



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD MEDIANTE LA PRUEBA IDARE QUE PRESENTAN LOS PACIENTES ADULTOS DEL PROGRAMA EXTRAMUROS UNAM DE PRÓTESIS OCULARES, PACHUCA, HIDALGO 2013-2014.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ANDREA CISNEROS MÁRQUEZ

TUTORA: Dra. EILEEN URIBE QUEROL

ASESORES: Psicol. MATILDE CÁNUDAS GONZÁLEZ

Esp. RENÉ JIMÉNEZ CASTILLO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

La tesis titulada: Análisis de los niveles de ansiedad mediante la prueba IDARE que presentan los pacientes adultos del Programa extramuros UNAM de prótesis oculares, Pachuca, Hidalgo 2013-2014. que presenta la alumna: Andrea Cisneros Márquez se realizó bajo la dirección de la Dra. Eileen Uribe Querol y la asesoría del Esp. René Jiménez Castillo y la Psicol. Matilde Cánudas González.

DEDICATORIA:

A mi mamá, porque sin tu apoyo, tu ejemplo y tu confianza, yo no sería la persona que soy ahora; gracias por brindarme tantas cosas a lo largo de mi vida, por darme los mejores ejemplos de esfuerzo y sacrificios y por enseñarme a luchar y a aferrarme siempre a lo que quiero.

Este logro es, en su mayor parte, gracias a ti, a que nunca me has dejado sola y a que has luchado hasta el cansancio por darme lo mejor y lo lograste, me diste la oportunidad de tener una carrera, todo gracias a tu esfuerzo y a muchos sacrificios.

A mi hermana, porque eres y serás siempre lo mejor que me ha pasado en la vida, lo que me mueve todos los días a hacer de todo para lograr ser un buen ejemplo en tu vida.

Quiero que sepas que a pesar de ser mi hermanita pequeña me has enseñado muchas más cosas de las que creo poder estarte enseñando yo a ti. Gracias por haber llegado a mi vida y llenarla de tantas alegrías y por regalarme los mejores momentos que jamás nadie me podrá regalar.

No tengo palabras suficientes para agradecer todo lo que han hecho por mí y todo lo que han tenido que soportar durante este tiempo, lo único que puedo decirles es que sin ustedes dos a mi lado, no habría tenido ni los recursos, ni la fuerza para llegar hasta aquí. Gracias por siempre estar dispuestas a ayudarme, aunque eso significara muchas veces, desvelarse conmigo y entender cosas que ni yo lograba entender.

AGRADECIMIENTOS:

Dr. René Jiménez Castillo, gracias por creer en mí, enseñarme la pasión por mi profesión y con ello, que se puede ayudar a la gente, retribuyéndonos con grandes satisfacciones y sus mejores sonrisas.

Dra. Esperanza Alvarado Gamboa, gracias por recordarme que en los pequeños detalles se encierran las más grandes satisfacciones.

Dr. Alejandro Benavides Ríos, gracias por su apoyo incondicional, sus regaños, su tiempo y por creer en mí y en mi trabajo.

A todos ustedes, espero no haberles fallado y haber dejado una pequeña huella, comparada con las enormes marcas que dejaron ustedes en mi vida y corazón.

Dra. Tzipe por su gran apoyo en la generación de la base de datos

Dra. Eileen Uribe Querol por los archivos que me facilitó para realizar este trabajo, su paciencia, amistad y gran apoyo durante todo este tiempo, aprendí muchas cosas de usted y sé que a pesar de todo el tiempo que nos tomó llegar al final de este trabajo, las dos nos llevamos muchas experiencias y sobre todo un enorme aprendizaje.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Imagen corporal y percepción	8
2.2 El globo ocular	8
2.2.1 Anatomía del globo ocular	8
2.2.2 Ausencia o pérdida congénita	9
2.2.3 Pérdida adquirida	10
2.3 Ansiedad	11
2.4 Pruebas psicológicas	12
2.5 Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE)	12
2.5.1 Escala A – Estado	13
2.5.2 Escala A – Rasgo	13
3. ANTECEDENTES	14
3.1 Historia de la prótesis maxilofacial	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	16
6. OBJETIVOS	16
6.1 Objetivo general	16
6.2 Objetivos específicos	16
7. HIPÓTESIS	17
7.1 Hipótesis nula	17
7.2 Hipótesis alterna	17

8. MATERIALES Y METODOS	17
8.1 Tipo de estudio	17
8.2 Población de estudio	17
8.3 Selección y tamaño de la muestra	17
8.4 Criterios de selección	17
8.4.1 Criterios de inclusión	17
8.4.2 Criterios de exclusión	17
8.5 Definición operacional y escala de medición de las variables	18
8.6 Método de aplicación de la prueba	18
8.7 Método de registro	19
8.8 Análisis	19
9. RESULTADOS	20
10. DISCUSIÓN	29
11. CONCLUSIÓN	30
12. REFERENCIAS	31

1. INTRODUCCIÓN

Para cualquier individuo, sin importar raza, género, sexo o edad, la imagen corporal y la percepción de sí mismo intervienen psicológicamente e imponen parámetros de apreciación propios. Estos parámetros se ven influenciados por aspectos culturales, sociales o ambientales que se integran a su conducta. Una persona, conviviendo en sociedad adopta reglas, valores y conductas que se deben seguir para formar parte de una sociedad. Por lo tanto, la relación entre los individuos debe ser satisfactoria para que se mantenga un equilibrio (1, 2).

Según los antropólogos sociales, la atribución cultural refleja conductas aprendidas que determinan actitudes, valores, hábitos y patrones de cooperación y conflicto. Los ideales culturales y del desempeño del individuo para con dichos ideales se hacen propios y participan en la construcción continua de la percepción de sí mismo, siendo la niñez el periodo donde se socializan los valores culturales (1) (2).

La comunidad también impone estereotipos de belleza en donde se idealizan cuerpos y caras. Sin embargo, haciendo referencia a las distintas culturas, existe una plasticidad en la naturaleza humana, como un conjunto de disposiciones hechas para regular la vida, por lo cual, los patrones de “perfección o normalidad” serán relativos y restringidos a la sociedad. (1)

Con el paso de los años los seres humanos han visto la necesidad de mejorar su imagen corporal para ser aceptados y la mejora se vuelve prioritaria en el caso de individuos con defectos que se encuentran en el rostro, los cuales se pueden clasificar en congénitos o adquiridos (2).

Los defectos congénitos son causa de malformaciones durante el periodo de gestación y se aprecian al nacimiento. En este caso, el individuo por lo general, crece inseguro por no verse como los demás y crea un patrón de aislamiento del resto de las personas al sentirse diferente. Esta situación psico-social genera en la persona, trastornos de ansiedad, estrés y depresión (1) (3).

Los defectos adquiridos son causa de algún traumatismo, cirugía, infección o patología. Cuando un individuo pierde alguna estructura, principalmente de la cara, minimiza sus ganas de vivir, trabajar, convivir e integrarse a sus actividades cotidianas, ya que se sienten juzgados por su aspecto físico (4).

Algunos defectos en la región maxilofacial provocan una discapacidad que afecta severamente el estado psicológico del paciente en sus actividades cotidianas, capacidad laboral y social, sus expectativas y calidad de vida se ven severamente afectadas ya que pierde seguridad para continuar con sus actividades, debido a que probablemente su desempeño está afectado físicamente (5, 6).

Los deseos de sobresalir y distinguirse de otro individuo varían de persona a persona ya que existen una serie de necesidades e impulsos, muchos de ellos aprendidos, que requieren de nuestra propia aceptación. Por lo general, actuamos conscientes de la presencia de los demás, adoptando actitudes que parezcan normales ante ellos, aun siendo completos extraños, únicamente por el hecho de sentirnos aceptados y dentro de un grupo. En el momento en que un individuo se siente y se sabe parte de un grupo, su

reacción en las situaciones de peligro denotará mayor valentía, ya que se sabe resguardado por un grupo de personas (2) (3).

Desde tiempos remotos a los seres humanos nacidos con alguna discapacidad física o mental se les ha rechazado de la sociedad, aislado en lugares cerrados esperando su muerte o incluso terminando con sus vidas al momento del nacimiento por considerarlos inservibles para las tareas que deberá desempeñar más tarde o porque simplemente no podrán ser autosuficientes en un futuro (1).

La especialidad de prótesis maxilofacial de la Facultad de Odontología desempeña actividades sociales diversas y de gran impacto, concretamente en los programas extramuros de prótesis oculares donde, desde el año de 1994 hasta ahora, un gran número de pacientes de escasos recursos y de comunidades aisladas se han visto beneficiados, no solo en su estado de salud y su apariencia física, también en su calidad de vida. Sin embargo, el impacto psicológico no ha sido cualificado debido a que es complejo ya que se requieren pruebas específicas para determinar la experiencia de un paciente tras una rehabilitación protésica (7, 8, 9).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Imagen corporal y percepción

La imagen corporal “es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente”. Cada individuo es capaz de crear una idea de su propio cuerpo que no siempre es la misma idea que tienen los otros de él ya que una persona considerada socialmente como bella, puede no sentirse así, y una persona que ante los ojos de quien lo rodea, se aleje de los cánones de belleza, puede sentirse bien con su imagen (2).

Debido a lo mencionado anteriormente, es que, con el paso de los años los seres humanos se han visto en la necesidad de mejorar su imagen corporal para ser aceptados por la sociedad. La mejora se vuelve prioritaria en el caso de individuos con defectos congénitos o adquiridos y suelen cubrirlos u ocultarlos, especialmente aquellos que se encuentran en el rostro (3).

2.2 El globo ocular

El órgano de la visión tiene una forma prácticamente esférica, con un diámetro aproximado de 2.5 centímetros y se encuentra alojado en la cavidad orbitaria. Lo forman tres cubiertas que, de fuera a dentro, son: esclerótica, coroides y retina (8,10).

La esclerótica es la capa protectora, por su consistencia dura. La coroides es la túnica vascular y la retina la capa visual. La esclerótica, en su parte anterior, presenta un radio menor por lo que es prominente; la córnea es, por otra parte, transparente y permite que los rayos luminosos penetren en el globo ocular (11)

2.2.1 Anatomía del globo ocular

El globo ocular ocupa la mayor parte de la porción anterior de la órbita ocular y contiene el aparato óptico del sistema visual. Las estructuras anatómicas del interior del globo ocular tienen una disposición esférica o circular. El globo ocular está formado por tres capas: 1)

La capa fibrosa o externa, formada por la esclera y la córnea, 2) La capa vascular (media), formada por la coroides, el cuerpo ciliar y el iris y 3) La capa interna, formada por la retina, con sus porciones óptica y no visual. Además de estas tres capas existe una capa adicional de tejido conjuntivo laxo que rodea el globo ocular y le permite sus movimientos dentro de la órbita (Figura 1).

Los globos oculares y los párpados se mueven gracias a la cooperación de diversos músculos. Los músculos extra oculares de la órbita son elevador del párpado superior, los cuatro rectos (superior, inferior, medial y lateral) y los dos oblicuos (superior e inferior) (5, 6). Estos músculos se atrofian debido a la ausencia del globo ocular y comienza a verse un deterioro en la forma natural de la cara del paciente (Figura 1).

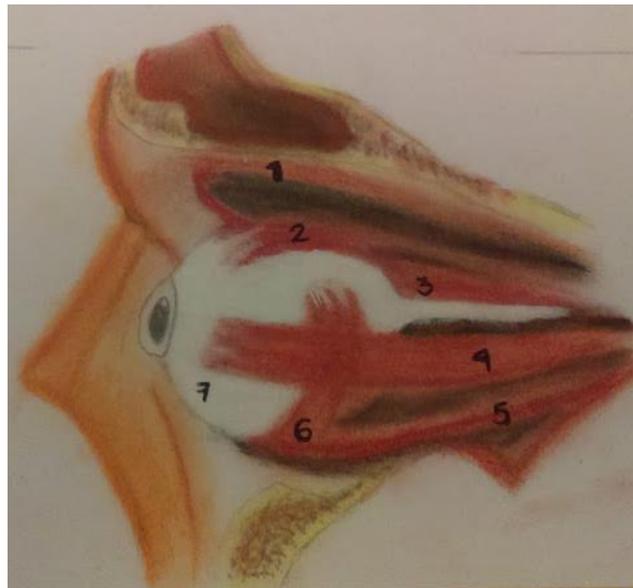


Figura 1. Músculos que participan en el movimiento ocular 1.- músculo oblicuo superior, 2.- músculo recto superior, 3.- músculo recto medial, 4.- músculo oblicuo inferior, 5.-músculo recto inferior, 6.- músculo recto lateral, 7.- globo ocular.

La ausencia o pérdida del globo ocular ocurre de manera congénita o adquirida:

2.2.2 Ausencia o pérdida congénita

Las orbitas oculares y su contenido son estructuras determinantes para la visión. Un desarrollo parcial del globo ocular tiene efecto sobre el crecimiento de la órbita y su contenido. El fracaso del desarrollo ocular trae como consecuencia alteraciones en el desarrollo orbital, como son la anoftalmia y la microftalmia (12).

La microftalmia es una malformación orbitaria que se caracteriza por un globo ocular más pequeño de lo normal y su prevalencia es de 1.2 por cada 10,000 nacimientos. La anoftalmia es la ausencia completa del globo ocular y su prevalencia es de 1.8 por cada 10,000 nacimientos (13, 14).

La presencia de este tipo de malformaciones puede deberse a causas ambientales, como la exposición a pesticidas (bencimidazol), las altas temperaturas de incineradores y las infecciones maternas (rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus y varicela, así como otros virus pero con menor evidencia como parvovirus B19, herpes simples tipo 2, Epstein Barr y coxsackie A9) (15).

Otras causas son: influenza, fiebre o hipertermia, abuso de solventes, exposición a radiación o medicamentos (talidomida, isotretinoína, warfarina) y consumo de alcohol, también pueden asociarse con síndromes genéticos, ya sean de origen cromosómicos o monogénicos. (15).

La microftalmia y la anoftalmia severa propician una microórbita, con una apariencia temprana de una hemiatrofia craneofacial, que es una enfermedad caracterizada por la atrofia del tejido graso, la piel, los músculos faciales y en algunos casos los huesos y cartílagos de un lado de la cara (16, 17).

En ambos casos existe carencia de los párpados y del saco conjuntival, debido a una falta de estímulo por la pérdida extrema de función para el desarrollo y crecimiento de dichas estructuras. Esto determina que no exista un buen crecimiento de la cavidad orbitaria, lo que trae, por consiguiente, consecuencias funcionales, físicas y psicológicas, que dificultan su tratamiento (17).

En estos trastornos oculares, la rehabilitación protésica tiene como finalidad estimular el crecimiento adecuado de la órbita y dependerá de la edad del paciente y del volumen del contenido orbitario (18).

El método para el manejo protésico de casos de microftalmia es controversial, ya que existen estrategias que abarcan desde la observación hasta la eliminación del globo ocular (18, 19).

2.2.3 Pérdida adquirida

La pérdida adquirida del globo ocular es el resultado de algún traumatismo o enfermedad, el cual se define como la lesión originada por una contusión con perjuicios penetrantes sobre el globo ocular y sus estructuras periféricas que ocasiona daño tisular de diverso grado de afectación, con compromiso de la función visual ya sea temporal o permanente y está considerado a nivel mundial como una de las causas de ceguera unilateral (11, 13).

Cada año se producen en todo el mundo alrededor de 500,000 lesiones oculares causantes de ceguera unilateral y la mayoría de estos traumatismos afectan la retina. Se presentan con mayor frecuencia en adultos jóvenes predominantemente en el sexo masculino. Las enfermedades oculares que conllevan a la pérdida ocular son el cáncer, glaucoma, e infecciones oculares que se agravan (10, 11).

De acuerdo al tipo de lesión que se provoque en la órbita y su contenido, el tratamiento es una cirugía y existen tres tipos: la evisceración, la enucleación y la exenteración (18).

La evisceración consiste en extirpar el contenido del globo ocular y la parte anterior del mismo (córnea, iris, pupila). Esta cirugía se realiza cuando el paciente presenta dolores intensos y frecuentes derivados de enfermedades oculares sin solución (glaucoma secundario, trombosis, hemorragias intraoculares importantes, infecciones

postquirúrgicas, deformaciones oculares graves después de traumatismos importantes). También, la evisceración se emplea para mejorar el aspecto de las personas cuando poseen malformaciones congénitas o lesiones provocadas por accidentes (11, 18, 17)

La enucleación consiste en extirpar completamente el globo ocular y parte de los músculos que permiten el movimiento. Su principal objetivo es conservar la vida del paciente y evitar la progresión de tumores malignos a otras estructuras del ojo (retinoblastomas, algunos melanomas de coroides o de conjuntiva). También se indica una enucleación para conseguir una mejor estructura del contenido de la órbita cuando los pacientes se vieron involucrados en accidentes perforantes graves que producen estallidos del ojo que no son corregibles con la evisceración (12, 21, 22).

La excenteración orbitaria consiste en extirpar la totalidad de las estructuras alojadas en la órbita (caverna hueca de hueso que aloja al ojo, sus elementos de movilidad, vasos sanguíneos, nervios y grasa). El principal objetivo es conservar la vida del paciente en caso de tumores agresivos o que han adquirido una extensión que compromete la mayor parte de las estructuras de la órbita. Se espera conseguir la desaparición del tumor, aunque suele ser una operación en la que trabajan varias especialidades, y suele requerir tratamiento complementario (radioterapia, quimioterapia, nuevas intervenciones) según el tipo de tumor. Con referencia a las alternativas a dicho procedimiento, no existen alternativas razonables cuando se trata de tumores que por sus características no permiten un tratamiento conservador, en el caso de traumatismos la alternativa es dejar el defecto (20, 21).

2.3 Ansiedad

La ansiedad se define como una “angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos” (21).

Es una emoción natural, considerada necesaria para poder sobrevivir, ya que es una respuesta a situaciones amenazantes o sorpresivas que incitan al individuo a actuar. Sin embargo, cuando no puede ser controlada fisiológicamente conlleva respuestas completamente desfavorables que comprenden desde la angustia, la irritabilidad, las quejas continuas, la incapacidad de enfrentar el entorno y la incapacidad de cumplir metas hasta la desmotivación. Una vez que estos estados persisten y se agravan, el individuo pierde control sobre ellos y se ocasiona una disfunción en sus actividades cotidianas, originando un trastorno (5, 13).

Para poder dar una idea de lo grave que puede llegar a ser un problema emocional a nivel sistémico, a continuación, se mencionan algunos síntomas físicos producto de la ansiedad:

- Problemas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor precordial.
- Problemas respiratorios: sensación de falta de aire.
- Problemas digestivos: anorexia, hiperfagia, náuseas, diarrea, constipación intestinal, vómito, pirosis, dificultad para tragar, sensación de “nudo en el estómago”.
- Problemas genitourinarios: urgencia miccional, amenorrea, eyaculación precóz.

- Problemas neuromusculares: tensión o dolor muscular, temblor, insomnio, bruxismo, visión borrosa, zumbido de oídos, cefalea.
- Problemas neurovegetativos: sequedad de la boca, sudoración excesiva, sensación de inestabilidad

Es importante observar el comportamiento del paciente en el momento que entra al consultorio dental ya que existen varios aspectos que se pueden evaluar a simple vista y el paciente hace evidente que no se siente bien consigo mismo. Se debe evaluar si presentan una postura encorvada, descuido en su aseo personal, evitar contacto visual e interacción personal. A pesar de que dichos aspectos no son suficientes para definir el estado emocional de un paciente, pero nos pueden dar una idea de cómo se ve y se siente con su persona (13-16).

2.4 Pruebas psicológicas

La percepción que tiene cada individuo de sí mismo y la ansiedad que posee son factores determinantes e impactan en la calidad de vida del individuo. Estos factores son alterados principalmente en situación de enfermedad.

La evaluación de las consecuencias ocasionadas por una condición física se realiza con la ayuda de instrumentos psicológicos que deben cumplir con propiedades denominadas psicométricas, que favorecen el conocimiento de la historia natural de las enfermedades y su impacto en los enfermos (17).

Para evaluar si un paciente presenta un trastorno de ansiedad existen diversos instrumentos psicológicos con características psicométricas como el Inventario de Beck, la Escala de ansiedad de Hamilton y el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE); esta última es la prueba que se eligió para trabajar, ya que es fácil de aplicar y analizar por un profesional.

2.5 Inventario de Ansiedad Rasgo estado (IDARE)

El Inventario De Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) consta de un cuestionario constituido por dos escalas de autoevaluación separadas, cada una de ellas se utiliza para medir dos dimensiones distintas de ansiedad. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una en cada lado de ella (22) FIGURA 2.

La ansiedad estado (A-Estado) es una condición o estado emocional transitorio del organismo que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad que pueden fluctuar a través del tiempo (22)

La ansiedad rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables y su tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes que puede presentar elevaciones en la intensidad (22)

Se puede anticipar en general que quienes califican alto en A-Rasgo, presentan elevaciones de A-Estado con más frecuencia ya que reaccionan a un mayor número de

situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes debido a que es parte de su personalidad, la cual se fue formando desde la infancia (22).

Se ha encontrado, por ejemplo, que las circunstancias en las cuales se experimenta un fracaso, o aquellas en las que la capacidad personal de un individuo está siendo valorada (por ejemplo, al resolver una prueba de inteligencia), son particularmente amenazantes para las personas con una alta calificación A-Rasgo (1, 4, 13, 18).

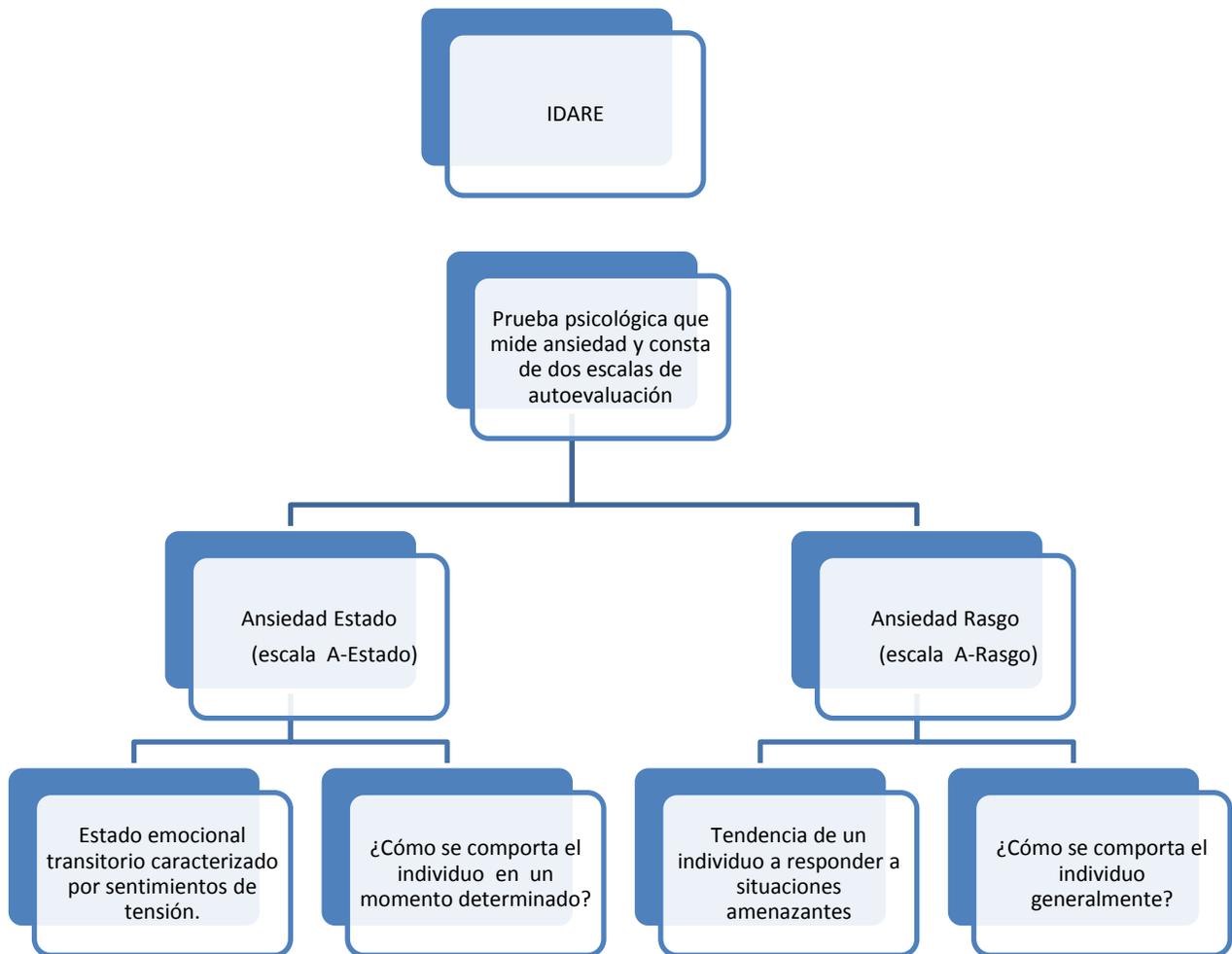


Figura 2. Diagrama de la descripción de la Prueba IDARE

3. ANTECEDENTES

3.1 Historia de la prótesis maxilofacial

En el año 2500 a.C. los egipcios elaboraron las primeras reconstrucciones maxilofaciales durante el proceso de momificación. Esto lo hacían para preparar los cuerpos para su próxima vida. Por debajo de la piel colocaban barro y en la boca colocaban tela de lino para conservar el tono facial. Además, colocaban ojos elaborados de cerámica, piedras preciosas, bronce, cobre y oro. Esta preparación marca un claro antecedente para lo que sería utilizado posteriormente para realizar rehabilitaciones protésicas en personas vivas.

Existe un registro arqueológico de prótesis oculares y faciales del siglo XVI que muestra de la enorme capacidad artística y creativa de quienes intentaron reemplazar partes de la cara. Ambrosio Paré (1509-1590) es considerado el padre de la prótesis facial por sus grandes contribuciones en la cirugía y el uso de materiales protésicos es quien posee los primeros registros sobre rehabilitaciones faciales en personas vivas (19).

Laurent Hiester, en 1752, implementó el uso de vidrio en lugar de metal para la elaboración de prótesis oculares, ya que era mejor tolerado por los tejidos orbitales y tenía mejor aproximación estética. Durante los próximos 200 años llegó a convertirse en el material de elección para prótesis oculares en todo el mundo, pero no pudo continuar siendo el material de primera elección debido a que era muy frágil, era propenso a la fractura y tenía irregularidades en la superficie.

Actualmente la especialidad de prótesis maxilofacial permite la elaboración de prótesis de senos, de dedos y de algunos huesos del cuerpo. Además de las prótesis antes mencionadas.

En el siglo XVIII se describe la prótesis ocular tal y como la conocemos en la actualidad. En ese tiempo se discutía en Europa sobre los materiales que se utilizaban para las prótesis oculares, ya que se hacían de cristal, oro y plata, y se cubrían de esmalte para igualar el color del iris, así como las venas y la esclera (3).

A finales del siglo pasado se desarrollaron las prótesis oculares, como el ojo reformado y las prótesis con doble pared y cascarillas con bordes engrosados, que se adaptaban mejor a la cavidad proporcionando mayor comodidad a los pacientes. En 1881 se hicieron los primeros intentos con materiales sintéticos para prótesis oculares en Alemania y Austria, un material pionero de esta disciplina fue el celuloide introducido por Frölich. Después se utilizó la vulcanita, pero tuvieron muchos problemas ya que únicamente se podían usar pocas horas al día, además desde el punto de vista técnico, el iris no se podía hacer del mismo material y lo hacían de cristal, esto, aparte de que lastimaba el saco conjuntival, el iris se desprendía de la prótesis (5).

En 1924 Willy Trester realizaba viajes para hacer prótesis oculares de vidrio a Sudamérica, sobre todo a Río de Janeiro, Montevideo y Buenos Aires, así como a otros lugares del mundo, como en Bombay India.

En 1947 se presentó la primera prótesis ocular oficial en material plástico y fue presentada por el Centro de Prótesis Oculares en Francia, demostrando las ventajas que tiene sobre el cristal; por esta razón actualmente todas las prótesis se realizan con metilmetacrilato (18).

La idea de hacer ojos con materiales plásticos, surgió durante la segunda guerra mundial por dos motivos: el primero fue que los países importadores de prótesis (Estados Unidos e Inglaterra, principalmente) se les privó de los ojos de cristal alemanes y franceses. La segunda causa se debió a que se incrementaron enormemente las pérdidas de globos oculares por la guerra, por lo que los propios gobiernos se interesaron en la búsqueda de un material que substituyera al cristal, como base de las prótesis oculares (7).

Con el paso de los años los seres humanos nos hemos visto en la necesidad de restaurar los defectos que alteren nuestro aspecto, cubriéndoles de cualquier forma y encontrando la manera de ocultarlos, especialmente aquellos que se encuentren en el rostro. Los defectos como ya se ha mencionado pueden ser congénitos o adquiridos.

La cirugía plástica y la cirugía maxilofacial juegan un papel de vital importancia en la reconstrucción de defectos de cabeza y cuello. Sin embargo, la cirugía, en algunos casos puede dejar nuevos defectos y no puede reconstruir la mayoría de ellos. Cuando los defectos no se pueden reconstruir con cirugía, la alternativa es utilizar prótesis maxilofaciales.

Hoy en día, la mejor rehabilitación protésica se ha logrado con las prótesis oculares de resina acrílica con base en la técnica UNAM desarrollada por el Esp. René Jiménez Castillo. Estas prótesis son especiales porque se puede reproducir el color y las características individuales del ojo contralateral. Este tipo de prótesis son las que se fabrican en la Clínica de Prótesis Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la UNAM.

En 2013 se incorporó a las actividades de los programas de prótesis oculares, la aplicación de la prueba IDARE, la cual puede medir de manera más concreta el estado de ansiedad de los pacientes al momento de la rehabilitación protésica.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El propósito de éste estudio es conocer el grado de ansiedad de los pacientes que se atienden en el programa extramuros UNAM de prótesis ocular Pachuca, Hidalgo, el cual fue implementado en 2013 y se realiza dos veces por año. Como parte de una atención integral se busca aportar evidencia de que los pacientes necesitan atención psicológica.

Los procesos de duelo suelen resolverse de manera individual o con apoyo psicológico y toda persona que pasa por la pérdida de algún órgano o estructura necesitará pasar por dicho proceso.

Los programas de prótesis oculares hasta el momento sólo se avocan a proveer prótesis pero se ha detectado que los pacientes probablemente presentan trastornos de ansiedad, dado que en su mayoría no han recibido apoyo psicológico.

En nuestro país carecemos de una atención integral y cuando los pacientes acuden a resolver un problema no necesariamente se dan cuenta que tienen otros. En este caso en particular, las personas van por una prótesis ocular, pero muchas veces no saben que también necesitan apoyo psicológico. Con base en esta apreciación subjetiva, se decidió medir si los pacientes poseen algún grado de ansiedad. Los resultados de este trabajo sentarán un precedente tangible para contestar las siguientes preguntas.

¿Cuál es el nivel de ansiedad que presentan los pacientes adultos de los programas extramuros UNAM de prótesis oculares, Pachuca, Hidalgo 2013-2014 utilizando la prueba IDARE?

¿Los niveles de ansiedad ante la pérdida ocular dependen de la edad y/o del género?

5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Todo paciente que sufre una mutilación o pérdida por causas determinantes, enfrentará una crisis emocional en mayor o menor grado, la mayoría de las personas, con el tiempo son capaces de aprender a vivir con esta pérdida. Sin embargo, habrá pacientes que para sobrellevar este episodio requerirán no solamente de una rehabilitación protésica ocular, sino de una terapéutica psicológica que les ayude a sobreponerse y mejorar su calidad de vida.

La prueba psicológica IDARE ha sido validada en población mexicana y puede ser aplicada a los pacientes que portan o portarán una prótesis ocular. El resultado de la prueba servirá para detectar a aquellos pacientes que requerirán apoyo psicológico (22)

Una vez obtenidos los resultados de la prueba, se busca convencer a los residentes de la especialidad de prótesis maxilofacial, de que los pacientes no están atravesando por una situación fácil de sobrellevar y es necesario ofrecer una atención más sensible.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Analizar el grado de ansiedad de los pacientes que acuden al Programa Extramuros UNAM de Prótesis Oculares Pachuca, Hidalgo utilizando la prueba IDARE.

6.2 Objetivos específicos

1. Conocer el grado de ansiedad de los pacientes del Programa
2. Determinar si el sexo o la edad son factores que influyen en el grado de ansiedad.
3. Determinar el porcentaje de pacientes que requerirán apoyo psicológico.

7. HIPÓTESIS

7.1 Hipótesis nula

Los pacientes que acuden al Programa Extramuros UNAM de Prótesis Ocular Pachuca, Hidalgo por primera vez no poseen un alto grado de ansiedad.

7.2 Hipótesis alterna

Los pacientes que acuden al Programa Extramuros UNAM de Prótesis Ocular Pachuca, Hidalgo por primera vez poseen un alto grado de ansiedad.

8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1 Tipo de estudio

El estudio que se realizó fue transversal para conocer el número de casos de pacientes con ansiedad dentro del Programa Extramuros UNAM de Prótesis oculares del año 2013 al año 2014.

8.2 Población de estudio

Pacientes adultos, con pérdida ocular, que acudieron al Programa Extramuros UNAM de Prótesis oculares Pachuca, Hidalgo 2013 – 2014, que accedieron a contestar la prueba IDARE. Los pacientes que asistieron a este programa son originarios de distintos municipios del Estado

8.3 Selección y tamaño de la muestra

El número total de pruebas obtenidas fue de 189 y se seleccionaron únicamente aquellas que fueron respondidas en su totalidad.

8.4 Criterios de selección

8.4.1 Criterios de inclusión.

Pruebas IDARE completas, de pacientes hombres y mujeres mayores de edad que acudieron al Programa Extramuros UNAM de Prótesis oculares, Pachuca, Hidalgo y que aceptaron responder la prueba.

8.4.2 Criterios de exclusión.

Pruebas IDARE incompletas y pacientes que no accedieron a responder la prueba.

8.5 Definición operacional y escala de medición de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo de vida que refiere el paciente al momento del interrogatorio.	Adulto joven. Adulto. Adulto mayor.
Sexo.	Condición orgánica, masculina o femenina de animales y plantas.	Aquella condición, masculina o femenina, que refiere el paciente al momento del interrogatorio.	Mujeres. Varones.
Ansiedad	Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis y que no permite sosiego a los enfermos.	Respuesta a situaciones amenazantes o sorpresivas que incitan al individuo a actuar.	Muy baja. Baja. Media. Alta. Muy alta

8.6 Método de aplicación de la prueba

Las pruebas se entregaron a cada paciente junto con un lápiz para rellenar los óvalos de respuesta. La información e instrucciones precisas que vienen en la parte superior de la hoja se leyeron primero para ansiedad-estado. Posteriormente, los pacientes llenan las respuestas para las afirmaciones de la 1 a la 20. Conforme se lee el paciente llena la opción de respuesta. Una vez terminada esta parte, se da vuelta a la hoja y se leen las instrucciones para ansiedad-rasgo y de igual forma, conforme se lee el paciente llena la opción de respuesta.

En casos donde el paciente no comprendió las preguntas, solo se repitieron las instrucciones, ya que el manual tiene instrucciones precisas de no ayudar al paciente a responder, porque se le puede confundir e incluso influir en su respuesta final, por lo tanto solo es posible leer de nuevo la pregunta y brindar algún sinónimo de la palabra o palabras que no se entiendan.

Las personas ciegas, con incapacidad física, analfabetas o que requieran traductor por hablar lenguas indígenas son considerados como los únicos a los que otra persona les pueda llenar la prueba IDARE con las respuestas proporcionadas por ellos mismos.

8.7 Método de registro

Las pruebas que fueron respondidas en su totalidad son las únicas que se consideraron para el estudio. Los valores de cada pregunta se vaciaron en una hoja de Excel donde además se registró el nombre del paciente, la edad, el sexo, el municipio de procedencia y el número de expediente. En otra hoja de Excel se colocaron únicamente el nombre, la edad, el sexo y las respuestas netas del IDARE, donde posteriormente se realizarán los cambios indicados en el manual.

8.8 Análisis

El análisis se realizó con ayuda de un profesional con base en el manual para la prueba de IDARE. Brevemente, primero se realizó la sumatoria de la numeración neta de los óvalos de respuesta. Los valores netos de las respuestas se invirtieron únicamente en los reactivos que indica el manual, con la finalidad de balancear la calificación ya que existen preguntas que se formularon de tal manera que la puntuación más alta, sea equivalente a un alto nivel de ansiedad, mientras que en otros reactivos la puntuación más alta es equivalente al menor nivel de ansiedad (Tabla 1).

Posteriormente se hace una sumatoria de los 20 números finales en cada escala, obteniendo dos calificaciones finales; una para A-Estado y otra para A-Rasgo. Una vez que se tuvieron las puntuaciones, se compararon con la tabla de análisis del manual de la prueba IDARE. Los resultados tanto del estado como del rasgo fueron comparados y se obtuvo el grado de ansiedad en que se encontraba cada paciente.

Tabla 1 Clasificación de la ansiedad con base a la puntuación.

CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
Ansiedad muy baja	20-31
Ansiedad baja	32-43
Ansiedad media	44-55
Ansiedad alta	56-67
Ansiedad muy alta	68-80

Materiales:

1. Pruebas IDARE (22)
2. Plumas.
3. Lápices.
4. Gomas.
5. Mesas.
6. Sillas.
7. Pruebas IDARE realizadas del 2013 a 2014 del programa extramuros UNAM de Prótesis oculares, Pachuca, Hidalgo.
8. Computadora.
9. Manual IDARE.
10. Programa Excel

9. RESULTADOS

Análisis descriptivo de la población

Los pacientes que asistieron a este programa son originarios de distintos municipios del Estado. Los municipios de Tizayuca y Tula de Allende son los que poseen mayor número de pacientes (Figura 3, Tabla 2). Algunos pacientes que se enteraron del programa no residen en el estado de Hidalgo pero también participaron para llenar la prueba de IDARE. 1 paciente venía del estado de Veracruz, 1 paciente del estado de México y 1 paciente del estado de Michoacán.

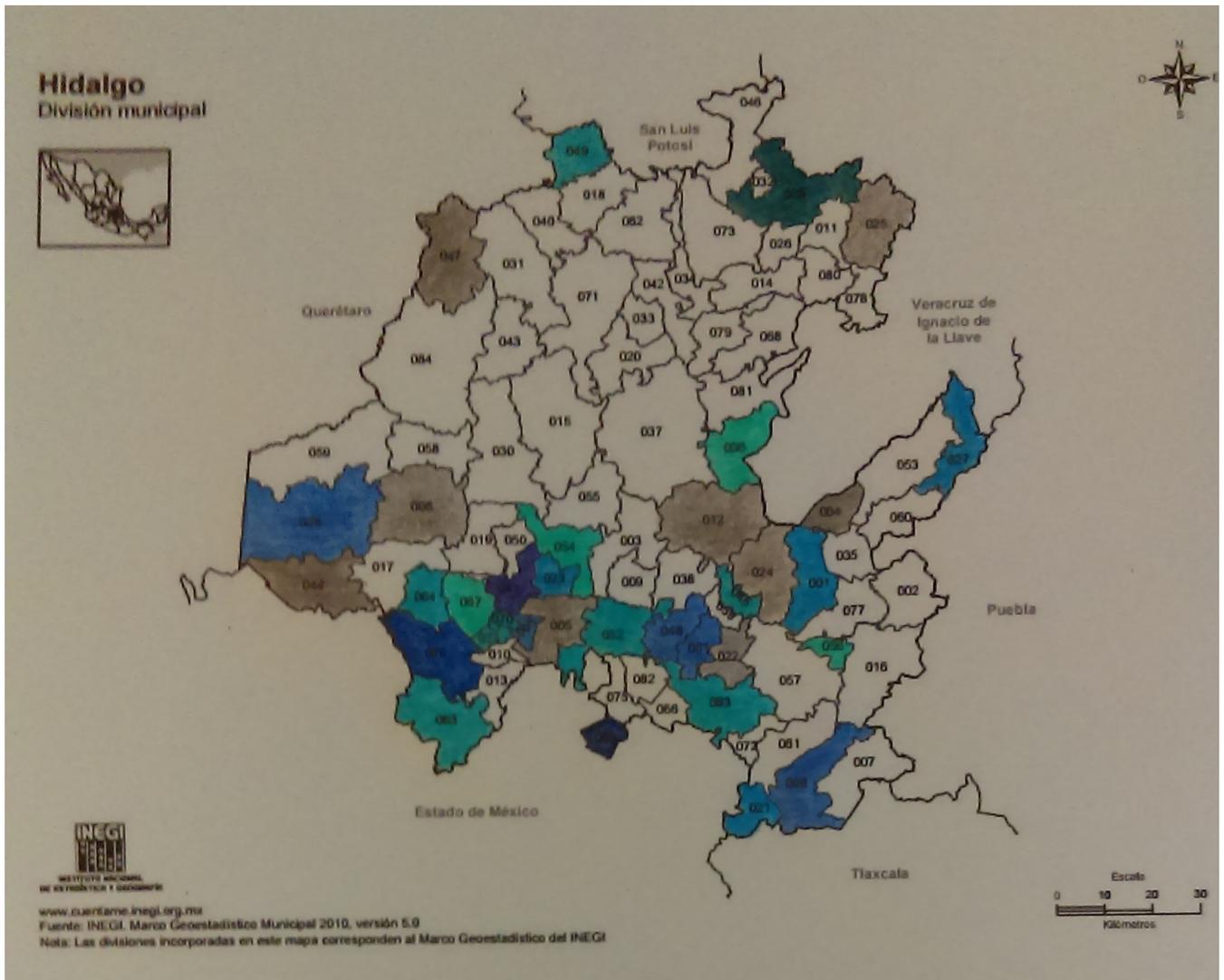


Figura 3. Municipios con mayor población asistente al programa extramuros UNAM de prótesis oculares, Pachuca, Hidalgo 2013-2014

Tabla 2 Municipios con participación en el programa extramuros UNAM de prótesis oculares, Pachuca, Hidalgo 2013-2014

Nombre del Municipio	Número de pacientes	Nombre del Municipio	Número de pacientes
Tizayuca	15	Pisaflores	2
Tula de Allende	10	San Agustín Tlaxiaca	2
Mixquiahuala de Juárez	8	San Felipe Orizatlán	2
Huejutla de Reyes	7	Tepeji del Río de Ocampo	2
Apan	6	Tepetitlán	2
Huichapan	6	Tlahuelilpan	2
Mineral de la Reforma	6	Tlaxcoapan	2
Pachuca de Soto	6	Zempoala	2
Tetepango	6	Agua Blanca de Iturbide	1
San Agustín Metzquititlán	5	Ajacuba	1
San Salvador	5	Alfajayucan	1
Santiago Tulantepec de Lugo Guerre	5	Atotonilco el Grande	1
Tezontepec de Aldama	5	Epazoyucan	1
Acatlán	3	Huasca de Ocampo	1
Emiliano Zapata	3	Huautla	1
Francisco I. Madero	3	Nopala de Villagrán	1
Huehuetla	3	Pacula	1
Ixmiquilpan	3	Tecozautla	1
Tepeapulco	3	Tenango de Doria	1
Tulancingo de Bravo	3	Tianguistengo	1
Xochiatipan	3	Zacuatlipán de Ángeles	1
Actopan	2	Zapotlán de Juárez	1
Atotonilco de Tula	2	Zimapá	1
Metepec	2		

En total se obtuvieron 189 pruebas para realizar el análisis.

Ansiedad Rasgo-Estado

Para conocer el grado de ansiedad de los 189 pacientes del Programa se realizó la prueba de IDARE. Esta prueba nos permite determinar el grado de ansiedad y saber que pacientes tienen un grado más elevado de ansiedad en su vida cotidiana (A-Rasgo) y cuáles al momento de responder la prueba (A-Estado).

En la población estudiada obtuvimos que el 57.67% de los pacientes que acudieron al programa extramuros UNAM de Prótesis Oculares son ansiosos generalmente. Es decir, en el Rasgo, que se define como la propensión ansiosa relativamente estable del sujeto (Figura 4). El 34.39% de la población de estudio tuvo ansiedad al momento de presentar

la prueba es decir en el Estado. Un 7.93% de la población obtuvo el mismo valor para Rasgo y para Estado. En ese pequeño grupo no hay variación alguna entre el Estado y el Rasgo lo que significa que sin importar la situación, el paciente presenta alto nivel de ansiedad.

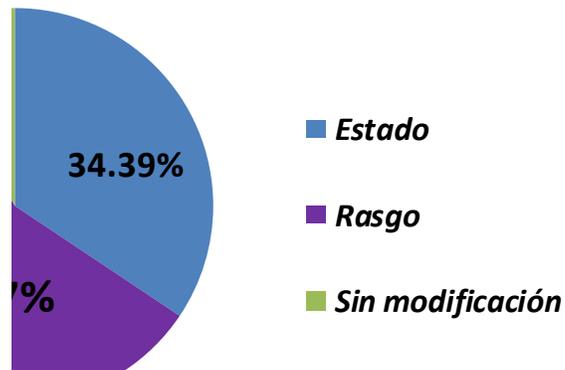


Figura 4. Gráfica que muestra el porcentaje de pacientes con ansiedad Rasgo-Estado en la población del programa extramuros UNAM de Prótesis Oculares. n=189

Estado

El Estado es una condición emocional transitoria caracterizada por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos. El 34.39% de la población de estudio presentó niveles altos de ansiedad en el Estado. Es decir, de un total de 189 pruebas, 65 resultaron elevadas en el rubro de Estado, 45 de ellas pertenecen a los varones y 20 a las mujeres. Si consideramos estos valores en porcentaje, tenemos que el 69.23% de los varones y el 30.76% de las mujeres son ansiosos al momento de la aplicación de la prueba (Figura 5). Por lo tanto, los varones son más ansiosos que las mujeres al momento de contestar la prueba IDARE (Figura 4).

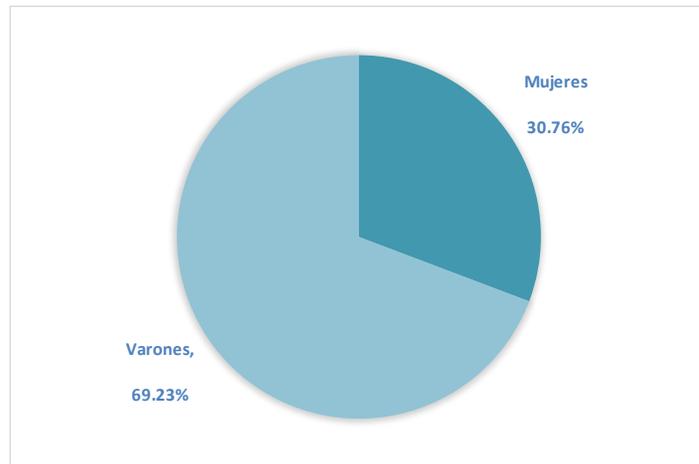


Figura 5. Gráfica que muestra la Ansiedad Estado (A-Estado) por los pacientes. La gráfica muestra diferencias con respecto al sexo.

Del 69.23% de los varones que presentaron altos niveles de A-Estado que corresponden a 45 pruebas. Analizando en este caso la edad, encontramos que los varones adultos de entre 30 y 59 años son la población más ansiosa (68.88%; Figura 6).

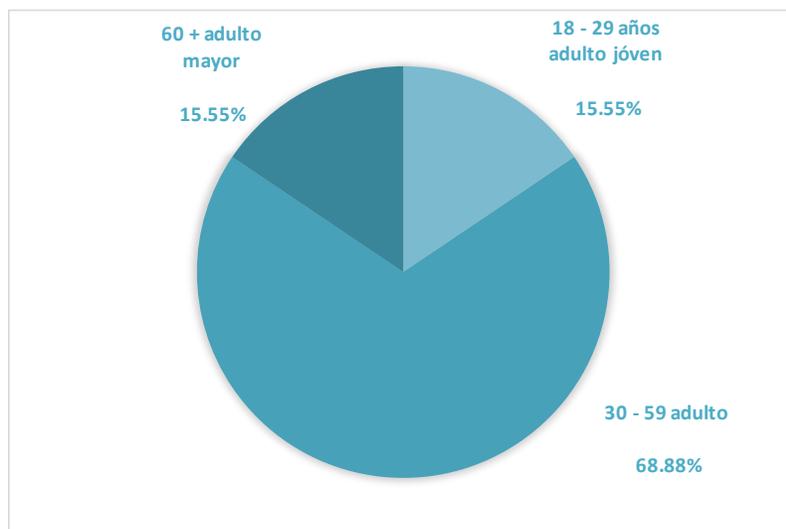


Figura 6. Gráfica que representa la Ansiedad Estado en la población de varones con respecto a la edad.

De manera similar, del 30.76% de las mujeres que presentaron altos niveles de A-Estado que corresponden a 20 pruebas. Analizando en este caso la edad, encontramos que las

mujeres adultos de entre 30 y 59 años también son la población más ansiosa (45%; Figura 7).

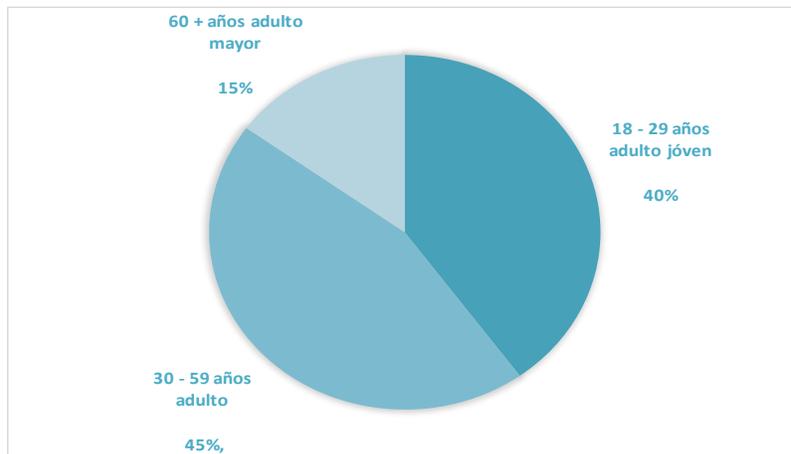


Figura 7. Gráfica que representa la Ansiedad Estado en la población de mujeres con respecto a la edad.

Rasgo

El rasgo es la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes.

El 57.67% de la población de estudio presentó niveles altos de ansiedad en el Rasgo. Es decir, de un total de 189 pruebas, 109 resultaron elevadas en el rubro de Rasgo, 64 de ellas pertenecen a los varones y 45 a las mujeres. Si consideramos estos valores en porcentaje, tenemos que el 58.71% de los varones y el 41.28% de las mujeres son ansiosos generalmente (Figura 8). Contrario a lo que uno esperaría, nuevamente los varones resultaron ser más ansiosos que las mujeres en su vida cotidiana. (Figura 8).

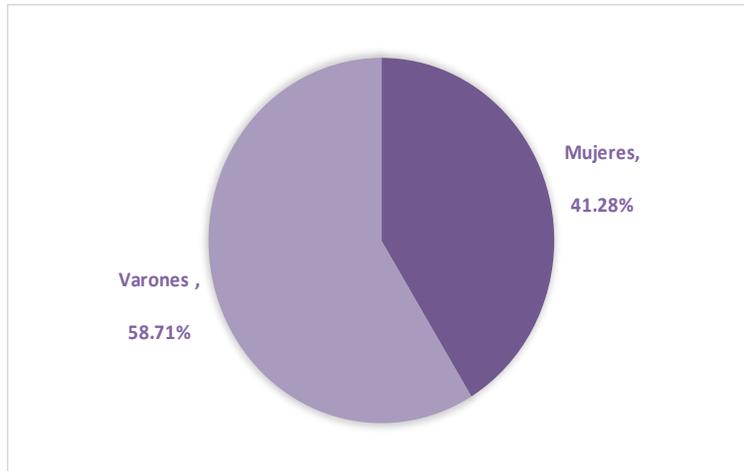


Figura 8. Gráfica que muestra la Ansiedad Rasgo (A-Rasgo) por los pacientes. La gráfica muestra diferencias con respecto al sexo.

El 58.71% de los varones son ansiosos generalmente. Analizando la edad de estos pacientes encontramos que de las 64 pruebas, 36 de pertenecen a los varones adultos, quienes representan el 56.25% de esta población. (Figura 9).

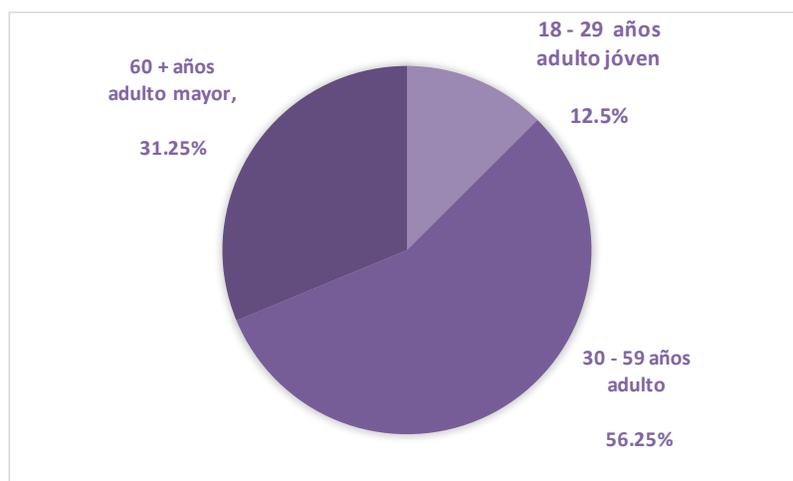


Figura 9. Gráfica que representa la Ansiedad Rasgo en la población de varones con respecto a la edad.

Al igual que la población de varones, el 56.25% de la mujeres en edades de 30 a 59 años presentaron altos niveles de A- Rasgo. Es decir que de un total de 45 pruebas, 30 de ellas pertenecen a las mujeres clasificadas como adultos (Figura 10).

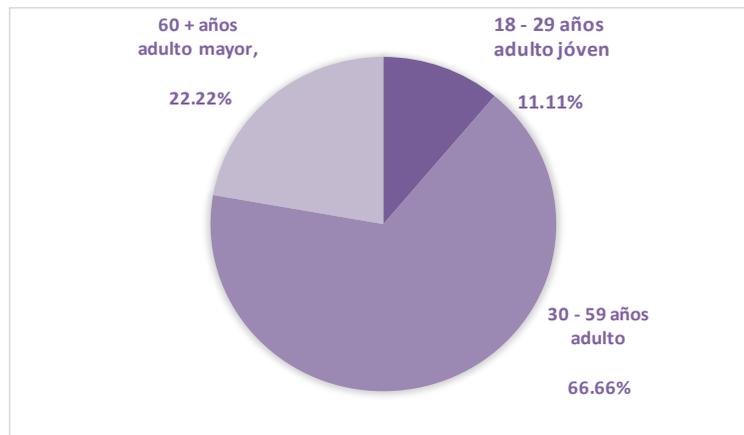


Figura 10. Gráfica que representa la Ansiedad Rasgo en la población de mujeres con respecto a la edad.

Sin modificación

Algunos pacientes no presentaron cambios entre el A-Estado y el A-Rasgo esto significa que sin importar la situación, los pacientes se encuentran ansiosos.

De un total de 15 pruebas, 13 de ellas pertenecen a los varones quienes representan el 86.66% de la población que resultó sin modificaciones entre el estado y el rasgo y solo dos de ellas, que representan el 13.33% de las pruebas, pertenecen a las mujeres (Figura 11).

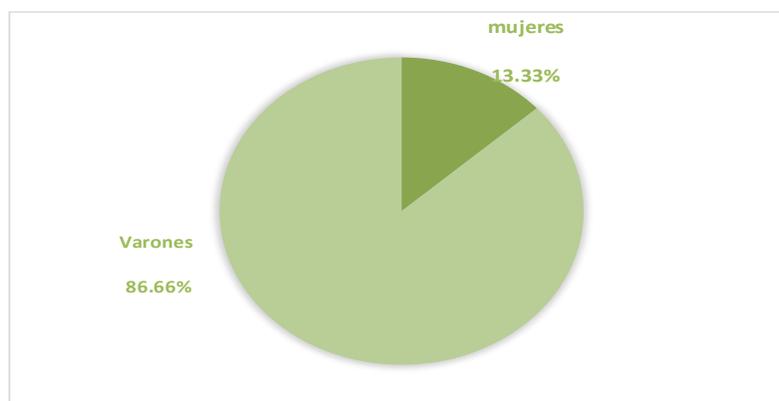


Figura 11. Gráfica que muestra la población que no tuvo modificación entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo con respecto al sexo.

De un total de 13 pruebas, 8 de ellas, que representan el 61.53% de la población que no tuvo modificaciones entre estado y rasgo, pertenecen a los varones clasificados como adultos (Figura 12).

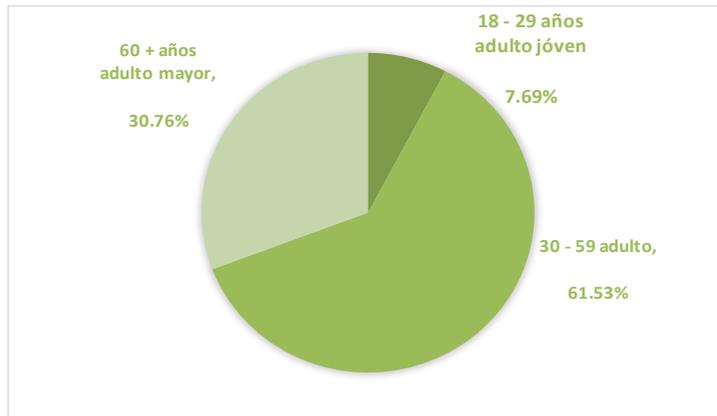


Figura 12. Gráfica que muestra la ansiedad en la población de varones con respecto a la edad, sin modificación de rasgo o estado.

De un total de dos cuestionarios de mujeres que resultaron iguales en ansiedad estado y en ansiedad rasgo, no figuraron adultos mayores, uno de ellos representó a las mujeres clasificadas como adultos y el otro a las mujeres clasificadas como adulto joven (Figura 13).

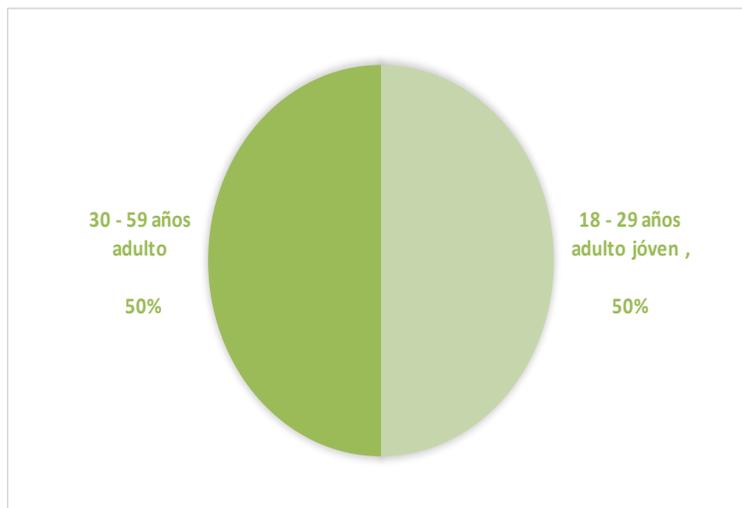


Figura 13. Gráfica que muestra ansiedad en la población femenina con respecto a la edad.

10. DISCUSIÓN

La Ansiedad – Rasgo resultó ser el campo más elevado en el análisis con un 57.67% lo que nos indica que más de la mitad de nuestra población resultó estar ansiosa como un estado general y como una parte importante de su personalidad, lo que nos hace pensar que los pacientes con pérdida ocular son ansiosos y en la mayoría de los casos probablemente no pueden sobrellevar solos dicha pérdida.

De este total, el 58.71 % resultó ser del género masculino, podemos explicarlo entendiendo ciertas cualidades de la personalidad aprendida del género porque desde que se es pequeño, la sociedad construye al género, les enseñan desde muy pequeños como deben actuar delante de los demás y se les dice que actitudes son propias de hombres y mujeres. Los hombres deben aparentar ser más fuertes, mostrar agresividad, proteger su entorno y realizar actividades que les den la apariencia de liderazgo y fortaleza ante los ojos de la sociedad, y la sociedad determina cómo se debe ser hombre o mujer (15)

Al verse y saberse mutilados, los hombres pueden perder su seguridad, misma que determina su posición en la sociedad. Además creer que ya no son capaces de realizar las actividades que requieran fuerza y competitividad.

La población de hombres y mujeres se dividió en grupos de edad y pudimos apreciar que los hombres adultos jóvenes de 30 a 59 años fueron quienes calificaron más alto, son personas que día con día deben lidiar con la depreciación de ellos mismos creyendo que el entorno social en el que se desenvuelven no puede aceptar su condición y ellos están en la edad en la que deben trabajar más duro ser independientes, tener más libertad y tal vez formar una familia y proveerla. Así, al verse y sentirse inseguros de su persona, les es más complicado realizar sus planes y cumplir sus metas personales.(15, 17)

De las mujeres el 41.28% de la población que resultaron con Ansiedad – Rasgo elevada y dentro de esta población el 66.66% fueron mujeres adultos jóvenes (30 a 59 años) lo que nos dice que las personas en su edad independiente, en la que la sociedad marca que deben formar una familia, trabajar más duro y desarrollar quizás más de sus planes personales se ven afectadas psicológicamente y son más propensos a sufrir por lo que las personas digan de ellos y lo que en general se piense de su persona y cómo se ven físicamente.

Solo el 34.39% del total de la población resultó presentar una ansiedad más elevada en el momento en que se realizó el cuestionario, el resultar más elevado en Ansiedad – Estado no significa que los pacientes no sean ansiosos en general, sólo indica que al momento de contestar el cuestionario se sentían presionados y más estresados.

El nivel de ansiedad que presentaron los varones es más elevado (69.23%) que el de las mujeres (30.76%) en ansiedad estado. Como se explicaba anteriormente, es una respuesta transitoria que sólo se manifiesta en ciertos momentos, cuando las personas se sienten amenazadas por una situación particular. En el caso de nuestros pacientes puede

deberse a que se sentían presionados por el entorno al momento de contestar la prueba y estar inquietos por llevar mucho tiempo en largas filas y quizás por el largo tiempo que implica trasladarse desde sus municipios hasta Pachuca y llegar al programa a tiempo. Los pacientes deben dejar sus actividades para poder acudir al Programa y muchas de esas actividades incluyen dejar de trabajar y ellos son el sustento de sus familias, lo que los puede llevar a estar ansiosos y preocupados en el momento por lo que están dejando de hacer y el sacrificio que implica también para sus familias.

Los grupos de edad y género, es decir hombres de 30 a 59 años que resultaron elevados en Ansiedad-Estado son los mismos que en Ansiedad-Rasgo. Este resultado puede deberse a que la Ansiedad – Estado sólo es una respuesta transitoria que se desata en un momento en específico y los pacientes pueden estar ansiosos de manera general, pero se mostraron más ansiosos al momento de contestar el cuestionario por causas diversas, el lugar y las condiciones bajo las cuales se les hace el cuestionario, el tiempo que llevan esperando en las filas y el tiempo que muchos de ellos hacen en su traslado desde sus municipios hasta el DIF de Pachuca de Soto, pueden ser algunas de las causas que alteren su estado emocional al momento de contestar el cuestionario.

11. CONCLUSIONES

Luego de la aplicación de pruebas IDARE y la generación de la base de datos, logramos conocer el grado de ansiedad de los pacientes adultos que acudieron al Programa Extramuros UNAM de Prótesis oculares, Pachuca, Hidalgo y podemos llegar a la conclusión de que los pacientes hombres en edades entre los 30 y 59 años son quienes con mayor seguridad se podría afirmar que requieren un apoyo psicológico para manejar su grado de ansiedad, ya que este grupo fue quien resultó con calificaciones muy por encima de las normales tanto en su vida cotidiana como en el día de la visita al Programa, no quiere decir que las mujeres o los demás grupos de edad no necesiten el apoyo, la diferencia en los valores fue mínima.

Se puede creer que los pacientes con el hecho de recibir la prótesis cambiarán su estado de ánimo y los resultados arrojan un dato completamente diferente, los pacientes presentan mayor grado de ansiedad al momento de la consulta, comparado con los niveles de ansiedad que maneja en su vida cotidiana, lo que nos hace pensar, que muy probablemente se deba al entorno de los programas y lo que conlleva para los pacientes trasladarse al lugar donde se lleva a cabo.

Podría concluir diciendo que un mejor trato por parte de los médicos que los atienden, y un poco más de empatía con los pacientes podrían hacer la diferencia en su estado de ánimo al momento de la consulta y lograr hacer un vínculo con los pacientes y comprendan que no están solos en su lucha emocional y que así como recibieron su prótesis de manos expertas, requieren un apoyo profesional para poder superar la pérdida.

12. REFERENCIAS

1. Leon M. Elementos de Psicología Social. Temas básicos de Psicología. 4 ed. México: Limusa; 1977.
2. Cash T, Pruzinsky T. Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. 1 ed. Nueva York: The Guilford Pres; 2002.
3. Sanjayagouda B, Meshramkar R, Naveen H, Patil N. Ocular prosthesis: A brief review and fabrication of an ocular prosthesis for a geriatric patient Gerodontology 2008;25(1).
4. Somkuwar K, Mathai R. Ocular Prosthesis: a patient rehabilitation: a case report. Journal of Scientific Research 2009;2:21.
5. Sixto S, Boffil A, Jalilo SG, D, Torres M. Caracterización clínico epidemiológica de traumas oculares graves infantiles, Pinar del Río Revista de ciencias médicas Cuba 2010. 2010;14.
6. Shrivastava S, Agarwal S, Shrivastava K, Tyagi P. Custom- made ocular prosthesis for a pediatric patient with unilateral anophtalmia: A case report Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry 2013;31(3).
7. Consiglio E, Belloso W. La calidad de vida relacionada con la salud. . Nuevos indicadores clínicos 2003;63.
8. Tranos P, Wickremasinghe SS, N Foster, P Asaria, R Harris, M Little, B. Visual perception during phacoemulsification cataract surgery under topical and regional anesthesia. Acta Ophthalmologica Scandinavica. 2003.
9. Welch G, Fundora V, Martínez J, Zerquera T. Traumatismos oculares. Revista Cubana de Oftalmología. 2007;20(2).
10. Navas MH, S. Anoftalmia y microftalmia: descripción, disgnóstico y conducta de tratamiento. Revisión bibliográfica. . Revista Mexicana de Oftalmología. 2008;82(4).
11. Thirunavukkarasu I, Rai RP, R, Deshpande VK, A. Rehabilitation of Partially Eviscerated Eye with Custom Made Ocular Prosthesis-- A Case Report . Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014;8(1).
12. Smith A, Donlon K, Anderson SH, M, Russell, T. When seeking influences believing and promotes post traumatic adaptation. . Anxiety, Stress and coping: An international Journal. 2015;28:340. Epub 2014.
13. Trigo JT, G. Prótesis restauratriz maxilofacial. Mundi, editor. Buenos Aires: Mundi; 1987.
14. Arenas M, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos de psicología. 2009 2009;3.

15. Alvarado, E Benavides, A Jiménez, R. Impacto en la República Mexicana del Programa Extramuros de Prótesis Maxilofacial de la Facultad de Odontología UNAM de 1994 al 2014. 2014.
16. Cárdenas E, Feria M, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010.
17. Among S. Maxillofacial prosthesis: it can happen to anyone. In: Dentistry CG, editor. General Dentistry USA 2011.
18. Price MH, C Sunyoung, K, Frueh C. Trauma experience in children and adolescents: An assessment of the effects of trauma type and role of interpersonal proximity. Journal of Anxiety disorders 2013;27. Epub 2013.
19. Shaikh S, Gangurde AS, V. Changing Ocular Prostheses in growing children: A 5 year follow up clinical report The Journal of Prosthetic Dentistry 2014;111(4).
20. Blackburn LO, G. The effect of self- efficacy and meaning in life on post traumatic stress disorder and depression severity among veterans. Journal of Clinical Psychology. 2014;71(3).
21. Instituto Científico y Tecnológico de la Universidad de Navarra 1999, Diccionario de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Navarra, Espasa Calpe, S.A. Madrid, España, 1999; Tomo 3
22. Spielberger C., Díaz R. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual Moderno México D.F. 2002; 29