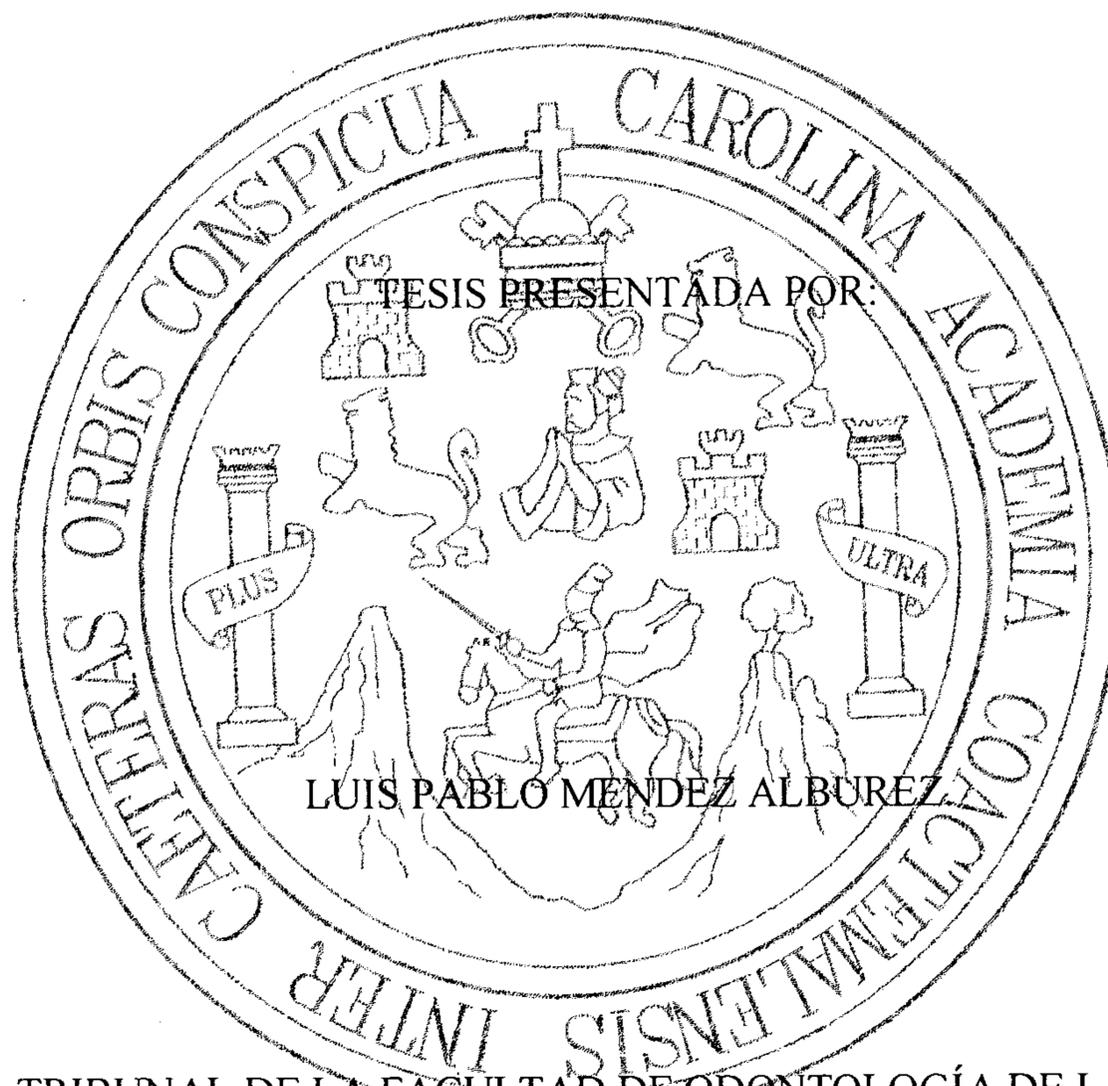


**“MEDICIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN ODONTÓLOGOS GENERALES,
RESPECTO A LA ATENCIÓN DE PACIENTES NIÑOS EN LA PRACTICA
PRIVADA”**



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

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2004

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
09
T(1449)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Sergio Armando García Piloña
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. Cesar Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Pedro José Asturias Sueiras
Vocal Quinto:	Br. Carlos Iván Dávila Alvarez
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Sergio Armando García Piloña
Vocal Segundo:	Dr. Kurt Dahinten Galán
Vocal Tercero:	Lcda. María Teresa Galdámez de Mont
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

DEDICO ESTE ACTO

- A DIOS:** Que a través de Jesucristo Nuestro Señor he tratado de ser mejor cada día.
- A MIS PADRES:** Aquiles Mendéz Angel y Olga Marina Alburéz Duarte de Mendéz, este triunfo es de ustedes.
- A MIS HERMANOS:** Cristhian, Carlos Alberto y José Fernando. Perseveren hasta alcanzar sus metas sin rendirse un solo momento.
- A MI NOVIA:** Ana Edilma, por su amor y apoyo incondicional.
- A MIS TIOS Y TIAS:** Irma, Mauro, Homero, Gloria, Krimil, Ody, Ethel, Meches, Toño, Florecita, por el cariño que me han brindado. Por el cariño que me han brindado.
- A MIS FAMILIARES:** Por sus palabras de aliento, a mis sobrinos; Cristhian, Dieguito y Marquito. A mis primos; En especial a Rodolfo por su valiosa colaboración, Teshita por su apoyo y cariño.
- A MIS AMIGOS:** Gustavo, Faruc, Hamlet, Victor, Carlos Alberto, Yiri, Luis, Carlos, Pablo, Laura, Edgar, Gerson, Fredy, Boris, Otto, por acompañarme y apoyarme.
- A LA FAMILIA GARCIA QUIROA:** Por su cariño y amistad sincera.
- A USTED**

DEDICO ESTA TESIS

A Dios,

A mis padres y hermanos

A mi novia y su familia.

A mi patria Guatemala

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Facultad de Odontología

A la Asociación de Estudiantes de Odontología

Al hospital cristiano de Nahualá "Cristo Salva", al proyecto "Joyas de Cristo" por el calor y la amistad que me brindaron

A mis padrinos Lic. Moisés Gódinez, Ing. Gerardo García, Dr. Horacio Mendía.

A mis catedráticos e instructores que compartieron sus conocimientos y su sabiduría, en especial a los Dres. Kurt Dahinten, Mario Miralles, Luis Villagrán, José Manuel López, Danilo Chavarria, Otto Guerra, Gustavo Leal, Mariela Orozco, Erwin Mónico, Guillermo Ordóñez, Elizabeth de Blanco, Francisco Porres, Manuel Miranda, Luis Fernando Ramos, Héctor Cordón.

A todas las personas que de alguna manera me ayudaron a lo largo de mi carrera, la amistad invaluable del Dr. Carlos De León Valdés, personal de la Facultad de Odontología en especial a Roxy, Ingrid, Elenita, Cori, Yaneth, Mimi, Rosi, Silvia Tórtola, muchas gracias y que Dios les bendiga.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

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

“MEDICIÓN DEL GRADO 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 mis asesores Dr. Kurt Dahinten, Licda. Maria Teresa de Mont, Lic. Boris Salguero por brindarme el apoyo, los materiales, para la realización de dicho trabajo. A mis revisores Arq. Sandra Rivera y Dra. Ingrid Arreola por su valiosa orientación y ayuda.

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

INDICE

Sumario.....	2
Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Problema	5
Justificación.....	6
Revisión de Literatura.....	7
Objetivos.....	28
Variables.....	29
Materiales y Métodos.....	30
Resultados.....	32
Discusión de resultados.....	49
Conclusiones.....	51
Recomendaciones.....	52
Bibliografía.....	53
Anexos.....	56

SUMARIO

En este estudio se midió el nivel de ansiedad de los odontólogos generales, respecto a la atención de pacientes niños atendidos en la clínica privada en las zonas 1,7,9,10 y 11 de la ciudad capital. La investigación se realizó con una muestra de sesenta y ocho odontólogos graduados, divididos en cuatro grupos, sobre la base del tiempo de experiencia en la profesión, se dividieron así; de 0-5 años de experiencia, 6-10 años, de 11-15 y de 16 años o más; los cuales fueron seleccionados al azar, sin tomar en cuenta el género, ni la edad. La muestra se tomó de una población total de 804 Odontólogos que existen en dichas zonas y se incluyó solamente aquellos que referían atender pacientes niños, los cuales fueron de 289. Se excluyeron a los odontólogos especializados en alguna rama de la profesión y a aquellos que no atendiesen pacientes niños. La recolección de los datos se hizo mediante el test psicológico 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 profesionales que voluntariamente respondieran al test, constando cada parte con veinte preguntas, y cuatro opciones en cada pregunta, debiendo marcar una opción solamente. La prueba no tuvo un tiempo determinado, pero de acuerdo al inventario evaluativo, se contempló como razonable un tiempo de 15 minutos. Sin embargo ningún profesional se excedió de 15 minutos. Se determinó que los odontólogos y odontólogas que tienen un nivel de experiencia de 0 a 5 años presentan mayores niveles de ansiedad previa a la consulta del paciente niño en la clínica privada comparado con profesionales que tienen más tiempo de experiencia. Así mismo no hubo diferencia significativa de género ya que tanto los odontólogos como las odontólogas presentan similares proporciones en cuanto a distribución de los niveles de ansiedad. En general, el mayor porcentaje de los profesionales de la Odontología no presenta niveles de ansiedad residente muy elevados que puedan ocasionar trastornos de personalidad.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado emocional normal, que ayuda a las personas a estar alertas y a realizar ciertas actividades en la vida, sin embargo, también puede interferir ó simplemente modificar la conducta cuando es “elevada o muy elevada”; cuando las circunstancias de un medio ambiente son evaluadas por las personas como amenazantes o desbordantes, y ponen en peligro su bienestar. En este caso, la atención a un paciente pediátrico puede provocar en el profesional una serie de cambios, tanto físicos como mentales, tales como: latidos rápidos del corazón, respiración irregular y defectuosa, pérdida del apetito, tendencia a orinar con frecuencia, mareos, propensión a sudar y anomalías en el funcionamiento de la conducta⁽⁵⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾.

Se conoce la ansiedad por la vivencia de la misma, pero es difícil hablar de ella, aunque forme una parte muy importante -en algún momento dado- de la estructura de la vida en los sentimientos⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Se midió el grado de ansiedad de los odontólogos generales, por medio de un test de psicometría que fué realizado en las clínicas privadas respecto a la atención de un paciente pediátrico, para evidenciar el nivel de ansiedad.

Se brinda información general sobre los trastornos de ansiedad y su tratamiento a todos los profesionales de la Odontología y estudiantes de pregrado para ampliar la información sobre la ansiedad que puede generarse al atender a un paciente pediátrico.

ANTECEDENTES

En investigaciones previas en el campo de la Odontología como la tesis titulada “Análisis comparativo del grado de ansiedad del paciente infantil y de los factores comunes que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental, al ser atendidos en las clínicas de Odontología del niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología, clínicas Privadas de Odontólogos Pediatras y clínicas de Odontólogos Generales”, de la autora Rosaura Padilla Silva publicada en el mes de abril del año 2002 se analizaron tres estudios en los cuales se midieron niveles de ansiedad en pacientes pediátricos por medio del Test de Ansiedad Dental, por medio de un dibujo, evidenciando situaciones que provocaban ansiedad elevada o muy elevada, además de analizar la actitud del estudiante, del odontólogo general y del especialista frente al niño. Sin embargo, no se toma en cuenta la ansiedad del operador, misma que es la contraparte y que influye en la consulta del paciente pediátrico. En otra investigación titulada “Prevalencia de lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal, asociados al estrés en un grupo de estudiantes de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el año 2003”; de la autora Mirsha Figueroa que relaciona la ansiedad elevada con lesiones de tejidos blancos en la cavidad bucal ; a los ESTUDIANTES se les somete a una prueba que mide el nivel de ansiedad y es conocida como prueba de Zung, en la misma se determinó que estudiantes de cuarto año presentan niveles de ansiedad altos que se asocian a lesiones de tejidos blandos en la cavidad bucal. Así mismo la tesis titulada “La ansiedad hacia el tratamiento dental en el niño guatemalteco” del año 1993 realizada por Blanca Mónica Prah! Mendoza para obtener el título de Cirujano Dentista, dónde se determinó que los niños que son atendidos por personal que tiene conocimiento de su labor y que posee experiencia presentan menos ansiedad ante el tratamiento dental ⁽¹³⁾⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾. En las investigaciones anteriores se utilizan pruebas específicas que no se usaron en esta investigación, por ello es necesario dar un panorama de la prueba que se le realizó al profesional; esta es la prueba clínica de auto evaluación STAI 82, la cual se empieza a calibrar, es decir a probar en individuos en el año de 1964. Los primeros trabajos son realizados por el Dr. Charles D. Spielberg en la Universidad de Vanderbilt, Estados Unidos junto con el Dr. Richard L. Gorsuch en la construcción de un instrumento de investigación objetivo de auto evaluación, que pueda ser utilizado para medir la ansiedad en adultos normales. Por muchos años se amplían las investigaciones en diferentes áreas y con diferentes personas pasando por complejos estudios y comprobaciones estadísticas que se fueron depurando para crear reactivos y sus instrucciones, hasta llegar a la prueba actual, que es una versión suficientemente experimentada y válida ⁽⁸⁾⁽¹³⁾⁽¹⁸⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad que se presenta en los seres humanos en determinado momento se atribuye a situaciones específicas, y por lo general ayuda a enfrentar dichas situaciones. Pero cuando la ansiedad se eleva puede ser peligroso para la salud en general, ya que cambian de forma adversa y perjudicial las funciones de muchos sistemas del organismo.

En las tesis consultadas se determinó que existe una relación de la ansiedad con diversas manifestaciones y actividades que involucran al estudiante y futuro profesional de la odontología; por ejemplo se muestran niveles de ansiedad elevados que se relacionan con lesiones y niveles de ansiedad elevados en pacientes niños atendidos por odontólogos graduados y especialistas en odontopediatría⁽⁵⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾.

No se hace referencia hacia la conducta o condición del Odontólogo frente al paciente pediátrico, que es la contraparte; pero ello es determinante en el tratamiento y la relación con el paciente, entonces surge la interrogante: ¿Qué grado o nivel de ansiedad maneja el Odontólogo general en la consulta con el paciente niño en la clínica privada?

JUSTIFICACIÓN

Es de primordial importancia estudiar y medir la ansiedad en el odontólogo general, que trata de manejar adecuadamente las situaciones que se presentan en la consulta con el paciente niño debido a que como ser humano se encuentra en constante riesgo de sufrir problemas emocionales y fisiológicos. Además la misma profesión causa deterioro físico y mental de forma inevitable.

La ansiedad que se genera en las consultas, por lo general se atribuye al paciente, por el ruido, la aguja, o por otros factores que él mismo refiere. En el odontólogo se puede generar ansiedad muy elevada debido a que debe trabajar con el paciente niño en determinado tiempo, pero en un medio ambiente biológico, formado por líquidos bucales, musculatura facial y la no colaboración del paciente, lo cual expone la propia integridad física del profesional. Se debe persuadir y motivar, aunque a menudo el paciente no entiende la importancia de su tratamiento. El odontólogo también debe calmar y comprender los miedos y ansiedades de los mismos pacientes ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

No se ha observado de manera científica el fenómeno emocional de la ansiedad en el odontólogo general, previo a la atención de pacientes pediátricos, misma que puede interferir en sus actividades clínicas. Sometiendo al profesional a un test de psicometría previo a la consulta con el paciente pediátrico se pueden evidenciar los niveles de ansiedad que maneja en la práctica privada. Es necesario informar sobre la ansiedad y sus trastornos, para ayudar al estudiante y profesional de la odontología a tener una perspectiva de los problemas que conlleva no manejar o controlar la ansiedad de forma adecuada y normal.

MARCO TEÓRICO

1. ANSIEDAD.

1.1 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⁾.

1.2 Ansiedad y angustia.

Se conoce la ansiedad por la vivencia de la misma, pero es difícil hablar de ella, aunque forme una parte muy importante -en algún momento dado- de la estructura de la vida de los sentimientos. Muchos psicólogos y psiquiatras investigadores la confunden con la angustia, de modo que las definen a la vez, aunque hagan ligeras diferencias etiológicas o fenomenológicas⁽¹²⁾.

“La ansiedad se considera más psíquica, mientras que la angustia posee un carácter más somático. La angustia es la sensación de espera incierta e inmovilizante, mientras la ansiedad es la sensación de inquietud”⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾.

Durante mucho tiempo, el término angustia fué 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. 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⁽¹⁾.

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⁾.

1.3 Ansiedad normal.

Se dice 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 ansiedad normal se caracteriza por una sensación de aprehensión 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 y 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 ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾.

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⁾.

1.4 Ansiedad Patológica.

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 sólo uno más de los numerosos síntomas representados por el paciente y entra a formar parte de la sintomatología específica de diversos cuadros patológicos ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁹⁾.

1.5 Ansiedad Elevada y Muy Elevada.

Se menciona como ansiedad elevada y muy elevada a la que interfiere con la conducta normal, con frecuencia necesita tratamiento terapéutico y farmacológico. La ansiedad elevada y muy elevada se cuantifica por medio de un test de psicometría, y no es el mismo en todos los pacientes ya que hay parámetros por edad y sexo que determinan la misma. La ansiedad elevada y muy elevada se puede determinar en cualquier momento por medio de un test ⁽⁷⁾⁽¹²⁾.

2. SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD.

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:

Trastornos somáticos (fisiológicos)

Trastornos psíquicos (cognitivos) y

Trastornos conductuales (motora o relacional)

Estas 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, se puede 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 por parte del psicólogo ⁽⁷⁾.

3. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

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

- 3.1 Trastorno de angustia sin agorafobia.
- 3.2 Trastorno de angustia con agorafobia
- 3.3 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- 3.4 Trastorno de Ansiedad Generalizada
- 3.5 Fobia específica
- 3.6 Fobia Social
- 3.7 Trastorno obsesivo compulsivo
- 3.8 Trastorno por estrés postraumático
- 3.9 Trastorno por estrés agudo
- 3.10 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- 3.11 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

3.1 TRASTORNO DE ANGSTIA 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.

1. 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.
2. En el trastorno de angustia el ataque suele ser, al menos al principio, inesperado.
3. El nivel de ansiedad general, crónica, es mayor en el paciente con el trastorno de angustia que en los otros dos casos.

3.2 TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA.

Este trastorno se diferencia del anterior en que 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 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 llama "agorafobia". Si se está 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⁾.

3.3 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, 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 Crohn) 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 medica justifica el diagnóstico separado de agorafobia o si debe considerarse con una respuesta razonable a los riesgos que implica la enfermedad ⁽⁵⁾.

3.4 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⁾.

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 padece 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”

3.5 FOBIA ESPECIFICA.

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

1. *Ansiedad anticipatoria*, que aparece ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico.
2. *El temor central* en sí mismo.
3. *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 circunscritos. El estar frente al estímulo fóbico provoca en el sujeto una respuesta ansiosa. La mayoría de las veces, éste 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 conmocionante. 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:

1. *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).
2. *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.
3. *Aprendizaje informacional/Instruccional*: por ej: una persona tuvo un vuelo con mucha turbulencia en la que se sintió muy angustiada, ésto 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⁽⁷⁾.

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

1. *Infancia temprana*: (más de 10 años. a animales, sangre, tormentas, al agua).
2. *Adolescencia*: A las alturas (vértigo).
3. *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⁾.

3.6 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⁽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. 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 perjudiquen 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 marcada 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 Sélter 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 ejemplo existen personas que antes de afrontar una situación social como el caso de ir a una fiesta dónde 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 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 al paciente 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)⁽¹⁾.

3.7 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 muchas personas se les 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 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 incomodantes. La sintomatología del T.O.C. comprende ideas obsesivas, actos obsesivos y alteraciones de la efectividad como:

1. *Las dudas obsesivas*
2. *Obsesiones nosofóbicas* (padecer de alguna enfermedad)
3. *Escrúpulos obsesivos* (conceptos de responsabilidad, culpa, pecado, lo que esta bien y lo que esta 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⁾.

3.8 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 posttraumático. Es más probable que el trastorno se presente en personas solteras, divorciadas, viudas, con problemas económicos o aisladas socialmente⁽¹⁾.

El trastorno por estrés posttraumático 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⁾.

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⁾.

3.9 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, diagnóstico 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 postraumático, sufre un serie de síntomas disociativos como el embotamiento afectivo (reducción de la intensidad de 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, el diagnóstico se sustituye por el de "trastorno por estrés postraumático" ⁽⁷⁾.

Existe un alto grado de probabilidad que sujetos con este trastorno, sufran un trastorno por estrés postraumático. El tratamiento de este trastorno es similar al utilizado para el estrés postraumático, 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”, o de modo individual, se intenta favorecer la aberración de afectos e imágenes vinculadas con el trauma. El soporte farmacológico se efectúa con sedantes y ansiolíticos ⁽⁷⁾.

3.10 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 ⁽⁷⁾⁽¹⁴⁾.

3.11 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⁾.

TEST DE AUTOEVALUACION STAI-82

Se constituye como una prueba clínica para ser empleada como instrumento en el campo psicopatológico, aplicado en trabajos de investigación y de tesis. Es un test de psicometría que trata de cuantificar la ansiedad en dos dimensiones (ansiedad estado "SE" y ansiedad rasgo o residente "SR"). El inventario autoevaluativo de ansiedad, cuyas siglas originales se adoptaron -STAI- (State Trait Anxiety Inventory) es una traducción para Guatemala ⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾.

1. El Stai-82 se compone de dos escalas distintas: SE= ansiedad-estado y SR= ansiedad rasgo, cada una con veinte elementos de cuatro alternativas por elemento. La persona ha de definirse en alguna de estas alternativas en cada elemento. A través de estas definiciones personales conseguimos dos coeficientes de ansiedad, uno en cada escala.
2. La ansiedad-estado (SE): Mide la ansiedad en la persona como situación del aquí y ahora, transitoria, más o menos crítica, episódica, con una prolongación en el tiempo muy variable. La ansiedad así la concebimos como una situación o condición emocional del hombre, impregnada de sentimientos tensionales característicos, inquietud

consciente y activa del sistema nervioso autónomo. Este estado acostumbra a fluctuar con el tiempo tanto en intensidad como en aspectos cualitativos, que le dan en algunos casos el carácter patológico. La posibilidad de cambio de estos estados es lo que favorece la acción psicoterápica del tiempo y la actuación efectiva del terapeuta.

3. La escala Ansiedad-Rasgo (SR): Mide la ansiedad en la dimensión más pregnante de la personalidad y, por lo tanto, más arriesgada y menos temporal. En este caso, se considera el grado ansioso como un modo de ser, más que como un modo de estar en un momento dado. Se considera más como una disposición conductual adquirida que como consecuencia genética. Entra el campo de las diferencias clínicas individuales, por las que las diversas personas tienden a diverso modo de responder a situaciones percibidas como peligrosas con elevaciones de grado de intensidad de la ansiedad como estado de ánimo. Afecta a los motivos de actuación habitual característicos de la dinámica personal de cada uno. Los estímulos de la vida, más frecuentemente del ambiente, actualizan las disposiciones a la ansiedad y desencadenan auténticas reacciones ansiosas, generalmente no críticas, pero sí continuas y habituales. Se da una cosmovisión muy parcializada del mundo y de las cosas. Esta forma especial de visión predispone a la persona a un tipo de respuestas en la línea de la ansiedad.
4. El inventario STAI trata igualmente de cuantificar la ansiedad en esas dos dimensiones.
5. La ansiedad-estado, como energía dinámica, alude al proceso empírico reactivo, que se realiza en un momento dado y en un grado determinado de ansiedad, según la idiosincrasia de cada persona y la circunstancia, que desencadena la disposición latente a manifestar cierto tipo de reacción. La ansiedad-rasgo implica, en resumen, las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones tensionales con cantidades variables de ansiedad crítica.
6. Se observa que las circunstancias en las cuales se experimenta un fracaso, o aquéllas en las que la capacidad personal de un individuo se pone a prueba o está siendo valorada, son particularmente amenazantes para las personas con una alta calificación en ansiedad-estado. Pero el hecho de que las personas, que difieren en la ansiedad-rasgo, muestren o no diferencias correspondientes en ansiedad-estado, depende del grado en que una situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido de manera considerable por la experiencia pasada de un individuo.

7. El test, determinará el nivel o grado de ansiedad que presenta el Odontólogo cuando se expone a una situación, en este caso a la consulta con el paciente pediátrico.
8. La ansiedad estado determinará si el Odontólogo maneja ansiedad elevada o muy elevada en la consulta con el paciente niño ⁽¹⁸⁾.

OBJETIVOS

Objetivo general

Medir el grado de ansiedad en Odontólogos Generales respecto a la atención de pacientes niños en la práctica privada.

Objetivos Específicos:

- Determinar el grado de ansiedad en un momento determinado, es decir de manera previa a la atención del niño.
- Ofrecer una información general sobre los trastornos de ansiedad y su tratamiento, al profesional de la Odontología.

DEFINICIÓN DEL OBJETO A INVESTIGAR

El nivel de ansiedad, variable de acuerdo al tiempo de práctica privada que poseen los odontólogos graduados en la atención de pacientes pediátricos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Tiempo de experiencia en la práctica privada del Odontólogo, Edad, Sexo, Ansiedad.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

1. Tiempo de experiencia en la práctica privada del Odontólogo: Conjugando los conceptos, se sintetiza en el aprendizaje con el tiempo, de un profesional que ejerce en el marco legal, en este caso en la atención del paciente niño.
2. Edad: Tiempo en que una persona ha vivido, ha contar desde que nació.
3. Sexo: Género al que pertenece un individuo: masculino, femenino.
4. Ansiedad: “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⁾.

INDICADORES DE VARIABLES

- Para medir la ansiedad se usó el Test Stai 82 (mide ansiedad en el momento que se efectúe la prueba).
- Nivel de práctica privada: Referente al tiempo de experiencia en la atención de pacientes pediátricos, dividiendo el tiempo de experiencia en intervalos.

MATERIALES Y METODOS

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

- 1) La investigación se sustentó en un estudio de tipo descriptivo en el cual se utilizó un muestreo estratificado.
- 2) Se determinó la población del estudio basados en los odontólogos que se encontraron registrados en la Agenda del Colegio Estomatológico de Guatemala del año 2,004 que ejercen en la ciudad capital (ver cuadro No. 1).
- 3) Los profesionales se seleccionaron excluyendo primero a los especialistas y seguidamente a los que referían práctica limitada a una especialidad de la odontología, así mismo a los que referían no atender pacientes niños.
- 4) Se consultó vía telefónica a los profesionales para determinar el número de odontólogos generales que atienden pacientes niños (ver cuadro No. 1).
- 5) Se seleccionó la muestra por medio de un muestreo estratificado según la zona donde los odontólogos poseen su clínica (ver cuadro No. 1).
- 6) Se tomaron en cuenta las zonas con mayor proporción de odontólogos que atienden pacientes niños para la muestra (ver cuadro No. 2).
- 7) Si algún profesional no quiso ser incluido en la investigación se seleccionó al inmediato superior en un listado previamente elaborado.
- 8) Se concertaron citas para la aplicación del test previo a la consulta del paciente niño.
- 9) Se visitaron los consultorios de los profesionales y se les realizó la prueba.
- 10) Los resultados obtenidos se tabularon en una base de datos EPI-INFO5. Se utilizaron cuadros y estadísticas para su presentación y análisis.
- 11) Fórmula para la estimación del número de la muestra:

Fórmula:

$N \cdot pq$

$n = \frac{\quad}{\quad}$

2

$N - 1 (L e / pq)$

n=Número de la muestra N= Número de la población
p=Probabilidad del fenómeno que se está buscando
q=Complemento de la probabilidad del fenómeno que se busca
Le=Límite de error (se considera de 0.01 a 0.1)

DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:

Descripción del instrumento (Ver anexo No.1)

La prueba Stai-82 sugerida por profesionales en la Psicología, se utilizó para evidenciar el nivel de ansiedad que presentaban los odontólogos generales previo a la consulta con el paciente pediátrico, asimismo en la parte superior derecha del Test se colocaron cuatro letras que identificaban al profesional en una de las cuatro posibilidades que tenían sobre la base de su experiencia en la consulta con el paciente pediátrico (A; de 0-5 años, B; de 6-10 años, C; de 11-15 años y D; de 16 años en adelante). El test requiere información del sujeto como el nombre, edad y sexo. Asimismo fecha de la evaluación. Con la libertad de omitir su nombre si así lo deseaba el profesional.

Se visitó a los odontólogos incluidos en la muestra, previa cita telefónica, explicándoles en que consistía la prueba, sin dar el tema ya que podía alterar los resultados, simplemente se les describió como una Auto-evaluación la cual se manejaría con confidencialidad, para recabar la información pertinente.

ASESORIA: La asesoría para la calibración de los test, fué avalada por la Licenciada en Ciencias Psicológicas María Teresa Galdámez de Mont, colegiada No. 4,966.

RESULTADOS

El número de odontólogos registrados en la Agenda del Colegio Estomatológico del año 2,004 fué de 1,963, de este total en el área urbana se encuentran 1,312 odontólogos los que representan un 66.83% del total y del área rural 602 odontólogos que representan el 30.66%. Es necesario hacer mención de un número de odontólogos que ya no ejercen y otros que se encuentran en el extranjero, sin embargo están registrados en la Agenda del Colegio de Profesionales y su número es de 49 que representa el 2.49%. El cuadro No. 1 orienta a que un 66.38 por ciento de los profesionales que ejercen en la ciudad capital tiene alguna especialidad y/o refieren ser odontólogos generales que no atienden pacientes niños, solamente pacientes adultos y adolescentes. El 33.62% son odontólogos generales que atienden pacientes niños en su clínica privada. De aquí se tomaron las zonas con mayor proporción de profesionales que atienden pacientes niños para la población del estudio. Se puede observar en el cuadro No.2 que el número de odontólogos de la población con respecto a los odontólogos de la muestra por zonas guarda una proporción similar. La población total del estudio es de 289 odontólogos y la muestra mínima es de 48. Se tomó en cuenta una muestra de 68 Odontólogos, es decir uno de cada cuatro odontólogos generales que atienden pacientes niños se tomó en cuenta para el estudio. En el cuadro anterior observamos que un 48.52% de los Odontólogos incluidos en el estudio pertenecen al género masculino y un 51.47% al género femenino. En el cuadro no. 4 se observa que la edad de los odontólogos que atienden niños en la ciudad capital incluidos en la muestra, esta en el rango de 25 a 69 años, de estos gran parte (60.19%) se distribuyen entre 25 y 39 años, los profesionales de 55 años en adelante representan solamente un 13.23 %. En el cuadro No. 5 se puede observar que el mayor porcentaje de odontólogos incluidos en el estudio fue el del rango de 16 años o más de experiencia (30.88%), seguido de el rango de 0-5 años de experiencia con un 29.41% y en tercer lugar con poca distancia entre ellos el rango de 6-10 años de experiencia con un 27.94%. En el cuadro No. 6 se puede observar que la Ansiedad Estado fue Normal en un porcentaje parecido en ambos sexos y así mismo en la Ansiedad Estado Muy Elevada. Quiere decir que un 27.27% de Odontólogos y un 28.57% de Odontólogas presentaban una ansiedad muy elevada debido a la consulta del paciente pediátrico. Sin embargo en un porcentaje de 69.69% de Odontólogos y un 65.71% de Odontólogas presentaron una ansiedad Normal de frente a la consulta con el paciente niño. Lo cual indica un buen manejo de la ansiedad en la consulta.

En el cuadro No. 7 puede observar que en Odontólogos un 60.60% maneja una ansiedad rasgo normal, al igual que las Odontólogas una mayoría del 62.85% maneja una ansiedad rasgo normal. También debemos destacar que hay una proporción similar de ansiedad rasgo muy elevada en ambos sexos.

Se puede observar en el cuadro No. 8 que los Odontólogos que tienen un rango de 0-5 años de experiencia atendiendo pacientes niños en la clínica privada presentan un nivel de ansiedad estado muy elevada (60%), es decir en el momento de la consulta con el paciente pediátrico presentaron un nivel de ansiedad muy elevado. Un 40 % presenta un nivel de ansiedad Normal. Según el cuadro No.9 en el rango de experiencia de 6-10 años el 68.42% de los Odontólogos se presentó una ansiedad estado normal de frente a la consulta con el paciente pediátrico. Con respecto a este rango solo se presentó un 5.26% de ansiedad estado elevada y un 26.31% muy elevada. El cuadro No. 10 muestra un porcentaje de 87.50% para la ansiedad estado normal en los Odontólogos que tienen una experiencia de 11-15 años en la atención del paciente pediátrico. No presentándose una ansiedad elevada en los mismos y solo un 12.5% de ansiedad muy elevada. En el cuadro No. 11 puede observar que en el rango de experiencia comprendido de los 16 años en adelante encontramos un porcentaje de 90.47% de ansiedad estado Normal y en iguales proporciones la ansiedad elevada y muy elevada con un 4.76%.En el cuadro No. 12 puede observarse que en el rango de 0-5 años de experiencia los Odontólogos presentan un nivel de ansiedad rasgo muy elevada (55%) comparado con el porcentaje (40%) de la ansiedad rasgo Normal. Así mismo, se puede observar en el cuadro No.13 que la ansiedad rasgo normal predomina en este rango de experiencia con un 63.15% y la ansiedad elevada tiene un 21.05%, en este caso la ansiedad rasgo muy elevada tiene la menor proporción con un 15.78%. En el cuadro No. 14 que presenta el rango de experiencia que comprende de 11-15 años de experiencia la ansiedad rasgo normal predomina en un 75%, no presentándose aquí la ansiedad elevada y un 25% de ansiedad rasgo muy elevada. En el cuadro No. 15 se evidencia un porcentaje de 80.95% para la ansiedad rasgo normal en el rango de 16 años o más en la atención del paciente pediátrico, dejando un 14.28% a la ansiedad elevada, teniendo el porcentaje más bajo la ansiedad rasgo muy elevada con un 4.76%.

CUADRO No. 1.

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS POR ZONA EN LA CIUDAD CAPITAL Y
ODONTÓLOGOS GENERALES QUE ATIENDEN PACIENTES NIÑOS.**

ZONA	Profesionales.	Porcentaje. %	Profesionales que atienden pacientes niños.	Porcentaje.
1	214	16.31	80	18.14
2	45	3.42	12	2.72
3	36	2.74	15	3.40
4	21	1.6	9	2.04
5	62	4.72	25	5.66
6	38	2.89	16	3.62
7	156	11.89	65	14.73
8	15	1.14	7	1.58
9	129	9.83	30	6.80
10	168	12.80	44	9.97
11	137	10.44	70	15.87
12	56	4.26	20	4.53
13	47	3.58	10	2.26
14	51	3.88	6	1.36
15	46	3.50	9	2.04
16	7	0.53	2	0.45
17	21	1.60	4	0.90
18	28	2.13	5	1.13
19	25	1.90	7	1.58
21	10	0.76	4	1.13
	1312	100	441	100

(Fuente: Trabajo de campo)

El cuadro No. 1 orienta a que un 66.38 por ciento de los profesionales que ejercen en la ciudad capital tiene alguna especialidad y/o refieren ser odontólogos generales que no atienden pacientes niños, solamente pacientes adultos y adolescentes. El 33.62% son odontólogos generales que atienden pacientes niños en su clínica privada. De aquí se tomaron las zonas con mayor proporción de profesionales que atienden pacientes niños para la población del estudio.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCIÓN POR ZONAS DE LOS ODONTÓLOGOS GENERALES QUE ATIENDEN PACIENTES NIÑOS EN LA CIUDAD CAPITAL Y SU PROPORCION.

ZONAS	ODONTOLOGOS	%	MUESTRA	%
1	80	27.68	17	27.08
7	65	22.49	15	22.92
9	30	10.38	9	10.41
10	44	15.22	11	14.58
11	70	24.22	16	25
TOTAL	289	100	68	100

(Fuente: Trabajo de Campo)

Se puede observar en el cuadro No.2 que el número de odontólogos de la población con respecto a los odontólogos de la muestra por zonas guarda una proporción similar. La población total del estudio es de 289 odontólogos y la muestra mínima es de 48. Se tomó en cuenta una muestra de 68 Odontólogos, es decir uno de cada cuatro odontólogos generales que atienden pacientes niños se tomó en cuenta para el estudio.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS QUE ATIENDEN PACIENTES NIÑOS POR GÉNERO.

GENERO	FRECUENCIA	%
Masculino	33	48.52
Femenino	35	51.47
Total.	68	100

(Fuente: Trabajo de Campo)

En el cuadro anterior observamos que un 48.52% de los Odontólogos incluidos en el estudio pertenecen al género masculino y un 51.47% al género femenino.

CUADRO No. 4.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS QUE ATIENDEN PACIENTES NIÑOS EN LA CIUDAD CAPITAL CON RESPECTO A LA EDAD.

Edad.	Frecuencia	%	% Acumulado.
25-29	16	23.53	23.53
30-34	12	17.54	41.17
35-39	13	19.12	60.29
40-44	6	8.82	69.11
45-49	4	5.88	74.99
50-54	8	11.76	86.75
55-59	7	10.29	97.04
60-64	1	1.47	98.69
65-69	1	1.47	100
TOTAL	68	100	

(Fuente: Trabajo de campo)

En el cuadro no. 4 se observa que la edad de los odontólogos que atienden niños en la ciudad capital incluidos en la muestra, esta en el rango de 25 a 69 años, de estos gran parte (60.19%) se distribuyen entre 25 y 39 años, los profesionales de 55 años en adelante representan solamente un 13.23 %.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS DE ACUERDO A SU NIVEL DE EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN SU CLÍNICA PRIVADA.

Nivel de experiencia	Frecuencia	%
0-5 años.	20	29.41
6-10 años.	19	27.94
11-15 años.	8	11.76
16 años o más.	21	30.88
Total	68	100

(Fuente: Trabajo de campo)

En el cuadro No. 5 se puede observar que el mayor porcentaje de odontólogos incluidos en el estudio fue el del rango de 16 años o más de experiencia (30.88%), seguido de el rango de 0-5 años de experiencia con un 29.41% y en tercer lugar con poca distancia entre ellos el rango de 6-10 años de experiencia con un 27.94%.

CUADRO No. 6

NIVEL DE ANSIEDAD "SE" PRESENTADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES QUE ATIENDEN PACIENTES NIÑOS EN LA CLINICA PRIVADA DISTRIBUIDOS POR GENERO.

	MASCULINO		FEMENINO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Normal	23	69.69	23	65.71
Elevada	1	3.03	2	5.71
Muy Elevada	9	27.27	10	28.57
Total	33	100	35	100

(Fuente: Trabajo de campo)

En el cuadro No. 6 se puede observar que la Ansiedad Estado fue Normal en un porcentaje parecido en ambos sexos y así mismo en la Ansiedad Estado Muy Elevada. Quiere decir que un 27.27% de Odontólogos y un 28.57% de Odontólogas presentaban una ansiedad muy elevada debido a la consulta del paciente pediátrico. Sin embargo en un porcentaje de 69.69% de Odontólogos y un 65.71% de Odontólogas presentaron una ansiedad Normal de frente a la consulta con el paciente niño. Lo cual indica un buen manejo de la ansiedad en la consulta.

CUADRO No. 7

NIVEL DE ANSIEDAD "SR" PRESENTADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES QUE ATIENDEN PACIENTES NIÑOS EN LA CLINICA PRIVADA DISTRIBUIDOS POR GENERO.

	MASCULINO		FEMENINO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Normal	20	60.60	22	62.85
Elevada	5	15.15	4	11.42
Muy Elevada	8	24.24	9	25.71
Total	33	100	35	100

(Fuente: Trabajo de campo)

En el cuadro No. 7 puede observar que en Odontólogos un 60.60% maneja una ansiedad rasgo normal, al igual que las Odontólogas una mayoría del 62.85% maneja una ansiedad rasgo normal. También debemos destacar que hay una proporción similar de ansiedad rasgo muy elevada en ambos sexos.

CUADRO No. 8

GRADO DE ANSIEDAD "SE" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES CON EXPERIENCIA DE 0-5 AÑOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN LA CLINICA PRIVADA.

ANE	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Normal	8	40	40
Elevada	0	0	40
Muy Elevada	12	60	100
TOTAL	20	100	

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

Se puede observar en el cuadro No. 8 que los Odontólogos que tienen un rango de 0-5 años de experiencia atendiendo pacientes niños en la clínica privada presentan un nivel de ansiedad estado muy elevada (60%), es decir en el momento de la consulta con el paciente pediátrico presentaron un nivel de ansiedad muy elevado. Un 40 % presenta un nivel de ansiedad Normal.

CUADRO No. 9

GRADO DE ANSIEDAD "SE" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES CON EXPERIENCIA DE 6-10 AÑOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN LA CLINICA PRIVADA.

ANE	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Normal	13	68.42	68.42
Elevada	1	5.26	73.68
Muy Elevada	5	26.31	100
TOTAL	19	100	

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

Según el cuadro No.9 en el rango de experiencia de 6-10 años el 68.42% de los Odontólogos se presentó una ansiedad estado normal de frente a la consulta con el paciente pediátrico. Con respecto a este rango solo se presentó un 5.26% de ansiedad estado elevada y un 26.31% muy elevada.

CUADRO No. 10

GRADO DE ANSIEDAD "SE" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES CON EXPERIENCIA DE 11-15 AÑOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN LA CLINICA PRIVADA.

ANE	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Normal	7	87.50	87.50
Elevada	0	0	87.50
Muy Elevada	1	12.5	100
TOTAL	8	100	

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

El cuadro No. 10 muestra un porcentaje de 87.50% para la ansiedad estado normal en los Odontólogos que tienen una experiencia de 11-15 años en la atención del paciente pediátrico. No presentándose una ansiedad elevada en los mismos y solo un 12.5% de ansiedad muy elevada.

CUADRO No. 11

GRADO DE ANSIEDAD “SE” ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES CON EXPERIENCIA DE 16 O MAS AÑOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN LA CLINICA PRIVADA.

ANE	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Normal	19	90.47	90.47
Elevada	1	4.76	95.23
Muy Elevada	1	4.76	100
TOTAL	21	100	

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

En el cuadro No. 11 puede observar que en el rango de experiencia comprendido de los 16 años en adelante encontramos un porcentaje de 90.47% de ansiedad estado Normal y en iguales proporciones la ansiedad elevada y muy elevada con un 4.76%.

CUADRO No. 12

GRADO DE ANSIEDAD "SR" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES CON EXPERIENCIA DE 0-5 AÑOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN LA CLINICA PRIVADA.

ANR	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Normal	8	40	40
Elevada	1	5	45
Muy Elevada	11	55	100
TOTAL	20	100	

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

En el cuadro No. 12 puede observarse que en el rango de 0-5 años de experiencia los Odontólogos presentan un nivel de ansiedad rasgo muy elevada (55%) comparado con el porcentaje (40%) de la ansiedad rasgo Normal.

CUADRO No. 13

GRADO DE ANSIEDAD "SR" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES CON EXPERIENCIA DE 6-10 AÑOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN LA CLINICA PRIVADA.

ANR	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Normal	12	63.15	63.15
Elevada	4	21.05	84.2
Muy Elevada	3	15.78	100
TOTAL	19	100	

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

Así mismo, se puede observar en el cuadro No.13 que la ansiedad rasgo normal predomina en este rango de experiencia con un 63.15% y la ansiedad elevada tiene un 21.05%, en este caso la ansiedad rasgo muy elevada tiene la menor proporción con un 15.78%.

CUADRO No. 14

GRADO DE ANSIEDAD "SR" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES CON EXPERIENCIA DE 11-15 AÑOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN LA CLINICA PRIVADA.

ANR	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Normal	6	75	75
Elevada	0	0	75
Muy Elevada	2	25	100
TOTAL	8	100	

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

En el cuadro No. 14 que presenta el rango de experiencia que comprende de 11-15 años de experiencia la ansiedad rasgo normal predomina en un 75%, no presentándose aquí la ansiedad elevada y un 25% de ansiedad rasgo muy elevada.

CUADRO No.15

GRADO DE ANSIEDAD "SR" ENCONTRADO EN ODONTÓLOGOS GENERALES CON EXPERIENCIA DE 16 O MÁS AÑOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NIÑO EN LA CLINICA PRIVADA.

ANR	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Normal	17	80.95	80.95
Elevada	3	14.28	95.23
Muy Elevada	1	4.76	100
TOTAL	21	100	

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

En el cuadro No. 15 se evidencia un porcentaje de 80.95% para la ansiedad rasgo normal en el rango de 16 años o más en la atención del paciente pediátrico, dejando un 14.28% a la ansiedad elevada, teniendo el porcentaje más bajo la ansiedad rasgo muy elevada con un 4.76%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto al rango de 0-5 años de experiencia:

- 60% de los odontólogos generales graduados experimentan niveles muy elevados de ansiedad estado, interfiriendo de alguna manera en sus actividades clínicas.
- 40% de los odontólogos generales experimentan niveles manejables de ansiedad durante la vida, es decir fuera del ambiente odontopediátrico.
- 50% del total de profesionales que corresponde al género femenino se encuentra en este rango de experiencia y en lo que respecta a niveles muy elevados de ansiedad estado "SE".
- Fuera del ambiente odontopediátrico, se experimentan niveles muy elevados de ansiedad durante la vida. En este rango de experiencia la tendencia a padecer un problema de trastorno de personalidad por cualquier motivo es del 55% entre los sujetos.

Respecto al rango de experiencia de 6-10 años:

- 68.42% de los odontólogos generales experimentan niveles normales de ansiedad a diferencia de un rango de experiencia menor, los odontólogos con este rango de experiencia manejan mejor la ansiedad ante la consulta con el paciente pediátrico.
- 26.31% de los odontólogos experimentan niveles muy elevados de ansiedad en la consulta con el niño pero de estos solo un 15.78% persiste con problemas de ansiedad rasgo, es decir residente.
- El 15.78% de los Profesionales ubicados en este rango tiene alguna tendencia a presentar problemas de ansiedad que están arraigados.

Respecto al rango de experiencia de 11-15 años:

- 12.5% de los odontólogos experimentan niveles elevados de ansiedad "SE", lo cual nos puede indicar que los odontólogos aprenden sobre la base de la experiencia a manejar la ansiedad ya que hay una diferencia muy marcada respecto al rango de 0-5 años. Siendo esta de un 50% más en los de menor experiencia.

- 87.50% de los odontólogos experimentan niveles normales de ansiedad estado, esto quiere decir que manejan de una manera adecuada la ansiedad en la consulta con el paciente pediátrico.
- 25% de los odontólogos que se encuentran en este rango tienen una ansiedad rasgo muy elevada que puede perjudicar su conducta no así en la consulta con el paciente niño. Significa que al momento de la evaluación manejaban una ansiedad normal, no así su ansiedad residente o rasgo que conlleva problemas de personalidad o del comportamiento.

Respecto al rango de experiencia de 16 años o más:

- 90.47% de los odontólogos comprendidos en este rango presenta niveles de ansiedad estado normales, esto quiere decir que manejan muy bien la ansiedad en la consulta con el paciente niño.
- 4.76% de los odontólogos presentan una ansiedad rasgo muy elevada, lo que significa que persiste en la ansiedad estado dónde también se presentó el 4.76% muy elevado.
- El 4.76% persiste con problema para manejar la ansiedad y ocasionar un trastorno de ansiedad.

En general:

- Tomando en cuenta toda la muestra puede decirse que un 67.64% maneja niveles de ansiedad estado normales durante la consulta con el paciente pediátrico. Los cuales pueden ser saludables y/o manejables.
- Un porcentaje bajo de la muestra presentó niveles de ansiedad muy elevados previo a la consulta del paciente pediátrico.
- La ansiedad estado muy elevada con mayor porcentaje previo a la consulta con el paciente niño la presentaron los profesionales ubicados en el rango de experiencia de 0-5 años.
- Si de experimentar niveles de ansiedad muy elevados en el consultorio con el paciente niño se trata, se puede decir que hay una igual tendencia hacia el género femenino y masculino, sin importar su experiencia.
- Igualmente en la ansiedad durante la vida, la tendencia sigue siendo igual en ambos géneros.
- La experiencia que tenga el odontólogo general en la atención del paciente niño es importante ya que les ayuda a manejar mejor la ansiedad ante la consulta.

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de la muestra, reflejó que durante la vida mantiene niveles bajos o medianos de ansiedad rasgo (SR), pudiendo ser saludables y/o manejables.
2. Dentro del consultorio, el odontólogo con menor experiencia en la consulta con el paciente niño ha revelado niveles de ansiedad estado (SE) elevados que pueden ser incontrolables, y que de alguna manera bloquean un desempeño pleno de las actividades.
3. La ansiedad estado muy elevada que se presenta en los odontólogos está marcada principalmente en el rango de experiencia de 0-5 años en la atención de pacientes niños en la clínica privada.
4. El nivel de ansiedad estado "SE" y ansiedad rasgo "SR", se mantiene de igual proporción para el género masculino y femenino.
5. Fuera del ambiente odontopediátrico, la ansiedad rasgo o residente (SR) se experimenta, dentro de niveles manejables durante la vida.

RECOMENDACIONES

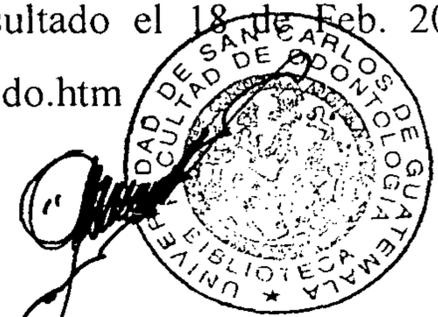
1. Divulgar los resultados de este estudio, de tal manera que los odontólogos conozcan la importancia del tema, y que de alguna manera puede influir en las actividades clínicas normales y durante la vida.
2. Se recomienda a todo profesional de la odontología general que desee atender pacientes niños en su clínica privada a que se mantenga actualizado en cuanto a las técnicas utilizadas en odontopediatría, ya que esto ayudará a que controle su propia ansiedad y la del paciente.
3. A los estudiantes y odontólogos graduados se les recomienda consultar con un profesional de la psicología cuando se sientan con muchas cargas mentales, económicas y sociales que le ayuden a orientarse como manejar su ansiedad y su stress.

BIBLIOGRAFIA

1. **Ansiedad.** (En línea) Consultado el: 10 de en. 2004. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema04 contenido.htm>
2. Barbería Leache, E. (1997). **Lesiones traumáticas en odontopediatría.** Barcelona, España. s.e.
3. Belloch, A. S. y Ramos, B. **Manual de Sicopatología.** (En línea). Consultado el 16 de en. 2004. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema04 contenido.htm>
4. Belloch, A. **Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** (En línea). Consultado el 16 de en. 2004. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema04 contenido.htm>
5. Carpio Galindo, C.H.T. (2002). **Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por Odontólogos Practicantes en las clínicas de la Disciplina de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos y los factores que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental.** Tesis. (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 1-3,94p.
6. Cameron, N. (1982). **Desarrollo y sicopatología de la personalidad.** México: Trillas. Pp. 231-233.
7. **DSM-IV: Guía de uso.** (1997). Trad. Allen Frances, et al. Barcelona: Masson. pp. 2953-339.
8. Figueroa Contreras, M.S. (2003). **Prevalencia de lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal, asociados al estrés en un grupo de estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el año 2003.** Tesis. (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 3-5p.
9. Jarne, A. y Talarn, A. (1992). **Manuel de sicopatología clínica.** Barcelona: Masson Ibérica. pp. 233-312.

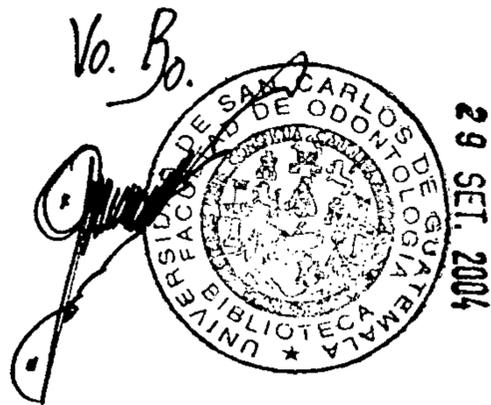


10. Jáuregui Guerrero, S.C. (2000). **Grado de estrés que padecen los estudiantes de 4to, 5to y Pendientes de Requisitos Clínicos de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos y las causas principales a que lo atribuyen.** Tesis. (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 7-102p.
11. López Salazar, A.P. (2002). **Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por Odontólogos Generales en clínicas privadas de la ciudad de Guatemala y los Factores que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental.** Tesis. (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 90,91p.
12. Mishel, W. (1998). **Teorías de la personalidad.** México: Mc Graw-Hill. pp. 409-417.
13. Padilla Silva, R.A. (2002). **Análisis comparativo del grado de ansiedad del paciente infantil y de los Factores comunes que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental, al ser atendidos en las clínicas de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, clínicas privadas de Odontólogos Pediatras y clínicas privadas de Odontólogos Generales.** Tesis. (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 79,80p.
14. Pancheri, P. (1982). **Manual de psiquiatría clínica.** México: Trillas. pp. 49-33.
15. Pahl Mendoza, B. M. (1993). **La ansiedad hacia el tratamiento dental en el niño guatemalteco.** Tesis. (Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología. 51p.
16. Hales, R.E. y Yudofsky, S.C. (2000). **Sinopsis de psiquiatría clínica.** Barcelona, España: Masson. pp.359-415.
17. Kaplan, H. Et. al. **Sinopsis de Psiquiatría.** (En línea). Consultado el 18 de Feb. 2004. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema04 contenido.htm>



18. Sosa, M. (1998). **Resumen de psicometría general**. Guatemala: USAC. pp.1-50.

19. OMS (Organización Mundial de la Salud). (1992). **Trastornos mentales y del comportamiento**. Madrid: OMS. pp.1-185.



ANEXOS:

STAI-82

Autoevaluación

Sobre la base de su experiencia:

- A. 0-5 años
- B. 6-10 años
- C. 11-15 años
- D. 16 o más años

Sobre la base de su experiencia

- A. 0-5 años
- B. 6-10 años
- C. 11-15 años
- D. 16 o más años

por

D.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	JUN 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

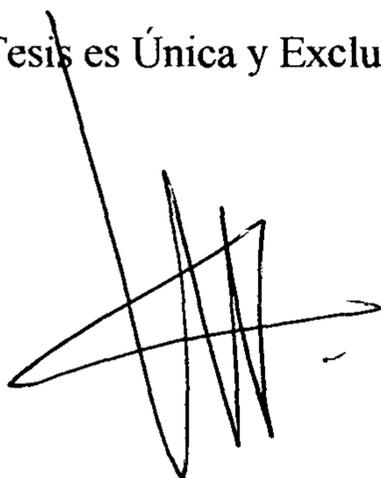
SR

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
FRECIENTEMENTE
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 |

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

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

LUIS PABLO MENDEZ ALBUREZ.

Br. Luis Pablo Méndez Alburez.

Sustentante.

Dr. Kurt Dahinten Galán.

Asesor.

Lcda. María Teresa Galdámez de Mont.

Asesora.



Dra. Ingrid Arriola Smith.

Revisora, Comisión de Tesis.

Arq. Sandra Rivera Bustamante de Yoc.

Revisora, Comisión de Tesis.

Vo. Bo.

Dr. Otto Raúl Torres Bolaños.

Secretario.

