicamente en explicarle al paciente lo que le pasa. Esto ayuda a que la persona conociendo lo que le pasa contribuya en el tratamiento a bajar sus niveles de ansiedad. La psicoeducación en estos trastornos se dirige tanto al paciente como a sus familiares. La terapia cognitiva-conductual intenta modificar las distorsiones cognitivas de la persona, tanto como los síntomas somáticos que padecen estos individuos. (1)

El trastorno de ansiedad generalizada es una patología frecuente, con una estimación en su prevalencia global que oscila entre el 5 y el 8%. Según la Asociación de Psiquiatras Americanos, aproximadamente el 12% de las consultas de los centros de Ansiedad padecen T.A.G. Es un trastorno que

factiblemente coexiste con otros trastornos mentales como trastorno del estado de ánimo (depresión mayor), otros trastornos de ansiedad, con trastornos relacionados con sustancias y suele estar asociado con el estrés. Un 50% de sujetos con este trastorno padecen otros trastornos mentales. (1)

Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada informan de numerosos síntomas somáticos (especialmente de tensión motora, temblores y fatiga) y relacionados con el estrés (dolor de cabeza, hipertensión arterial, colon irritable, trastornos gástricos, insomnio, manos frías y pegajosas, boca seca, sudación, náuseas o diarreas, polaquiuria, problemas para tragar o quejas de tener "algo en la garganta", etc. De hecho se suelen agrupar los síntomas de este trastorno en cuatro grandes grupos: a) Tensión motora; b) Hiperactivación vegetativa; c) expectación aprehensiva y d) vigilancia y alerta. Los síntomas depresivos también son frecuentes. (7)

La proporción de diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada es dos tercios mayor en mujeres que en hombres. Aunque muchos de los individuos con este trastorno se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida, es alrededor de la mediana infancia, adolescencia o de los 20 años, que suelen consultar por sus síntomas. Generalmente concurren a su médico de cabecera debido a los síntomas somáticos (corporales), siendo sólo un tercio de las

personas que padecen este trastorno las que buscan ayuda psicológica o psiquiátrica. Es decir, la persona afectada muchas veces no consulta porque cree que lo que le pasa se debe a rasgos de su personalidad y no por un trastorno. (1)

Posiblemente el problema fundamental a la hora de definir el T.A.G. consiste en que la preocupación es uno de los síntomas mas inespecíficos en psiquiatría. De hecho, la ansiedad o preocupación es una característica definitoria o asociada que se encuentra en la mayoría de trastornos. (6)

“ La reducción de la ansiedad es fundamental para que los individuos puedan empezar a desenvolverse en su rutina diaria sin detrimentos”

E. FOBIA ESPECIFICA

Las fobias específicas se basan en miedos circunscritos a un objeto, situación o actividad concretos. El síndrome tiene tres componentes:

- *Ansiedad anticipatoria*, que aparece ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico.

- *El temor central en sí mismo.*
- *La conducta de evitación que el paciente utiliza para minimizar la ansiedad.*

En la fobia específica, el miedo se relaciona con las consecuencias derivadas del contacto con el objeto. Las personas con claustrofobia temen quedar atrapadas en un ascensor o en un espacio cerrado. Los pacientes con fobia a conducir tienen miedo de los accidentes que pueden causar. Estos miedos son excesivos, irracionales y persistentes, por lo que, a pesar de que la mayoría de los pacientes con fobia específica reconocen que no tendrían que temer nada, no pueden evitar disminuir su angustia. (7)

La fobia específica se caracteriza por un marcado y persistente miedo irracional y excesivo (reconocido así por los adultos y adolescentes, pero no por los niños), originado por la presencia o anticipación a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscriptos. El estar frente al estímulo fóbico provoca en el sujeto una respuesta ansiosa. La mayoría de las veces, este estímulo es evitado y de ser experimentado será a costa de un sumo terror. *“El sujeto reconoce que el miedo es excesivo o irracional”* (12)

La línea divisoria entre lo que es miedo y lo que es la fobia está marcada por la "evitación". Es decir, cuando la persona empieza a evitar implica que se ha instalado la fobia. Para que la fobia específica sea diagnosticada el miedo o ansiedad de anticipación y la evitación del estímulo fóbico debe provocar un detrimento significativo en las actividades cotidianas del sujeto. (1)

La fobia específica es más frecuente que la fobia social, siendo el trastorno mental más común en las mujeres y el segundo más común entre los hombres, después de los trastornos relacionados con sustancias. La prevalencia anual varía entre el 10 y el 11.5%. En casi el 100% de los pacientes que tienen alguna fobia específica presenta otro trastorno asociado como por ejemplo depresión y otro tipo de fobia. Las mujeres suelen padecer de fobia específica casi el doble que los hombres, en todos los tipos de fobia específica, menos en relación con el miedo a inyecciones, en donde las proporciones se equiparan. Las fobias específicas pueden desarrollarse al haber presenciado o sufrido un evento traumático altamente conmovedor. En el caso de los menores de 18 años, los síntomas deben haber durado más de seis meses. No debe diagnosticarse como fobia específica, si no se reconoce la irracionalidad o lo excesivo del temor. Tampoco en el caso que el miedo sea considerado

adecuado al contexto en el que se produce (por Ej. , Miedo a recibir un disparo en un barrio peligroso. (1)

Existen tres vías que influyen en el desarrollo de una fobia:

- a) *Condicionamiento directo*: Haber estado expuesto a una situación traumática con el objeto o situación a la que se teme (por Ej. , Haber sido mordido por un perro.
- b) *Adquisición indirecta*: Por Ej. Tener una persona significativa y cercana que le tenga fobia a los perros, es decir, se observa el temor de otros con determinada situación y objeto.
- c) *Aprendizaje informacional/Instruccional*: Por Ej. Una persona tuvo un vuelo con mucha turbulencia en la que se sintió muy angustiada, esto constituirá un primer registro. Luego una persona significativa le dice antes de un vuelo “no vayas a volar con esta tormenta porque puede ser peligroso”. En otro momento ve en la T.V. un accidente aéreo. Además existen otras variables a tener en cuenta como factores biológicos, de estrés, etc. (1)

Cabe aclarar que no todos los que están expuestos a este tipo de situaciones nombradas van a desarrollar una fobia. Para indicar el objeto del miedo o la evitación en la fobia específica se pueden distinguir los siguientes subtipos:

1. Tipo animal (miedo a los animales o insectos. Los pacientes con *fobia específica a los animales* suelen manifestar síntomas en la primera infancia.
2. Tipo ambiental (miedo a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos, como tormentas, truenos, precipicios o agua.
3. Tipo sangre-inyecciones-daño (miedo a ver sangre o heridas, a recibir inyecciones y otras intervenciones médicas de carácter invasivo.
4. Tipo situacional (miedo a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, automóviles o recintos cerrados).

5. Otros tipos (miedo a otros estímulos como pueden ser las situaciones que llevan al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad, fobia a los “espacios” (miedo a caerse si no hay paredes y otros medios de sujeción) y el miedo a ruidos fuertes o a personas disfrazadas.

Según los autores americanos M. Anthony y R. Swinson la edad de comienzo de las fobias específicas son.

- *Infancia temprana:* (más de 10 años. A animales, sangre, tormentas, al agua.
- *Adolescencia:* A las alturas (vértigo.
- *Entre los 19 y 25 años:* fobias situacionales (por Ej. ,Claustrofobia.

El tratamiento de la fobia específica más utilizado por su efectividad es la terapia de exposición, en donde el terapeuta debe desensibilizar al paciente mediante una serie de autoexposiciones graduales del paciente ante el estímulo fóbico. A su vez, se le enseña distintas técnicas para controlar la ansiedad, que

incluyen relación, control de la respiración y abordajes cognitivos de la situación (refuerzo de la idea de que la situación ansiógena no es peligrosa. El problema es convencer a los pacientes de que la exposición es buena para ellos. Los tratamientos de exposición se dividen en dos grupos según si el objeto fóbico se presenta en forma imaginada o in vivo. (7)

F. FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)

En esta fobia, el principal miedo del paciente es que pueda actuar de forma que se sienta humillado o avergonzado ante los demás. Los sujetos con fobia social temen y/o evitan gran variedad de situaciones en las que se les podría requerir interactuar con otras personas. Las fobias sociales típicas son el temor a hablar, comer o escribir en público, a utilizar lavabos públicos y a asistir a fiestas o entrevistas. Además un miedo común de los individuos con fobia social es que la gente pueda tener una fobia social limitada o varias. *La fobia social se describe como generalizada* si el miedo social se extiende a la mayoría de situaciones sociales, en oposición al miedo circunscrito sólo a algunas. La fobia social generalizada suele ser un trastorno más grave e incapacitante, (Manuzza y cols.), 1995). (12)

Un sujeto que padece de fobia social, al estar frente a un evento en público, ya sea hablar frente a un grupo de gente, comer, beber o escribir, experimenta una constante preocupación por la posibilidad de que los demás los perciban como loco, ansioso, débil, además suele creer que la situación puede resultar embarazosa. Ante las situaciones sociales temidas es muy común el enrojecimiento. Lo que distingue a la fobia social de la fobia específica es que en este caso ese miedo o temor intenso y persistente sufrido por la persona, es en referencia a situaciones o actuaciones sociales en las cuales el individuo siente que puede exponerse a personas desconocidas o a ser observado por los otros. La fobia social suele aparecer típicamente en la adolescencia y puede haber antecedentes infantiles de timidez o inhibición social. El curso de este trastorno fluctuará dependiendo de las demandas de actuación social de las diferentes etapas vitales y de la estabilidad de los círculos sociales con los que el individuo se vincula. De tal manera, los síntomas de la fobia pueden reagudizarse ante algún cambio que implique relacionarse con gente desconocida. (1)

El enfrentarse a estos estímulos provoca en la persona una inmediata respuesta de ansiedad que puede llegar a adoptar la forma de crisis de angustia, aunque ellos mismos reconocen que su miedo es irracional. Ese temor resulta

en una clara evitación de situaciones sociales, o en un despliegue de sintomatología ansiosa en el momento de enfrentarse a la situación temida. La ruborización es el principal síntoma físico de la fobia social, mientras que los principales síntomas cognitivos incluyen la tendencia a auto observarse, el auto evaluación negativa en relación con su desenvolvimiento social, la dificultad para captar los aspectos no verbales de la propia conducta, la infravaloración. (Alden y Wallace,1995). Las personas que solo presentan una fobia social limitada pueden vivir relativamente asintomáticas mientras no tengan que enfrentarse a la situación fóbica. (12)

Es necesario que tales síntomas (ansiedad de anticipación y temor) o los comportamientos evitativos perjudique marcadamente el funcionamiento diario de la persona o su bienestar personal para que se pueda diagnosticar la fobia social. En el caso de personas menores de 18 años, la duración de los mismos debe de ser mayor a los seis meses. Otro problema que acarrea, es la posibilidad de aparición de una marcad ansiedad anticipatoria, mucho tiempo antes de afrontar tal situación, pudiéndose formar un ciclo vicioso. De esta manera la persona comenzaría sufriendo de ansiedad anticipatoria que le produciría ideas y síntomas de ansiedad mientras se encuentra en la situación temida, resultando en una situación con un rendimiento insatisfactorio real o

subjetivo, generando a su vez experiencias embarazosas y más ansiedad anticipatoria, sucesivamente. (1)

Aproximadamente el 80% de los pacientes con fobia social refieren al menos algún trastorno psiquiátrico. Los más frecuentes que se han observado (según estudio de Magge y col 1996) fueron depresión, fobia específica, agorafobia, alcoholismo y drogodependencia. Según Séller Fr. Y Col. , La fobia social generalmente precede al abuso de drogas en un 85% de los casos. También existe una fuerte relación entre el alcoholismo y la fobia social. Por Ej. Existen personas que antes de afrontar una situación social (Por Ej. , Ir a una fiesta) consumen alcohol para no sentirse inhibidos. Muchas veces esto contribuye al desarrollo de una conducta alcohólica.(7)

El tratamiento de la fobia social suele consistir en terapia cognitiva de tipo gradual, junto con medicación específica. La terapia puede realizarse ya sea de forma individual o grupal, observándose mejorías en pocas semanas de comenzado el tratamiento. Para el caso de la fobia social generalizada, la psicoterapia suele consistir en una combinación de técnicas conductuales y cognitivas, tales como la reestructuración cognitiva, la desensibilización, los ensayos durante las sesiones y la asignación de tareas para la casa. El tratamiento de la fobia específica más utilizado por su efectividad es la terapia

de exposición, en dónde el terapeuta debe desensibilizar al paciente mediante una serie de autoexposiciones graduales del paciente ante el estímulo fóbico. A su vez, se le enseña al paciente distintas técnicas para controlar la ansiedad, que incluyen relajación, control de la respiración y abordajes cognitivos de la situación (refuerzo de la idea de que la situación ansiógena no es peligrosa).(1)

G. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Anteriormente, se creía que el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) era un trastorno relativamente raro. Hoy en día, gracias a las investigaciones, se estima que presenta una prevalencia general del 2 al 3%. El inicio de los síntomas está en los 14-15 años, aproximadamente. Se toma conciencia de la necesidad de ayuda profesional a los 24 años. A los 30 años recibe un diagnóstico adecuado y recién a los 31 años recibe un tratamiento adecuado. Si se llevara un ranking de enfermedades psiquiátricas, el TOC se encontraría en un cuarto lugar, luego de las fobias, los trastornos relacionados con sustancias y la depresión mayor.(1)

Se ha aclarado la distinción entre obsesiones y compulsiones, que es diferente de la definición que piensa la mayoría de la gente. A muchos de

nosotros se nos enseñó que las obsesiones y las compulsiones difieren según si el fenómeno repetitivo consiste en pensamientos o acciones. Las obsesiones se restringieron a pensamientos repetitivos y las compulsiones se redujeron a las acciones repetitivas. Entonces una obsesión es un pensamiento repetitivo e intruso, un impulso o una compulsión es un comportamiento repetitivo y estereotipado o un acto mental dirigido a reducir la ansiedad. Una consecuencia de esa definición es que los pensamientos pueden considerarse obsesiones o compulsiones cognitivas según si provocan ansiedad o la reducen, por ejemplo contar de 1 a 100. (6)

Las obsesiones son pensamientos, ideas, sensaciones o sentimientos recurrentes, ansiógenos (que provocan ansiedad) e intrusivos y las personas los califican como ajenos a su control, pero saben que son producto de su mente. Los temas más frecuentes sobre los que versan las obsesiones son la contaminación, las dudas reiterativas, la necesidad de orden, impulsivos agresivos y las fantasías sexuales, pornografía.(1)

Las compulsiones, en cambio, son conductas o actos mentales de carácter recurrente, conscientes y estereotipadas, que se llevan a cabo con el fin de calmar o prevenir la ansiedad y no por placer o gratificación. La persona se siente compelida a realizar tales actos para evitar algún acontecimiento negativo

o para reducir el malestar que conlleva la obsesión. Inversamente, cuando un individuo se resiste a realizar la compulsión, la ansiedad se intensifica. Las compulsiones comunes se relacionan con tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, exigencias de certeza, el orden de los objetos y actos repetitivos. Las personas que padecen de trastorno obsesivo compulsivo, *suelen reconocer la excesividad e irracionalidad de sus obsesiones y compulsiones.* Este trastorno puede llegar a ser muy perturbador, debido a la gran cantidad de tiempo que las obsesiones pueden insumir y a la interferencia que las compulsiones pueden provocar en sus rutinas normales, su trabajo o sus relaciones sociales. (1)

El T.O.C. es de evolución crónica y puede experimentar altibajos en su gravedad, pues esta admite grados muy diversos de intensidad, desde casos más o menos leves, que cursan de forma oculta incluso para las personas más allegadas, hasta cuadros de grave invalidación y lascinante sufrimiento. El inicio generalmente impreciso suele ser juvenil, dándose también casos de clínica manifiesta ya desde la infancia. A veces el comienzo del problema puede coincidir con una situación personal que haya actuado como desencadenante; incluso en estos casos, una anamnesis cuidadosa descubre que con anterioridad existían ya rasgos de personalidad obsesiva y quizá incluso

síntomas de T.O.C. a los que no se prestó atención por no resultar demasiado incómodos. La sintomatología del T.O.C. comprende ideas obsesivas, actos obsesivos y alteraciones de la efectividad como:

- *Las dudas obsesivas*
- *Obsesiones nosofóbicas* (Padecer de alguna enfermedad)
- *Escrúpulos obsesivos* (Conceptos de responsabilidad, culpa, pecado, lo que está bien y lo que está mal).

Los tratamientos más adecuados para los síntomas obsesivos de este trastorno son la farmacoterapia y la psicoterapia cognitiva-conductual. En otro trabajo se ha observado que el 24.6% de los pacientes con TOC tiene un familiar de primer grado que también los presenta. En el 45.3% de los pacientes con TOC tuvieron en algún momento ideación suicida y en el 10.6% ha tenido intentos de suicidio. Muchos individuos con este trastorno suelen resistirse al tratamiento, tanto como a rechazar los medicamentos, como las tareas que se les pide en la terapia. Por esta razón, un análisis dinámico de las resistencias del tratamiento es de gran utilidad para lograr que el cumplimiento del tratamiento se logre. Las últimas investigaciones develaron que esta patología posee un importante

componente biológico, por lo tanto, la farmacoterapia es de gran ayuda para disminuir los síntomas.(1)

H. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los síntomas característicos que pueden desarrollarse a partir de experiencias traumáticas incluyen el embotamiento psíquico, la reexperimentación del acontecimiento traumático y un aumento de la activación del sistema nervioso autónomo. El acontecimiento traumático se reexperimenta a través de los recuerdos dolorosos invasivos y recurrentes, durante episodios de ensoñación diurna o en forma de pesadillas. También pueden producirse estados disociativos que duran desde pocos minutos a días, durante los cuales el individuo revive el suceso. El embotamiento psíquico o la anestesia emocional se manifiestan por una disminución de la capacidad de respuesta al mundo externo, con sensación de distanciamiento de la demás gente, pérdida del interés en actividades habituales e incapacidad para sentir emociones como la intimidad, la ternura o el interés sexual. (12)

Los síntomas de Hiperactivación vegetativa incluyen hiperactividad e irritabilidad, respuesta de alerta exagerada, dificultad de concentración y

alteraciones del sueño. En ocasiones, las víctimas de una violación o de un salto con malos tratos temen salir solas a la calle durante períodos de tiempos variables. Pueden darse otros síntomas, como sentimientos de culpa por haber sobrevivido, culpa por no haber sabido evitar la experiencia traumática (veteranos de guerra, víctimas de atentados terroristas, etc.) dentro de estos traumas están incluidas las catástrofes naturales, las violaciones, ser secuestrado, las experiencias de combate, las torturas, diagnósticos de enfermedades mortales y los accidentes serios. (12)

Más aún, existen personas que se enfrentan a experiencias traumáticas muy graves que no presentan este tipo de trastorno y algunas personas que experimentan sucesos menos catastróficos pero debido al significado subjetivo del acontecimiento, sufren de un trastorno por estrés postraumático. Es más probable que el trastorno se presente en personas solteras, divorciadas, viudas, con problemas económicos o aisladas socialmente. (1)

El trastorno por estrés postraumático posee un comienzo agudo, puede iniciarse a cualquier edad. En la infancia suelen aparecer trastornos de conducta, pesadillas recurrentes y síntomas psicósomáticos. Los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses tras el trauma, si bien puede haber

lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. (7)

La respuesta sintomatológica al evento traumático es la reexperimentación intensa del mismo (a través de recuerdos intrusivos, flashbacks, pesadillas, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que simbólicos o asociados, o la sensación de volver a vivir el acontecimiento), la evitación de todo estímulo asociada a él y un entorpecimiento de su capacidad de respuesta (esfuerzos para evitar actividades o pensamientos relacionados con el evento, incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, reducción del interés en actividades antes placenteras, desapego, sensación de un futuro de desolación y restricción de la vida afectiva) y aumento de la activación (trastorno del sueño, irritabilidad, problemas de concentración, hipervigilancia, respuestas de sobresalto exageradas. Estos síntomas deben causar perjuicios en el funcionamiento normal del individuo. (1)

Un criterio importante para el diagnóstico de este trastorno es la duración de estos síntomas ya que debe prolongarse por más de un mes, de lo contrario se trataría de un trastorno por estrés agudo. Si los síntomas aparecen luego de seis meses de haber sufrido, presenciado o tenido noticia del acontecimiento, se lo especifica como trastorno por estrés postraumático de *inicio demorado*.

De durar los síntomas tres meses o más se lo considera crónico y agudo si la duración es menor a los tres meses. (6)

En el caso de una persona que sufre trastorno por estrés postraumático, el tratamiento se recomienda tanto el psicofármaco terapia, como la psicoterapia y la psicoeducación. Una parte importante del tratamiento de estos individuos es el apoyo, para que así pueda explicar, contar el suceso traumático que han experimentado. Los grupos de apoyo son elementos fundamentales para el paciente como para la familia, si un apoyo adicional es necesario. La psicoterapia efectiva para estos casos es la terapia individual o grupal cognitiva conductual, en donde las técnicas de reexperimentación y de confrontación del evento son las más utilizadas. Para estos trastornos, a su vez, se suele recomendar la hipnosis. Una parte importante del tratamiento es la exposición al trauma a través de técnicas como la imaginación, exposiciones in vivo, o la desensibilización sistemática, pero se cree que la relajación es más efectiva que la exposición, para un corto período. (7*)

Otra técnica muy efectiva en este trastorno es la desensibilización y reprocesamiento (del trauma) a través del movimiento ocular (E.M.D.R.) Con respecto a la psicoeducación, se busca que el individuo aprenda métodos para

enfrentarse al estrés ya sea con estrategias cognitivas como la afrontación o a través de la relajación. (1)

I. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Se trata de un trastorno transitorio, pero de gravedad notable, que surge como respuesta a una situación estresante excepcional. El agente estresante puede ser una experiencia traumática y muy impactante que puede implicar una amenaza a la integridad física del paciente o sus mas próximos allegados (catástrofes naturales, accidentes, guerra, violación, torturas, diagnostico de enfermedades potencialmente mortales, etc.) o bien un cambio brusco del entorno social (pérdida repentina de familiares, secuestros o encarcelamiento, etc.. En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad, aún en ausencia de violencia o daño real. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando la gente estresante es obra de otros seres humanos, como en el caso de torturas o violaciones. Al igual que en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo, el individuo experimenta,

presencia o toma conciencia de un acontecimiento traumático, respondiendo con horror, un intenso miedo y desesperanza. (7)

Además de reexperimentarlo, al igual que en el trastorno de estrés posttraumático, sufre un serie de síntomas disociativos como el embotamiento afectivo (reducción de la intensidad e los sentimientos expresados), la reducción de la conciencia, desrealización (sensación de que el entorno es irreal o extraño), despersonalización (sensación de irrealidad o falta de familiaridad consigo mismo) y amnesia disociativa (incapacidad de recordar el evento traumático. Las alteraciones deben durar entre dos días como mínimo y no más de cuatro semanas. Al principio, el evento traumático se revive intensamente, luego todo estímulo asociado al trauma es evitado, para que por último se aumente la activación como respuesta hacia estos estímulos. (1)

Los síntomas de este trastorno deben presentarse inmediatamente después del trauma o por definición, tener una duración igual o menor a 1 mes. Si los síntomas del paciente se prolongan durante más tiempo, él diagnostico se sustituye por el de "trastorno por estrés posttraumático. (7)

Existe un alto grado de probabilidad que sujetos con este trastorno, sufran un trastorno por estrés posttraumático. El tratamiento de este trastorno es similar al utilizado para el estrés posttraumático, pero a su vez se debe tratar los síntomas

disociativos. Generalmente se ofrece una combinación entre el psicofármaco terapia, la psicoterapia y la psicoeducación. Los grupos de apoyo para el paciente como para la familia sirven para poder identificarse con otros que pasaron por la misma situación y para no sentirse aislados, además de recibir un apoyo adicional. (1)

Todos los clínicos están de acuerdo que el tratamiento de este trastorno requiere una intervención inmediata que permita, en la medida de lo posible, la elaboración de la experiencia traumática, así como la prevención de un posible trastorno por estrés postraumático. Ya sea en forma de terapia de grupo, lo que en inglés se conoce como *debriefing* (Dyregrov, 1997), o de modo individual, se intenta favorecer la abeacción de afectos e imágenes vinculadas con el trauma. *El soporte farmacológico se efectúa con sedantes y ansiolíticos. (7)*

J. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA

El desarrollo de síntomas ansiógenos debido a los efectos fisiológicos de una patología médica es un fenómeno común. Sin embargo, la prevalencia va a depender de la enfermedad médica en cuestión. Es necesario poseer evidencias

mediante exámenes físicos, historia clínica, hallazgos de laboratorio, de la correlación directa de los síntomas de ansiedad con la patología médica, porque se debe determinar el mecanismo por el cuál esa enfermedad es responsable de los síntomas. La evolución de los mismos va a depender de la etiología del trastorno, o sea, de la enfermedad médica padecida. Estos síntomas pueden ser idénticos a los de los trastornos de ansiedad primarios, siendo la crisis de angustia el síndrome más usual. (12)

Debe especificarse si es *con ansiedad generalizada*, cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades, *con crisis* de angustia, cuando predominan las crisis de angustia, con síntomas *obsesivo-compulsivos* cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica. *Gran* cantidad de enfermedades médicas puede desarrollar sintomatología ansiosa. Entre ellas se encuentran las enfermedades endocrinas, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, las enfermedades metabólicas y las enfermedades neurológicas. (6)

K. TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

Esta categoría diagnóstica se reserva para aquellos casos en los que la ansiedad manifestada por el sujeto se considere secundaria a los efectos de una droga, fármaco o tóxico. La intoxicación por alcohol, anfetaminas, alucinógenos, cafeína, Cannabis, cocaína, etc., puede provocar este trastorno. La abstinencia de alcohol, cocaína, sedantes o hipnóticos, entre otros pueden, igualmente, confundirse con trastornos de ansiedad. Medicamentos, como los anestésicos, antihipertensivos, anticonceptivos orales, antipsicóticos, antidepresivos o tóxicos, cabría agregar las sustancias volátiles como la gasolina, las pinturas, insecticidas, algunos gases, etc., deben descartarse también antes de diagnosticar un trastorno primario de ansiedad. (7)

El trastorno puede incluir ansiedad acusada, crisis de angustia, fobias, obsesiones y/o compulsiones, dependiendo de la naturaleza de la sustancia y de cuando aparecen los síntomas (durante la intoxicación o abstinencia. Mediante la historia médica, los exámenes físicos y otros métodos auxiliares, se obtienen las evidencias de la condición médica en general del sujeto que causan los síntomas de intoxicación o de abstinencia de la sustancia. (1)

Se necesita que los síntomas preceden al consumo de sustancia o medicamento, persistiendo durante alrededor de un mes después del período agudo de abstinencia o intoxicación; o que sean claramente excesivos en función al tipo y la cantidad de sustancia ingerida. A su vez, los síntomas no pueden haber aparecido exclusivamente en el transcurso de un delirium. La sintomatología ansiosa producida por la abstinencia o la intoxicación de las sustancias suele ser transitoria y remitir luego de metabolizada la sustancia, en la intoxicación y al restablecerse el equilibrio fisiológico del organismo, en el caso de la abstinencia. (6)

OBJETIVOS

GENERAL

Medir el nivel de ansiedad en odontólogos practicantes, previo a la atención clínica de pacientes pediátricos atendidos en la clínica del área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.

ESPECÍFICOS

- Conocer el nivel de ansiedad en un momento determinado, es decir de manera previa al turno.
- Determinar el nivel de ansiedad general (colectiva) tomada de la muestra de los Odontólogos practicantes, que atienden pacientes pediátricos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

HIPÓTESIS

Que el nivel de ansiedad será inversamente proporcional de acuerdo a la división del nivel académico de práctica en los odontólogos practicantes, es decir cuarto, quinto y quinto pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

VARIABLES

1. Nivel académico del odontólogo practicante
2. Edad.
3. Género.

Indicadores de variables

- Para medir la ansiedad se usará el Test Stai 82 (mide ansiedad en el momento que se efectúe la prueba)
- Nivel académico: Referente al nivel de experiencia en la atención de pacientes pediátricos.
 - a. Cuarto año
 - b. Quinto año
 - c. Pendientes de requisitos clínicos
- Respecto a la edad y género, no se tiene un rango establecido, y el manejo de éstas será aleatorio

MATERIALES Y MÉTODOS

RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El investigador utilizó 150 pruebas psicológicas llamadas Stai-82 y lápices. Las pruebas no tenían tiempo límite, pero se consideró un tiempo de 15 minutos como razonable.

Del total de las pruebas, se dividieron tres grupos de 50 de acuerdo a nivel académico, cuarto año, quinto, y quinto PRC. Los odontólogos practicantes incluidos en el estudio fueron seleccionados al azar sin tomar en cuenta la edad y el género. Importando la distribución de acuerdo al nivel académico en límite de 50, que estuvieran dentro del ambiente odontopediátrico.

Para recolectar la información se utilizaron los test, los cuales son una hoja papel tamaño carta, que consta de 20 preguntas en cada página, de esta se extrajeron los datos, los cuales se trasladaron a la tabla de percentiles para obtener los niveles de ansiedad "SE" y "SR."

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos se tabularon en una base de datos EPI-INFO5. Se utilizaron cuadros y estadísticas para su presentación y análisis.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del trabajo de investigación que se llevó a cabo con una muestra de 150 odontólogos practicantes, sin importar el género, escogidos al azar, en los turnos de atención a los pacientes, en la clínica Odontopediátrica .

Dichos resultados fueron obtenidos a través de los test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory), en el cual se reflejaron, por medio de los valores traducidos en la escala de percentiles y el respectivo significado de acuerdo al nivel, estos son: bajo, mediano, elevado, para ambas partes de la prueba, el área "SE" que refiere a la ansiedad en la situación experimentada y "SR" que refiere a la ansiedad de tipo residente o durante la vida.

CUADRO 1

NIVEL ANSIEDAD "SE" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE CUARTO AÑO, EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANE4	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Bajo	11	22.00	22.00
Mediano	9	18.00	40.00
Elevado	30	60.00	100.00
TOTAL	50	100.00	

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

De acuerdo a ese cuadro un 60% de los practicantes de cuarto año experimenta niveles elevados de ansiedad en el momento de la atención al paciente pediátrico, lo cual puede interferir considerablemente en el desempeño normal de las actividades.

CUADRO 2

NIVEL ANSIEDAD "SE" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE QUINTO AÑO EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANE5	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Bajo	12	24.00	24.00
Mediano	16	32.00	56.00
Elevado	22	44.00	100.00
TOTAL	50	100.00	

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

De acuerdo a este cuadro un 44% de los practicantes de quinto año experimenta niveles elevados de ansiedad, aunque de una manera levemente menor que los practicantes de cuarto año, en el momento de atender al paciente pediátrico. Este cuadro refiere que un poco menos de la mitad de practicantes de quinto año puede experimentar bloqueo en el desempeño de las actividades Odontopediátricas.

CUADRO 3

NIVEL ANSIEDAD "SE" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE QUINTO PRC EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANEP	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Bajo	19	38.00	30.00
Mediano	10	20.00	58.00
Elevado	21	42.00	100.00
TOTAL	50	100.00	

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

De acuerdo a este cuadro un 42% de practicantes de quinto PRC experimenta niveles elevados de ansiedad, incluso no hay gran diferencia respecto a los estudiantes de quinto año, y tan solo una diferencia 18% de diferencia respecto a cuarto año. Quiere decir que aunque hay distribución entre niveles, la diferencia no es grande, que también hay practicante de quinto PRC que experimentan niveles elevados de ansiedad, los cuales pueden interferir con las actividades odontopediátricas. Puede inferirse que aproximadamente un 20% de éstos han aprendido a controlar su ansiedad.

CUADRO 4

NIVEL ANSIEDAD "SR" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE CUARTO AÑO EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANR4	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Bajo	20	40.00	40.00
Mediano	12	24.00	64.00
Elevado	18	36.00	100.00
TOTAL	50	100.00	

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

De acuerdo a ese cuadro un 64% de los practicantes de cuarto año, manejan un nivel de ansiedad manejable, durante la vida, y un 36% que experimenta niveles ansiosos que pueden afectar la salud, o interferir con el desempeño normal de las actividades durante la vida.

CUADRO 5

NIVEL ANSIEDAD "SE" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE QUINTO AÑO EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANR5	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Bajo	23	46.00	46.00
Mediano	11	22.00	68.00
Elevado	16	32.00	100.00
TOTAL	50	100.00	

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

De acuerdo a ese cuadro un 68% de los practicantes de quinto año, experimentan un nivel de ansiedad manejable, durante la vida, y un 32% que experimenta niveles ansiosos que pueden afectar la salud, o interferir con el desempeño normal de las actividades durante la vida.

CUADRO 6

NIVEL ANSIEDAD "SR" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE QUINTO PRC EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANRP	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Bajo	10	40.00	40.00
Mediano	13	24.00	64.00
Elevado	27	36.00	100.00
TOTAL	50	100.00	

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

De acuerdo a ese cuadro un 64% de los practicantes de quinto año, experimentan un nivel de ansiedad manejable, durante la vida, y un 36% que experimenta niveles ansiosos que pueden afectar la salud, o interferir con el desempeño normal de las actividades durante la vida. Quiere decir que la mayoría posee un nivel ansioso saludable durante la vida.

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN "SE" RESPECTO AL GÉNERO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE CUARTO AÑO EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANE4	GÉNERO		Total
	Femenino	Masculino	
Bajo	6	5	11
Mediano	9	0	9
Elevado	23	7	30
TOTAL	38	12	50

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

Dentro de los estudiantes de cuarto año el género femenino experimenta niveles elevados de ansiedad en la practica odontopediátrica, en un 46%, a diferencia de un 14% para el género masculino.

CUADRO 8

DISTRIBUCIÓN "SE" RESPECTO AL GÉNERO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE QUINTO AÑO EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANE5	GÉNERO		Total
	Femenino	Masculino	
Bajo	6	6	12
Mediano	10	6	16
Elevado	13	9	22
TOTAL	29	21	50

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

Dentro de los estudiantes de quinto año el género femenino experimenta niveles elevados de ansiedad en la práctica odontopediátrica, en un 26%, a diferencia de un 18% para el género masculino. Aunque en menor diferencia pero al igual que el cuadro anterior, tienden los niveles elevado y mediano hacia el género femenino.

CUADRO 9

DISTRIBUCIÓN "SE" RESPECTO AL GÉNERO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE QUINTO PRC EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

	GÉNERO		
ANEP	Femenino	Masculino	Total
Bajo	5	5	10
Mediano	7	6	13
Elevado	17	10	27
TOTAL	29	21	50

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

Dentro de los estudiantes de quinto PRC año el género femenino experimenta niveles elevados de ansiedad en la practica odontopediátrica, en un 34%, a diferencia de un 20% para el género masculino. Un comportamiento similar a los cuadros de cuarto y quinto respecto a la tendencia del género femenino.

CUADRO 10

DISTRIBUCIÓN "SR" RESPECTO AL GÉNERO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE CUARTO AÑO EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANR4	GÉNERO		Total
	Femenino	Masculino	
Bajo	11	9	20
Mediano	11	1	12
Elevado	16	2	18
TOTAL	38	12	50

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

Dentro de los casos de ansiedad durante la vida, dentro del nivel elevado si se experimentara, podemos decir que un 32% de los casos se orientaría hacia género femenino, marcando una gran diferencia respecto al género masculino con un 4% en los odontólogos practicantes de cuarto año.

CUADRO 11

DISTRIBUCIÓN "SR" RESPECTO AL GÉNERO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE QUINTO AÑO EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

ANR5	GÉNERO		Total
	Femenino	Masculino	
Bajo	12	11	23
Mediano	5	6	11
Elevado	14	2	16
TOTAL	31	19	50

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

Dentro de los casos de ansiedad durante la vida, dentro del nivel elevado si se experimentara, podemos decir que un 28% de los casos se orientaría hacia género femenino, marcando una gran diferencia respecto al género masculino con un 4% en los odontólogos practicantes de quinto año.

CUADRO 12

DISTRIBUCIÓN "SR" RESPECTO AL GÉNERO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE QUINTO PRC EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

	GÉNERO		
ANRP	Femenino	Masculino	Total
Bajo	10	9	19
Mediano	6	4	10
Elevado	14	7	21
TOTAL	30	20	50

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

Dentro de los casos de ansiedad durante la vida, dentro del nivel elevado si se experimentara, podemos decir que un 28% de los casos se orientaría hacia género femenino, marcando una gran diferencia respecto al género masculino con un 14% en los odontólogos practicantes de quinto año PRC.

CUADRO 13

DISTRIBUCIÓN "SE" RESPECTO AL GÉNERO EN LA MUESTRA TOTAL DE ODONTÓLOGOS PRACTICANTES EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

	GÉNERO		Total
	Femenino	Masculino	
SE GENRAL			
Bajo	17	16	33
Mediano	26	12	38
Elevado	53	26	71
TOTAL	96	54	150

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

En general, dentro de la muestra total de 150 odontólogos practicantes, el género femenino experimenta niveles elevados de ansiedad en la práctica odontopediátrica, en un 74.64%, a diferencia de un 36.61% para el género masculino, tomando en cuenta que 71 estudiantes son el 100% correspondiente al nivel elevado.

CUADRO 14

DISTRIBUCIÓN "SR" RESPECTO AL GÉNERO EN LA MUESTRA TOTAL DE ODONTÓLOGOS PRACTICANTES EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

	GÉNERO		
SR GENRAL	Femenino	Masculino	Total
Bajo	33	29	62
Mediano	22	11	33
Elevado	44	11	55
TOTAL	99	51	150

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

En general, dentro de la muestra total de 150 odontólogos practicantes, la tendencia a experimentar ansiedad en nivel elevado durante la vida, se inclina hacia el género femenino, en un 80%, a diferencia de un 20% para el género masculino, tomando en cuenta que 55 estudiantes son el 100% correspondiente al nivel elevado.

CUADRO 15

NIVEL ANSIEDAD "SE" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE TODA LA MUESTRA, EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

SE GENERAL	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Bajo	33	22.00	22.00
Mediano	38	25.33	47.33
Elevado	79	52.67	100.00
TOTAL	150	100	100

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

De acuerdo a ese cuadro un 52.67% de los practicantes en general experimentan niveles elevados de ansiedad en el momento de la atención al paciente pediátrico, lo cual puede interferir considerablemente en el desempeño normal de las actividades en las clínicas de la facultad.

CUADRO 16

NIVEL ANSIEDAD "SR" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS PRACTICANTES DE TODA LA MUESTRA, EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

SR			%
GENERAL	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Bajo	62	41.33	41.33
Mediano	33	22.00	63.33
Elevado	55	36.67	100.00
TOTAL	150	100.00	

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

De acuerdo a ese cuadro un 63.33% de los practicantes en general, experimenta un nivel de ansiedad manejable, durante la vida, y un 36.67% que experimenta niveles ansiosos que pueden afectar la salud, o interferir con el desempeño normal de las actividades durante la vida, es decir fuera del ambiente odontológico.

CUADRO 17

DISTRIBUCIÓN EN GENERAL DE LA EDAD, DE LA MUESTRA DE 150 ODONTÓLOGOS PRACTICANTES EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
21	13	8.7	8.7
22	20	13.3	22.0
23	20	13.3	35.3
24	28	18.7	54.0
25	23	15.3	69.3
26	20	13.3	82.7
27	12	8.0	90.7
28	6	4.0	94.7
29	2	1.3	96.0
30	1	0.7	96.7
31	1	0.7	97.3
32	1	0.7	98.0
33	1	0.7	98.7
39	1	0.7	99.3
43	1	0.7	100.0
TOTAL	150	100.0	

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

La tendencia de las edades de la muestra en general está entre los 22 y 26 años.

CUADRO 18

DISTRIBUCIÓN EN GENERAL DE LA EDAD, RESPECTO A LOS NIVELES DE ANSIEDAD "SE" DE LA MUESTRA DE 150 ODONTÓLOGOS PRACTICANTES EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

EDAD	SE			Total
	Bajo	Mediano	Elevado	
21	3	3	7	13
22	4	8	8	20
23	2	5	13	20
24	8	5	15	28
25	6	1	16	23
26	5	8	7	20
27	2	3	7	12
28	0	2	4	6
29	0	2	0	2
30	0	0	1	1
31	0	1	0	1
32	0	0	1	1
33	1	0	0	1
39	1	0	0	1
43	1	0	0	1
TOTAL	33	38	79	150

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

Según este cuadro relaciona el nivel elevado, en mayor número de casos hacia las edades entre los 22 y los 26 años, mostrando que antes y después de este rango se experimenta niveles bajos y medianos de ansiedad, aplicados al ambiente odontopediátrico. Es decir la mayoría experimenta niveles elevados respecto a la atención en la clínica odontopediátrica.

CUADRO 19

DISTRIBUCIÓN EN GENERAL DE LA EDAD, RESPECTO A LOS NIVELES DE ANSIEDAD "SR" DE LA MUESTRA DE 150 ODONTÓLOGOS PRACTICANTES EN LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS.

EDAD	SR			Total
	Bajo	Mediano	Elevado	
21	15	4	4	13
22	12	4	4	20
23	7	4	9	20
24	11	6	11	28
25	8	8	7	23
26	10	4	6	20
27	3	2	7	12
28	1	1	4	6
29	2	0	0	2
30	0	0	1	1
31	1	0	0	1
32	0	0	1	1
33	0	0	1	1
39	1	0	0	1
43	1	0	0	1
TOTAL	62	33	55	150

Fuente: test Stai-82 (State Trait Anxiety Inventory)

El cuadro refleja que en toda la muestra se experimentan niveles de ansiedad, bajos durante la vida es decir fuera del ambiente odontopediátrico.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a Cuarto año:

- 60% de los odontólogos practicantes experimentan niveles elevados de ansiedad, lo que puede interferir con el desempeño normal de las actividades clínicas.
- 64% de los odontólogos practicantes experimentan niveles manejables de ansiedad durante la vida, es decir fuera del ambiente odontopediátrico.
- 46% corresponde al género femenino en lo que respecta a niveles elevados de ansiedad "SE".
- Fuera del ambiente odontopediátrico, no se experimentan niveles elevados de ansiedad durante la vida, pero si se diera el caso, existe un 32% de probabilidad que la tendencia sea hacia el género femenino.

Respecto a Quinto año:

- 44% de los odontólogos practicantes experimentan niveles elevados de ansiedad, de manera menor que los practicantes de cuarto año, pudiendo experimentar bloqueos que puedan impedir un buen desempeño en la clínica
- 68% de los odontólogos practicantes experimentan niveles bajo y mediano de ansiedad, los cuales nos indica que más de la mitad de quinto año, fuera del consultorio odontopediátrico, mantiene niveles ansioso saludables o manejables
- 26% corresponde al género femenino en lo que respecta a niveles elevados de ansiedad "SE", aunque en menor porcentaje que cuarto año la tendencia sigue siendo en las mujeres.
- Fuera del ambiente odontopediátrico, quinto año no experimenta niveles elevados de ansiedad durante la vida, pero si se diera el caso existe un 28% de probabilidad que la tendencia sea hacia el género femenino.

Respecto a Quinto PRC

- 42% de los odontólogos practicantes experimentan niveles elevados de ansiedad “SE”, de una manera similar a quinto año, pero con una diferencia de un 20% comparado con los estudiantes de cuarto año, pudiendo inferir que cierta minoría de Quinto PRC aprendió a controlar, y/o a esperar niveles elevados de ansiedad
- 64% de los odontólogos practicantes PRC experimentan niveles ansiosos “SR” bajo y mediano, esto quiere decir que fuera del consultorio odontopediátrico, se manejan niveles ansiosos saludables y/o manejables, de manera similar a cuarto y quinto año
- 34% corresponde al género femenino en lo que respecta a niveles elevados de ansiedad, un comportamiento similar a quinto año, de igual manera enfocado hacia género femenino, no existiendo diferencia significativa como en cuarto año.
- Fuera del ambiente odontopediátrico, los odontólogos practicantes de quinto PRC no experimentan niveles elevados de ansiedad durante la vida, pero si se diera el caso existe un 28% de probabilidad que la tendencia sea hacia el género femenino.

En general

- Tomando en cuenta toda la muestra puede decirse que un 63.33% maneja niveles de ansiedad durante la vida bajo y/o mediano, los cuales pueden ser saludables y/o manejables, fuera del consultorio odontopediátrico.
- Si de experimentar niveles de ansiedad en el consultorio odontopediátrico se trata, se puede decir sin importar el nivel hay una tendencia mayor hacia el género femenino. Ahora si tomamos en cuenta el nivel hablamos de una segunda tendencia en donde la ansiedad elevada se inclina también hacia el género femenino dentro del ambiente odontopediátrico.
- Igualmente en la ansiedad durante la vida, la tendencia sigue siendo el género femenino, no importando los niveles, con una leve diferencia ascendente hacia el nivel elevado.
- La tendencia de las edades de la muestra en general esta entre los 22 y 26 años
- En relación a la edad, los niveles de ansiedad dentro del consultorio odontopediátrico se experimentan entre los 22 y 26 años, marcando una leve diferencia ascendente para el nivel de ansiedad “elevado”.
- Fuera del ambiente odontopediátrico, también se experimentan niveles manejables de ansiedad durante la vida, entre los 22 y 26 años.

CONCLUSIONES

1. Más de la mitad de la muestra, reflejó que durante la vida mantiene niveles bajos o medianos de ansiedad (SR), pudiendo ser saludables y/o manejables.
2. Dentro del consultorio pediátrico, el odontólogo practicante experimenta niveles de ansiedad (SE) elevados que pueden ser incontrolables, y que de alguna manera bloquean un desempeño pleno de las actividades.
3. La tendencia a experimentar ansiedad "SE" y "SR", es hacia el género femenino no importando el nivel.
4. La tendencia de la ansiedad "SE", hacia el género femenino tiende a experimentar en mayor número de casos, niveles elevados de ansiedad en el consultorio odontopediátrico.
5. La tendencia "SR" respecto a niveles elevados si fuesen experimentados, el porcentaje mayor tiende hacia el género femenino.
6. La tendencia de las edades de la muestra en general está entre los 22 y 26 años

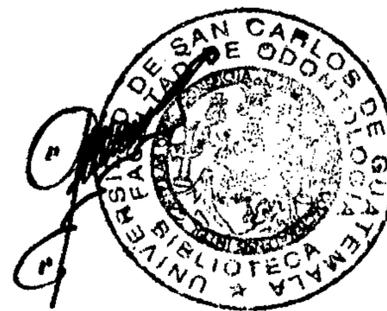
7. 22 y 26 años son edades en la que se experimentan niveles de ansiedad "SE", con una diferencia leve, ascendente hacia el nivel elevado, dentro del ambiente odontopediátrico.
8. Fuera del ambiente odontopediátrico, la ansiedad "SR" se experimenta, dentro de niveles manejables durante la vida, entre los 22 y 26 años en odontólogos practicantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

RECOMENDACIONES

1. Que dentro de los cursos de la Facultad de Odontología se incluyan temas de tipo psicológico, enfocados al área de ansiedad, para el conocimiento, la detección, tanto personal como en grupo dentro de los odontólogos practicantes, permitiendo reconocer el momento en que pueda necesitarse orientación psicológica.
2. Difundir los datos obtenidos de este estudio, a todo interesado, de manera especial a los odontólogos practicantes, para que conozcan la importancia del tema, y que de alguna manera puede influir en las actividades normales no solo durante la vida, sino en la profesión.
3. Se hace necesario hacer un estudio diferente, enfocado a definir los factores que causan, los diferentes niveles de ansiedad.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS

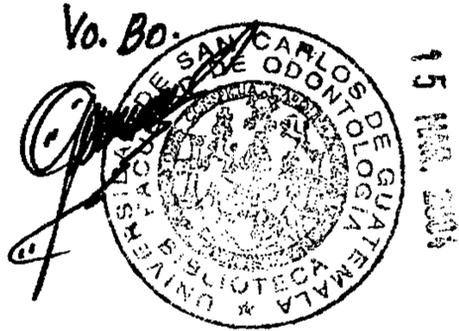
1. Allen, F. et. al. (1997). **DSM-IV Guía de uso**. Barcelona: Masson. pp. 2953-339.
2. **Ansiedad**. (en línea). Consultado el 15 de En. 2003. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema 04/htm>.
3. Barbería Leache, E. (1997). **Lesiones traumáticas en odontopediatría: dientes temporales y permanentes jóvenes**. Barcelona: Masson. p.422.
4. _____ et. al. (1995). **Odontopediatría**. Barcelona: Masson. p.426.
5. Belloch, A. S. y Ramos, F. **Manual de psicopatología**. (en línea). Consultado el 15 de En. 2003. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/tema 4/htm>.
6. _____ **Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. (en línea). Consultado el 15 de En. 2003. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/tema 04/htm>.
7. Cameron, N. (1982). **Desarrollo y psicopatología de la personalidad**. México. Trillas. pp. 231-233.
8. Hales, Robert E. y Yudofsky, S. C. (2000). **Sinopsis de psiquiatría clínica**. Barcelona: Masson. pp. 359-415.



9. Jarne, A. y Talam, A. (1992). **Manual de psicopatología clínica**. Barcelona: Pados Ibérica. pp. 233-312.
10. Kaplan, H. et.al. **Sinopsis de psiquiatría**. (en línea). Consultado el 15 de En. 2003. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema 04/htm>.
11. Mendoza Prah, B. M. (1993). **La ansiedad hacia el tratamiento dental en el niño guatemalteco**. Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología. P. 51.
12. Mischel, W. (1988). **Teorías de la personalidad**. México: Mc Graw-Hill. Pp.409-417.
13. Pancheri, P. (1982). **Manual de psiquiatría clínica**. México: Trillas. pp.33-49.
14. Sosa, M. (1998). **Resumen de psicometría general**. Guatemala: Editorial Universitaria. pp.1-50.
15. Suarez Richards, M. **Introducción a la psiquiatría**. (en línea). Consultado el 15 de En. 2003. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema 04/htm>.
16. **Transtornos mentales y del comportamiento**. (1992). Organización Mundial de la Salud. Madrid: OMS. pp. 1-185.



17. Wright, G. (1975). **Behavior management in dentistry for children.** Philadelphia: Saunders. pp. 8-100.



ANEXOS

STAI-82

Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, R.E. Lushene y R.L. Gorsuch (Adaptación para Guatemala)

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad _____ años Estudios (último año cursado) _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tache con una cruz el número que indique como *se siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay constestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

SE

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado _____	1	2	3	4
2. Me siento seguro _____	1	2	3	4
3. Estoy tenso _____	1	2	3	4
4. Estoy contrariado _____	1	2	3	4
5. Estoy a gusto _____	1	2	3	4
6. Me siento alterado _____	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo _____	1	2	3	4
8. Me siento descansado _____	1	2	3	4
9. Me siento ansioso _____	1	2	3	4
10. Me siento cómodo _____	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo _____	1	2	3	4
12. Me siento nervioso _____	1	2	3	4
13. Me siento agitado _____	1	2	3	4
14. Me siento a "punto de explotar" _____	1	2	3	4
15. Me siento reposado _____	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho _____	1	2	3	4
17. Estoy preocupado _____	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido _____	1	2	3	4
19. Me siento alegre _____	1	2	3	4
20. Me siento bien _____	1	2	3	4

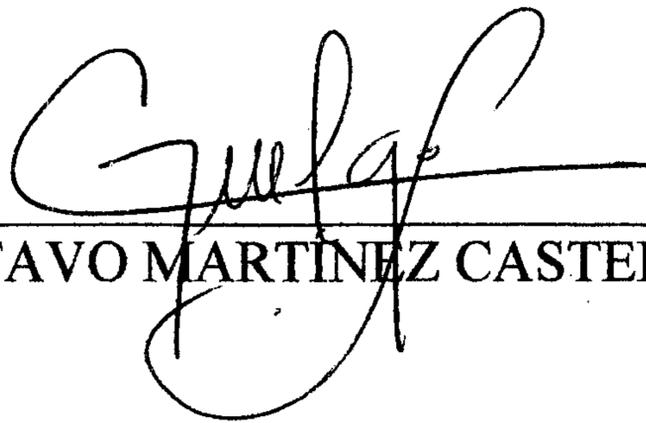
STAI-82
Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tache con una cruz el número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECÜENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien _____	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente _____	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar _____	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo _____	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente _____	1	2	3	4
26. Me siento descansado _____	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" _____	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas _____	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia _____	1	2	3	4
30. Soy feliz _____	1	2	3	4
31. Tomo las cosas con excesiva preocupación _____	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo _____	1	2	3	4
33. Me siento seguro _____	1	2	3	4
34. Trato de no enfrentarme a las crisis y dificultades _____	1	2	3	4
35. Me siento melancólico _____	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho _____	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan _____	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza _____	1	2	3	4
39. Soy una persona estable _____	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos en que me ocupo me pongo tenso y alterado _____	1	2	3	4

(SR)

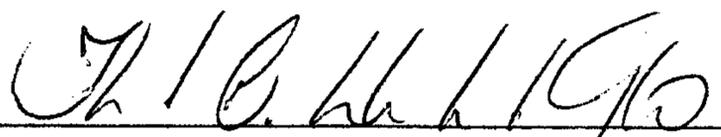
El contenido de esta Tesis es Única y Exclusiva
responsabilidad del autor

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gustavo', written over a horizontal line.

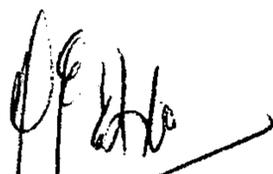
GUSTAVO MARTINEZ CASTELLANOS



Gustavo Martínez Castellanos
Sustentante

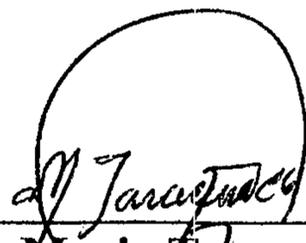


Dr. Kurth Dahinten Galán.
Asesor.



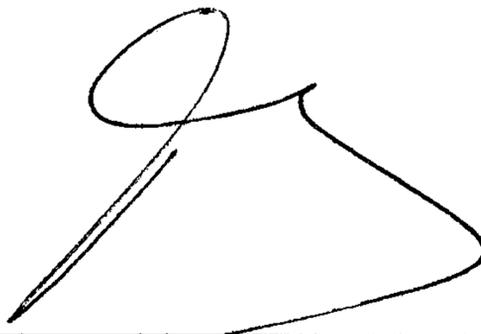
Dra. María Eugenia Castillo
Primer Revisor





Dr. Mario Taracena Enriquez
Segundo Revisor.

Imprimase:



Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Secretario

