



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTRÉS Y ANSIEDAD EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

IRVIN EDUARDO RODRÍGUEZ RAYA

TUTORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA

ASESORA: Esp. DANIELA CARMONA RUÍZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

El término de esta tesis fue más ligero gracias a todas aquellas personas que con su apoyo me motivaron a continuar y culminar este sueño en mi vida.

Quiero agradecer antes que nada a Dios, por todas sus bendiciones, por todo el amor que me ha dado y por caminar conmigo siempre a lo largo de toda mi vida.

A mis padres por todo el amor que me han entregado, por todo su esfuerzo y por su gran dedicación a facilitarme este sueño que hoy se vuelve realidad. Gracias por apoyarme siempre incondicionalmente, por alentarme a ser mejor día a día con su ejemplo y por darme la fuerza, confianza y motivación para siempre seguir adelante. Es a ustedes a quien agradezco todo lo que soy.

A mis amigos que se volvieron como mis hermanos Missael, Juan, Alexander, Medaly, Hoshi Perla, Daysi por compartir junto conmigo y volver realidad este sueño. Gracias por todo el tiempo y las experiencias compartidas, cada una de ustedes me enseñó algo que dejó huella en mi corazón.

Gracias a mi familia y amigos que siempre mostraron interés hacia mi crecimiento profesional y me brindaron ánimo y motivación para seguir. A todos mis maestros que participaron a lo largo de esta formación, que a través de sus lecciones y experiencias me otorgaron la preparación adecuada para enfrentar cualquier reto en esta profesión.

La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.

(Aristóteles)

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO	8
JUSTIFICACIÓN	9
CAPÍTULO 1 ESTRÉS Y ANSIEDAD	10
1.1 Evolución histórica del concepto estrés	11
1.2 Fases o fisiología del estrés	27
1.3 Las respuestas del individuo al estrés	28
1.4 El estrés en el organismo	33
Síntomas físicos del estrés	35
CAPÍTULO 2 EL ESTRÉS EN EL ODONTOLOGO	37
2.1 Síndrome de Burnout	37
2.2 Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout.....	37
2.3 Burnout y Odontología	41
2.4 Delimitación conceptual y definiciones del Síndrome de Burnout	44
2.5 Desencadenantes del síndrome en profesionales de la salud	47
2.6 Las dimensiones del Burnout.....	48
2.7 Curso del Síndrome de Burnout	49
2.8 Relación entre Estrés laboral y Burnout.....	51
2.9 Consecuencias sobre la salud	51
CAPÍTULO 3 ESTRÉS EN EL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA	53
3.1 Efectos	54
3.2 Factores asociados al estrés.....	55
3.3 Estrés en el académico	57
CAPÍTULO 4 TÉCNICAS DE MANEJO DE LOS PACIENTES ESTRESADOS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA	62
4.1 Acupuntura	62
4.2 Musicoterapia.....	67
4.2.1 La musicoterapia y la ansiedad	68
4.2.2 Efectos biológicos de la musicoterapia	69
4.2.3 Aplicaciones clínicas de la musicoterapia	69
4.2.4 Test de dibujo de Venham	70
4.3 Digitopuntura.....	71
4.4 Aromaterapia	73

4.4.1 Aceites esenciales.....	75
4.4.2 Utilización de los aceites esenciales	75
4.4.3 Mecanismo de acción de la aromaterapia en el individuo	76
4.4.4 Aceites esenciales usados para combatir síntomas de trastornos de ansiedad.....	77
4.5 Farmacoterapia.....	78
CONCLUSIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
REFERENCIA DE IMÁGENES	92

INTRODUCCIÓN

En el campo de la odontología, los profesionales nos orientamos y priorizamos en el aspecto rehabilitador de la salud oral de todos los pacientes que vienen a consulta, pero pasa desapercibido y se ignora el estado emocional en el que estos llegan.

Durante las últimas décadas, la práctica odontológica se ha beneficiado de los grandes avances de la técnica, la tecnología y los materiales, así como de los procedimientos de control de infecciones.

Al mismo tiempo, ha mejorado la conciencia pública con respecto a salud oral. A pesar de estos avances, muchos pacientes alrededor del mundo sufren de estrés y ansiedad relacionada al ambiente dental, a tratamientos dentales específicos y sigue siendo un reto mayor en el suministro de atención dental. Mientras que la ansiedad es un estado emocional que ayuda a los individuos normales a defenderse de una variedad de amenazas, los desórdenes de la ansiedad son una desregulación de estos mecanismos defensivos normales, bien sea con respuestas excesivas o deficientes.

El estado cognitivo y emocional de los pacientes, tanto a priori como posterior a la consulta dental, son factores determinantes que influyen en la asistencia al consultorio dental, la continuidad, confianza y éxito a los tratamientos que se les instauren.

Una posible perturbación en el estado emocional del paciente puede deberse a diversas razones: malas experiencias previas propias, como de algún familiar o con algún elemento relacionado al ambiente odontológico; otra causal que influye en los cambios emocionales negativos es cuando los pacientes son niños, ya que es una experiencia nueva, causando diversas

reacciones como llanto y negativismo (rechazo) ante cualquier proceso odontológico, agravado a su bajo entendimiento correspondiente a su edad; por otro lado la intranquilidad y el temor reflejado en la mayoría de adultos son condicionados por temas no odontológicos como el estrés laboral, familiar, y/o personal de la vida cotidiana con el que suelen llegar a consulta; además en otro contexto, los estereotipos establecidos en nuestra sociedad pueden influenciar y enmarcar algunos conceptos como el de que las mujeres son más temerosa que los hombres frente a diversas situaciones.

OBJETIVO

Realizar una extensa revisión bibliográfica de las investigaciones realizadas sobre ansiedad y estrés en los estudiantes, académicos y los principales métodos de manejo del paciente en la consulta dental.

JUSTIFICACIÓN

Las actividades laboral y académica generan estrés, que según como sea vivido, afrontado y resuelto, determinará una respuesta adaptativa o patológica. Además del estrés, se ha descrito un fenómeno propio de quienes trabajan en la atención a las personas: el Burnout, es un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Tanto el estrés como el Burnout han sido ampliamente estudiados entre los profesionales de la salud. Lamentablemente estas patologías comienzan a desarrollarse en el pregrado; diversas investigaciones en distintas partes del mundo coinciden en señalar sus preocupantes niveles entre estudiantes de Odontología.

Al igual, dar a conocer los diferentes métodos de manejo del estrés, ansiedad tanto para el académico, alumnos que cursan la carrera y la variedad de métodos que se pueden abordar en el manejo del paciente ante el estrés o ansiedad dental que este le puede provocar.

CAPÍTULO 1 ESTRÉS Y ANSIEDAD

En la actualidad, casi todo cuanto nos rodea (trabajo, familia, circunstancias personales) genera grandes dosis de tensión, que producen en el individuo un estado de inquietud y malestar, que en muchos casos desencadena graves dolencias físicas. Puede haber cierta confusión entre los conceptos de estrés y ansiedad.

Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva en relación con los recursos de afrontamiento que posee el individuo, desarrollará una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. A su vez, esta reacción se acompaña de una serie de emociones negativas (desagradables), entre las que destacan la ansiedad, la ira y la depresión.

El estrés suele tener como manifestación la ansiedad, en cuyo caso se trata de una respuesta emocional provocada por un agente desencadenante (denominado agente estresante) interno o externo. De hecho, en el trastorno de la ansiedad, la sintomatología ansiosa no depende de la existencia de agentes estresantes, si bien quienes la padecen son más vulnerables a las situaciones de estrés.

El estrés se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las que debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. La ansiedad, además de ser una respuesta emocional al estrés, puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza que puede originarse sin agentes estresantes. El estrés produce ansiedad, pero el individuo que padece ansiedad no necesariamente padece de estrés.^{1,(fig.1).}

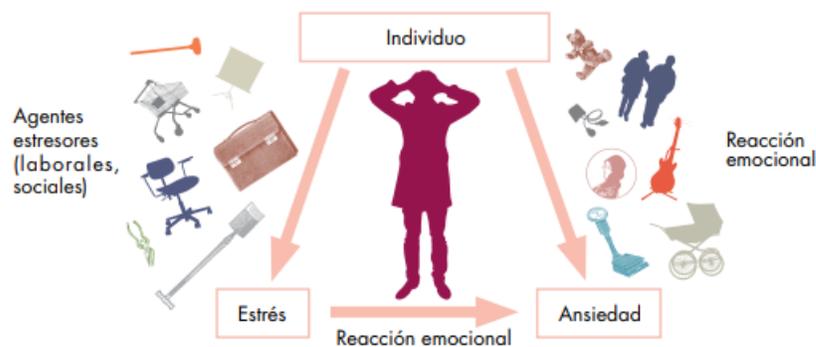


Fig.1 Individuo estrés y ansiedad¹

1.1 Evolución histórica del concepto estrés

Las nociones de homeostasis, estrés y equilibrio están presentes en los conceptos de salud y enfermedad desde hace más de 2000 años.

Al comienzo de la era clásica fue Heráclitus el primero en señalar que un estado inmóvil o sin cambios no era la condición de los organismos vivos; por el contrario, éstos tenían capacidad de cambiar su estado.¹

Luego Hans Selye introdujo y popularizó el concepto de estrés como una idea científica médica. A pesar de que se le atribuye a Selye el haber introducido la palabra estrés en la biología, es interesante observar su evolución histórica e inserción en la biología moderna, que data desde mucho antes.¹

El interés por el estudio del estrés es ya antiguo, pudiendo encontrarse sus raíces en distintas etapas de la historia. La utilización del término para referirse a los problemas y adversidades se remonta al siglo XIV.

Posteriormente, la formulación más clara del concepto tuvo lugar en el siglo XVII a través del trabajo del físico Robert Hooke.

Éste concibe el estrés como la relación entre la "carga" externa ejercida sobre un objeto y la deformación experimentada por el mismo, dependiendo el resultado de las propiedades estructurales del objeto y de las

características de la fuerza externa; este planteamiento realizado desde la Física manifiesta el carácter interactivo del concepto.

La palabra estrés se aplica a los seres humanos en el siglo XVIII para aludir al estado de resistencia ofrecido frente a las influencias extrañas, mientras que el término stress se ha utilizado en la lengua inglesa primero en un contexto social y después, en la Física y en la industria metalúrgica, refiriéndose a un apremio o fuerza ejercida sobre algún objeto provocando una tensión.²

En 1936, Hans Selye introdujo el término estrés como un síndrome específico constituido por cambios inespecíficos del organismo inducidos por las demandas que se le hacen; inicialmente, el estrés se desarrolla a partir de los trabajos de ^{3,4,5} como un término novedoso y relevante en la Medicina.

Este autor consideró la respuesta de estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas de carácter hormonal que tienen lugar por la activación del eje hipotálamo-hipófiso-córticosuprarrenal, con la correspondiente elevación de la secreción de corticoides y del eje simpático-médulo-suprarrenal, así como la reacción a estímulos inespecíficos.

El agente desencadenante del estrés es un elemento que atenta contra el equilibrio del organismo, incrementando la necesidad de reequilibrarse. Según Selye, "el estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga"; dicha respuesta puede ser de tipo psicológico (mental) o fisiológico (física/orgánica).

Sin embargo, según la literatura científica, el estrés implica cualquier factor que actúe interna o externamente, al cual se hace difícil adaptarse y que produce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona con el fin de mantener un estado de equilibrio dentro de sí mismo y con su ambiente externo.

Los investigadores no han conseguido crear aún una definición que satisfaga a todos; de hecho, el estrés se puede conceptualizar desde tres claras y grandes perspectivas teóricas; existen definiciones en las que se considera como un estímulo, otras que están centradas en la respuesta producida⁶ el organismo y, en tercer lugar, las definiciones de tipo interactivo o transaccional. ⁷ define el estrés como cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, ante la presencia de una amenaza, causa algún cambio significativo en la conducta; asimismo,⁸ conceptualizan el mismo como aquellos estímulos con mayor probabilidad de producir trastornos.

A modo de ejemplo, se mencionan las condiciones generadas dentro del organismo como el hambre o la apetencia sexual, convertidos en estados hormonales y estímulos que son originados a partir de características neurológicas determinadas ⁹. Por lo tanto, se entiende el estrés como estímulo cuando un suceso da lugar a una alteración en los procesos homeostáticos ¹⁰

Appley y Trumbull hacen uso del término para describir aquellas situaciones novedosas, de carácter cambiante, intensas, inesperadas o repentinas, incluyendo aquellas que superan los límites de la tolerabilidad, así como el déficit estimular, la ausencia de estimulación o la fatiga producida por ambientes aburridos; sin embargo,¹¹ considera que este punto de vista no explica las diferencias individuales que se presentan ante una misma situación. Además, se mantiene una concepción del ser humano como mero sufridor pasivo de las condiciones ambientales ^{12,13}

Por otra parte, la aparición de determinadas respuestas evidencia que el organismo ha sufrido un estado de tensión recientemente, por lo tanto, el estrés es una conducta que aparece cuando las demandas del entorno superan la capacidad del individuo para afrontarlas ¹⁴

Este planteamiento dio lugar a que se conceptualizara el estrés como aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda ¹⁵.

A raíz de ello, las definiciones basadas en la situación predominan en las investigaciones sociológicas, mientras que otras disciplinas asumen definiciones de corte biológico ¹⁶

Se ha señalado que esta segunda visión no ha conseguido asentarse dado que aquellas situaciones que causan un patrón determinado de respuestas como, por ejemplo, taquicardia, aumento de la presión sanguínea y otras, serían las situaciones que generarían estrés, pero existe una variabilidad enorme de situaciones que no están vinculadas al estrés y sin embargo provocan el mismo patrón fisiológico de respuesta, como por ejemplo hacer ejercicio físico o la pasión amorosa ^{11,12}

Con objeto de superar la controversia establecida a raíz de los dos planteamientos anteriores, surge el estrés como interacción entre el organismo y el ambiente que lo rodea; ésta perspectiva transaccional permite controlar una serie de variables intermedias entre sujeto y entorno, siendo defendida por varios autores^{13,17,18} dice que el estrés no pertenece a la persona o al entorno, ni tampoco es un estímulo o una respuesta, más bien se trata de una relación dinámica, particular y bidireccional entre el sujeto y el entorno, actuando uno sobre el otro.

Por su parte Lazarus¹ afirma que los seres humanos no son víctimas del estrés, sino que su forma de apreciar los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y posibilidades de afrontamiento (interpretación secundaria) determinan la naturaleza del mismo; el afrontamiento se concibe como un esfuerzo conductual y cognitivo dirigido a reducir las exigencias internas y/o externas causadas por las transacciones estresantes ^{1,17}

Así, Turcotte (1986) afirma que el estrés es el resultado de las transacciones entre la persona y su entorno, considerando que el origen del estrés puede ser positivo (oportunidad) o negativo (obligación), el resultado es la ruptura de la homeostasis psicológica o fisiológica, desencadenando emociones y movilizando las energías del organismo.¹⁸ Por todo ello, un estímulo se considera estresante cuando tiene la capacidad de poner en marcha una respuesta fisiológica de estrés en el individuo, mientras que una respuesta recibe el apelativo de estrés cuando es producida por una demanda del ambiente, un daño determinado o una amenaza; esto implica estímulos, respuestas y los procesos psicológicos que median entre ellos.

El estrés psicológico es aquel que establece una relación entre el individuo y el ambiente; por lo tanto, la Psicología se centra en el estudio de las causas que provocan este estado en diferentes sujetos a través del análisis del afrontamiento individual y la evaluación cognitiva que conlleva. El afrontamiento le sirve al sujeto para controlar las demandas que evalúa como estresantes y todas las emociones que generan, mientras que la evaluación cognitiva determina hasta que punto una relación individuo-ambiente es estresante.

Por su parte, las demandas que recibe el individuo pueden proceder del ambiente físico que le rodea como, por ejemplo, el frío y el calor extremos, pero mayormente procederán del ambiente social en el que está más inmerso, denominándose estrés psicosocial del individuo.

Las demandas que, por su particular intensidad, novedad e indeseabilidad, requieren una respuesta esforzada¹⁹ o de afrontamiento^(fig.2) son las que realmente se consideran estresantes. Entonces, el estrés es una fuerza que induce malestar o tensión tanto sobre la salud física como sobre la emocional²⁰



Fig.2Lazarus, R.²

Por último, es necesario resaltar que en numerosos estudios experimentales se ha mostrado que los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de los estresores dependen, en gran medida, de procesos cognitivos, apareciendo inmediatamente cambios orgánicos generalizados, lo que hace que se aumente el nivel de activación fisiológica (Anisman, Kokkinidis y Sklar, 1985). Además, la persistencia de esta reacción más allá de los recursos de afrontamiento del sujeto provoca una serie de respuestas desadaptativas en los sistemas orgánicos y psíquicos ²¹

Por ello, en la actualidad el término se utiliza para describir un proceso psicológico originado ante una exigencia al organismo, frente a la cuál éste no tiene información para proporcionarle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psico-fisiológica que recoge más y mejor información, procesándola e interpretándola más rápida y eficientemente, lo que permite al organismo mostrar una respuesta adecuada a la demanda²² Recientemente, el estrés se aborda desde una perspectiva psicosocial, considerando que las condiciones sociales (apoyo social, aspecto socioeconómico, estatus marital, rol laboral, etc.) pueden

estar implicadas en el origen de las experiencias estresantes, ya que las situaciones sociales son capaces de causar altos niveles de estrés, repercutiendo negativamente en la salud, calidad de vida y longevidad ²³; desde esta perspectiva, la experiencia del estrés es entendida como una consecuencia inevitable de la organización social, y no tanto como antecedentes anormales de un trastorno, según se ha mantenido en la Psicología y la Medicina ²⁴

Éste autor realiza un estudio sobre la naturaleza y el origen de los estresores a partir de un análisis basado en el papel de los factores sociales, poniendo de manifiesto tres formas de estrés (estrés vital, estrés de rol y estrés provocado por contrariedades cotidianas), pudiendo contribuir todas ellas a predecir las perturbaciones de salud asociadas al estrés; según esto, el estrés experimentado por el individuo es el producto de la interrelación entre tales categorías de estresores, dependiendo en gran medida de los recursos personales y sociales (estrategias y recursos de afrontamiento y apoyo social) que poseen las personas para hacer frente a los efectos del estrés. Hoy en día el término estrés hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta el individuo, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de nerviosismo porque requiere un sobreesfuerzo por parte del individuo, poniéndole en riesgo de enfermar. En definitiva, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo (estresor), que puede ser un evento, objeto o persona.²⁴

Aproximaciones teóricas

En el contexto popular se utiliza la palabra estrés con un sentido diferente al que se le da en un contexto profesional, por lo tanto, es importante establecer cómo se debe interpretar dicho concepto; el estrés es un

fenómeno complejo que se aplica de forma diferente según el sesgo científico, por lo que se plantean tres orientaciones: por un lado, el enfoque fisiológico, que considera el estrés en términos de respuesta ²⁵; por otro, la orientación psicológica y a su vez la psicosocial, que enfatizan la situación estimular ²⁶, asumiendo el estrés como algo externo y focalizado en el estímulo; finalmente, la interacción entre los dos planteamientos anteriores²⁷ que será la que marque el desarrollo de la teoría general del estrés y de su aplicación a la psicopatología.

Enfoque físico

El estrés procede del campo de la Física, las fuerzas aplicadas a un objeto pueden llevarlo hasta un punto de rotura o desintegración por la presión ejercida. Así, cuando se coloca un peso sobre cualquier cuerpo, éste ejerce una presión sobre el mismo. Más tarde,²⁸ señala que el concepto de estrés es más filosófico que científico o físico por implicar valores, modelos de vida dirigidos por la cultura y evaluaciones circunstanciales. La Filosofía afirma que el concepto de salud ha sido siempre competencia suya o, como mucho, de la Estadística, pero que la Medicina ha tratado de conceptualizarlo para plantear sus objetivos y modelos a raíz de ello.

Enfoque médico

Cuando inicialmente la Medicina consideró hacerse cargo del término estrés, partió de la idea de que el organismo es un sistema encargado de mantener el equilibrio interno u homeostasis, mediante mecanismos de feedback ²⁸; este modelo implica estabilidad, retroalimentación negativa e imposibilidad de transformación. No obstante, el hecho de ver el estrés como alarma del organismo a través de la actividad simpático-adrenal, ha puesto de manifiesto una relación causal entre enfermedad y ruptura homeostática.

Considera que el concepto de enfermedad constituye una función relacionada con multitud de variables, tales como una constitución hereditaria, enfermedades orgánicas y experiencias primordiales de la infancia referentes al cuidado, al sueño, al clima afectivo y a los rasgos específicos de los padres y del entorno.³⁰

Según esto, la agresión procedente del medio externo desencadena en el sujeto una reacción de tensión. Así, ciertas enfermedades en su origen, como la diabetes, por ejemplo, se han producido debido a una emoción-choque primeramente en el individuo, siendo la violencia que recibe el mismo del entorno lo que potencia el desarrollo de determinadas enfermedades.

No hay que olvidar que cada individuo tiene su historia previa y que, por lo tanto, el significado de un acontecimiento va a ser muy particular, dependiendo de la persona en cuestión. Aquellas situaciones que llevan a la enfermedad están relacionadas con la significación afectiva del individuo por la relación problemática no resuelta, teniendo un papel muy estresante para el propio individuo. Además, la tensión crónica puede provocar trastornos funcionales crónicos, dando lugar a la lesión orgánica.³⁰

Enfoque fisiológico

El científico canadiense Hans Selye fue quien otorgó categoría médica al término estrés en 1936 en el curso del estudio del eje hipofisario-suprarrenal, describiéndolo como el "síndrome de estrés biológico" o "síndrome general de adaptación"; este autor afirma que no es lo mismo hablar de estrés en el ámbito de la Física que hacerlo en el ámbito de la Psicología, pues, a diferencia que en esta última, en la Física la presión que se ejerce es sobre un cuerpo sin vida.²⁵ detalla los ejes biológicos a través de los que se produce la transformación, considerando la posibilidad de su implicación en trastornos tales como la úlcera péptica. La agresión que el organismo recibe y su reacción conduce a Selye a revelar que la secuencia de respuestas que

se presenta hace que el organismo supere o no esa estimulación perturbadora del equilibrio interno llamada estrés, por lo que la secuencia se divide en tres fases con sus correspondientes implicaciones biológicas: reacción de alarma o periodo de choque, caracterizado por una alteración fisiológica (taquicardia, insomnio, etc.), seguido de una fase de resistencia y, por último, una fase de agotamiento, que da lugar a las llamadas enfermedades de adaptación. Siguiendo a dicho autor, se constata que el término referido alude al estado del organismo, es decir, a su respuesta biológica, mientras que lo que él llama "agente estresor" sería el agente agresivo exterior, siendo éste la causa. Según esta perspectiva, se puede hablar de adaptación pasiva en el sujeto, ya que no siempre es necesaria su participación, de manera que cuando el sujeto ignora las agresiones somáticas con poder estresante, como puede ser el inicio de una infección, entonces se estaría refiriendo a esta adaptación pasiva. Más tarde, en 1949, los participantes en la conferencia de estrés y trastornos cardiacos reconocen la contribución del estrés en la etiología y cronificación de dichos trastornos.²⁸

Enfoque biológico

El estrés implica una sobreactivación biológica provocada por la acción funcional del sistema reticular ³⁰; esto es una consecuencia del bombardeo de estímulos tanto de carácter interno como externo que influyen en el mismo. El sistema reticular mantiene una serie de relaciones funcionales con los lóbulos cerebrales, especialmente con el lóbulo frontal, que es el encargado de evaluar, planificar y regular las estrategias conductuales del ser humano. Por ello, los procesos cognitivos, la evaluación de los recursos propios y el establecimiento de determinados planes de acción son lo que marca la actividad del sistema reticular. Si el estrés se expresa biológicamente a través de un estado de activación general, se plantea el

dilema de si se considera como factor de riesgo para sufrir una enfermedad a la hora de conceptualizar el término. Resulta difícil determinar si lo que se detecta es una activación tónica (estado de alerta y afrontamiento) o fásica (sobreestimulación del estado tónico) ³⁰ ya que los indicadores biológicos del estrés siguen estando mal definidos ³¹. La secuencia cronológica del estrés y su estrecha interacción funcional pueden dar lugar a hechos indetectables desde una perspectiva fragmentaria. Cuando el organismo reacciona ante el estrés se activa su sistema nervioso autónomo, liberándose catecolaminas y produciéndose una estimulación del sistema neuroendocrino, siendo ACTH y cortisol en su liberación las dos hormonas por excelencia del estrés. (fig.3)

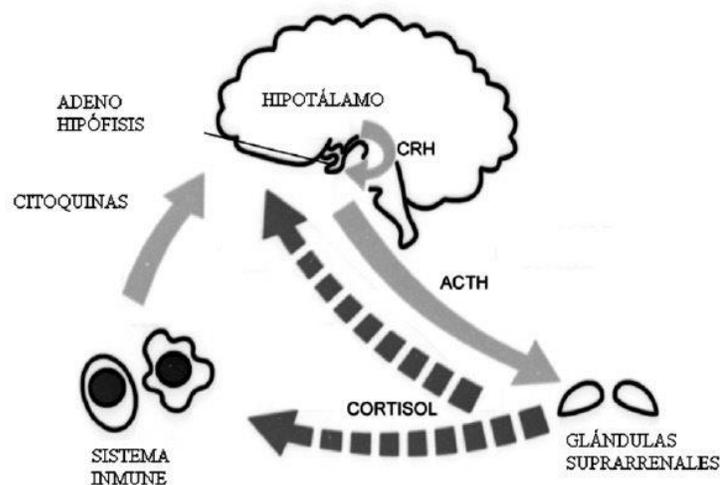


Fig.3ACTH y cortisol en su liberación las dos hormonas por excelencia del estrés.³

Enfoque cognitivista

Posteriormente, en el contexto de la Psicología, se añade un enfoque cognitivista a la concepción hormonal y periférica existente, considerando el papel de los factores psicológicos en la producción de la respuesta endocrina y en la posibilidad de manifestaciones psicopatológicas en el individuo como consecuencia de estos factores mencionados. Mason piensa que el

mediador principal en las numerosas experimentaciones fisiológicas de Selye podría tener como soporte el sistema nervioso central, en tanto interviene en una excitación emocional. Por ello, el concepto de no especificidad, piedra angular de la teoría de Selye, se replantearía, ya que ante distintos estímulos, si la respuesta hormonal es similar, puede ser debido a que la respuesta es a un solo estímulo o a una gran variedad de situaciones, siendo el componente común la emoción en sí. Esta simplificación del estrés ha causado grandes controversias, incluso algunos autores la han tachado de injustificable, concluyendo que se puede admitir cuando el factor de estrés es intenso y de corta duración, lo que hace pensar que es poco probable su participación en aquellas condiciones de estrés de carácter crónico o repetitivo.³¹

Uno de los modelos más reconocidos en el campo de la Psicología fue el propuesto por Lazarus en 1966, el cual pone énfasis en los factores psicológicos del estrés mediante diversas variables que tienen lugar en el proceso (las demandas y exigencias del medio externo e interno, los recursos del propio sujeto y el grado de satisfacción que experimenta). Cuando en esta época el estrés se conceptualizó como un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo, éste se considera como una respuesta negativa e intrínseca, ignorando su carácter adaptativo capaz de aportarle recursos al sujeto ¹¹

Enfoque bio-psico-social

Finalmente, hay que decir que el estrés integra tres componentes: el psíquico, el social y el biológico, y es a raíz de esto cuando el concepto queda entendido con una magnitud bio-psico-social. Existe una multitud de estudios que han puesto de manifiesto como la falta de recursos del individuo para controlar las demandas sociales y psicológicas puede dar lugar al

desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, jaquecas, úlcera péptica, dolores musculares, depresión y otros problemas de salud, así como la presencia de conductas de enfermedad ³²

La personalidad está cada vez más implicada en el estrés, imponiéndose, hoy día, el modelo de estrés entendido como una transacción entre el individuo y el ambiente. Dicho enfoque define el estrés como una relación entre la persona y el entorno, el cual es percibido por el individuo como algo impuesto que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar^{1,17} Los individuos perciben de forma distinta la amenaza que representan las situaciones estresantes, haciendo uso de varias habilidades, recursos y capacidades, tanto personales como sociales, a fin de controlar esas situaciones potencialmente estresantes^{1,17,32,33,34,35,36,37} Dentro del modelo transaccional el término es visto como un producto, siendo el resultado de la interacción entre diferentes factores que, presuntamente, juegan un papel causal.

Esta definición conduce, por tanto, a afirmar que determinados factores individuales como las características predisposiciones, las motivaciones, las actitudes y la propia experiencia, son claves para determinar la percepción y la valoración que hacen los sujetos de las demandas de distintas situaciones; esto acarrea los distintos estilos de afrontamiento de cada individuo. Tanto las demandas del entorno como las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales, están interrelacionadas de forma recíproca, de manera que cada una ellas afectan a las otras. Por lo tanto, a corto plazo se influye en la respuesta emocional y, a largo plazo, en la propia salud del individuo.

Hoy en día, el estudio del estrés cobra un enorme interés desde el marco social y el enfoque de los sucesos vitales, posibilitando el estudio epidemiológico de grupos sociales y niveles de riesgo y estableciendo estrategias de afrontamiento y prevención selectiva, lo cual supone una

orientación social de la salud distinta a la antigua concepción médica ³⁸ Existe un tipo de estrés social crónico, en el que los estresores están asociados a los principales roles sociales, como las dificultades en el trabajo, problemas de pareja o desajustes en las relaciones padres-hijos.³⁹ distingue los siguientes tipos de estresores crónicos: estresores por sobrecarga de roles, conflictos interpersonales en conjuntos de roles, conflictos entre roles, cautividad de rol, por reestructuración de rol (evolución del propio rol); a estos se añaden otras condiciones como la de ser pobre, residir en zonas con elevada delincuencia, padecer enfermedades crónicas graves, entre otras.

En esta línea, la literatura científica ofrece una gama amplia de estudios que ponen en evidencia los efectos negativos del estrés crónico sobre la salud, considerando al mismo como la forma de estrés psicosocial más perjudicial para la salud de las personas ^{40,41,42,43,44} Otro tipo de estrés que ha sido investigado recientemente es el estrés diario⁴⁵ encontrándose éste en un camino intermedio entre el estrés reciente (estrés por sucesos vitales) y el estrés crónico; el estrés diario se refiere a las contrariedades o sucesos menores que están determinados situacionalmente o son repetitivos, debido a la permanencia en el mismo contexto con demandas consistentes o porque las estrategias de afrontamiento son ineficaces.⁴⁶

Dificultades en su definición

La dificultad de la definición del estrés radica en que, siendo un síndrome, diversas enfermedades relacionadas presentan los mismos síntomas. La Organización Mundial de la Salud (2010) define el estrés como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”. Ante determinada demanda del ambiente, el organismo pone en marcha un conjunto de proceso fisiológicos y psicológicos que lo preparan para actuar

en consecuencia y responder a dicha demanda. Si la respuesta resulta exagerada o insuficiente, se producen trastornos psicológicos de diferente intensidad, como somatizaciones. Si no se consiguen controlar, pueden derivar en enfermedades de diversa índole y algunas muy graves. En ocasiones, estos trastornos se cultivan durante mucho tiempo y pasan inadvertidos a la persona afectada.⁴⁶

Se parte de la base de que la cantidad justa de estrés puede ser estimulante y saludable (eustrés) con el fin de llevar a cabo las tareas más rápido y de manera eficaz, y permite que el organismo responda adecuadamente a los retos y a los cambios de la vida diaria, p. ej. ante un examen, una montaña rusa, un deporte extremo. Sin embargo, el estrés pasa a ser distrés (agudo, cuando dura de dos días a cuatro semanas; crónico, de largo plazo) cuando por su permanencia supone un deterioro de la vida social y laboral de la persona (p. ej. una enfermedad grave, un despido laboral).

Su posible cronificación abarca un amplio abanico de síntomas, tanto físicos como psíquicos, de difícil tratamiento, entre los que destacan:

Síntomas físicos

Los más representativos son jaquecas, gastritis, aumento de la presión arterial y mayor incidencia de colon irritable, al mismo tiempo que una menor eficacia del sistema inmune (por ejemplo, menor resistencia a virus como el de la gripe). Asimismo, provoca taquicardia, sudoración, temblor corporal, tics nerviosos, obesidad y sobrepeso, pérdida del cabello y aparición de la caspa, menstruación irregular, enfermedades cardíacas, presión de dientes y mandíbula (bruxismo), manos y pies fríos, tensión muscular, falta o aumento de apetito, diarrea o estreñimiento, insomnio, tartamudeo, alteraciones de la piel (acné, rosácea, urticaria, arrugas, flacidez, dishidrosis, psoriasis, herpes bucales), fatiga y sequedad de boca.

Síntomas psíquicos

Se dificulta la capacidad de concentración e incrementa el número de errores, ralentiza la toma de decisiones, disminuye la memoria. También es frecuente la aparición de ansiedad, preocupación en exceso, pensamiento catastrófico y lento, cambio en el estilo de vida, propensión a tener accidentes, inquietud, miedo o pánico, preocupación excesiva, irritabilidad, reducción del deseo sexual, disminución de la autoestima y constantes cambios de humor que, si no son tratados a tiempo, pueden ser causa de depresión y labilidad emocional.

Ante la diversidad sintomatológica que presenta el estrés,^{1,17} sistematizan su concepto en una definición ampliamente consensuada por la literatura científica. El estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Supone una descompensación entre las demandas del ambiente y los recursos del trabajador. A menudo, se origina cuando el trabajador realiza un elevado esfuerzo y recibe a cambio una pobre recompensa. El esfuerzo invertido en el trabajo puede deberse a dos tipos de demandas: extrínsecas (requisitos y obligaciones laborales) o intrínsecas (alta motivación de afrontamiento, perfeccionismo, sobre compromiso). La recompensa laboral puede consistir en tres.⁴⁷

1.2 Fases o fisiología del estrés

Generalmente, el estrés no sobreviene de manera repentina. El organismo del ser humano posee la capacidad para detectar las señales de que se está ante un evento productor de este. Desde que aparece hasta que alcanza su máximo efecto, se pasa por tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento ⁴⁸. (fig4)

En cuanto a la fase de alarma, constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas ante este agente son las primeras que aparecen para advertir a la persona que debe ponerse en estado de alerta una vez percibida la situación; por ejemplo, cuando hay exceso de trabajo o estudio, esta fase puede hacerle frente y resolver esto de la mejor forma posible, con lo cual la verdadera señal de estrés no llega a materializarse.



Fig.4 Las tres fases del estrés ⁴

Solamente cuando la barrera estresante supera a la persona y esta se da cuenta de que sus fuerzas no son suficientes, puede decirse que toma conciencia del estrés existente, lo cual la sitúa así en la fase de alarma. Cuando el estrés prolonga su presencia más allá de la fase de alarma, la persona entra en la segunda fase, denominada resistencia. Intenta continuar

enfrentado la situación, pero se da cuenta de que su capacidad tiene un límite y, como consecuencia de esto, se frustra y sufre.

Empieza a tomar conciencia de que está perdiendo mucha energía y su rendimiento es menor, lo cual la hace tratar de salir adelante, pero no encuentra la forma; esto hace que esta situación se convierta en un círculo vicioso, sobre todo cuando va acompañada de ansiedad por un posible fracaso. Posteriormente, se presenta la fase de agotamiento que es la fase terminal del estrés.⁴⁸

Esta se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente. La fatiga incluye un cansancio que no se restaura con el sueño nocturno, y generalmente va acompañada de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. Respecto de la ansiedad, la persona la vive frente a una diversidad de situaciones, no solo ante el agente estresante, sino también ante experiencias que normalmente no se la producirían.

En cuanto a la depresión, la persona carece de motivación para encontrar placenteras sus actividades, sufre de insomnio, sus pensamientos son pesimistas y los sentimientos hacia sí misma son cada vez más negativos. Es importante tomar conciencia de que todas las personas tienen un límite y que, si este es respetado, tendrán la oportunidad de que tanto su calidad como esperanza de vida se vean mejoradas.⁴⁸

1.3. Las respuestas del individuo al estrés

Se han identificado tres fases en la respuesta al estrés: alarma, resistencia y agotamiento. La alarma, según explican Neidhardt et al. (1989), se produce cuando el cerebro percibe un factor causante de estrés. El cerebro envía de inmediato un mensaje a la glándula pituitaria que inicia la segregación de una hormona, la cual induce a que otras varias glándulas inicien la producción de

adrenalina. El efecto consiste en poner a todo el organismo en un estado general de alerta. Las señales más aparentes de que se han activado los sistemas de respuesta son: pulso rápido, aumento de la sudoración, corazón que palpita fuertemente, estómago contraído, brazos y músculos de las piernas en tensión, respiración entrecortada y rápida, dientes apretados con firmeza, mandíbulas cerradas, incapacidad para permanecer quieto y emociones intensas.

Cuando la persona manifiesta esos síntomas, es indicativo de que está preparada para enfrentar un peligro, amenaza o situación comprometida, sea real o imaginaria. No obstante, este estado es pasajero y reservado solo para reaccionar ante situaciones extremas, puesto que el organismo no podría mantenerlo como un estado duradero.⁴⁸ explica la fisiología del estrés mencionando que todas las señales de alarma que llegan al cerebro son enviadas al hipotálamo, el cual es un pequeño órgano situado en el centro de la masa cerebral. El hipotálamo transmite estos mensajes a todo el organismo por vía nerviosa y por vía sanguínea.⁴⁸

Por vía nerviosa, los estímulos producidos por el hipotálamo se transmiten al sistema nervioso simpático, que regula las funciones orgánicas. Estos estímulos llegan a producir alteraciones en el funcionamiento de los órganos y también alcanzan a la médula de las glándulas suprarrenales, lo que provoca un aumento en la secreción de adrenalina y noradrenalina, las cuales pasan a la sangre y producen también alteraciones sobre todo el organismo.

En cuanto a la vía sanguínea, el hipotálamo estimula a la hipófisis, la cual segrega diversas hormonas que, al pasar a la sangre, actúan sobre todo el organismo. La hormona más importante de las que segrega la hipófisis cuando es estimulada por el hipotálamo es la corticotropina (ACTH u hormona del estrés)^(fig.5), la cual hace que en la corteza de las glándulas

suprarrenales se produzca otra hormona, la cortisona, que produce numerosos efectos y alteraciones sobre el organismo. Otras hormonas segregadas por la hipófisis actúan sobre la glándula tiroides, los testículos o los ovarios provocando efectos importantes sobre muy diversos órganos. (fig.5)

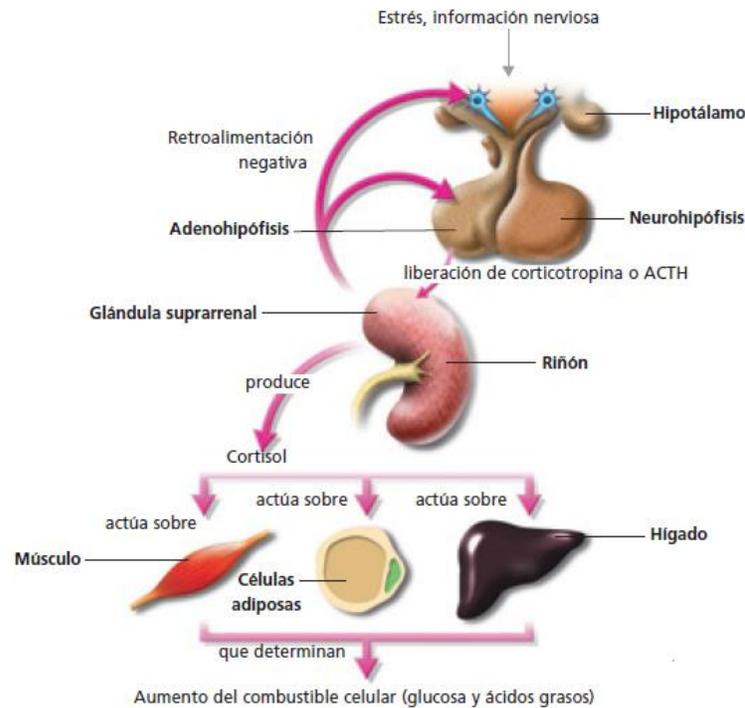


Fig.5ACTH u hormona del estrés.⁵

Además de las respuestas físicas, existen otras respuestas ante el estrés. Neidhardt et al. (1989) las categorizan en dos grupos: las psicológicas y las de conducta. Respecto de las respuestas psicológicas, las más generalizadas son: incapacidad para concentrarse; dificultad para tomar decisiones, incluso las más sencillas; pérdida de la confianza en sí mismo o en sí misma; irritabilidad; preocupaciones y ansiedad; temores irracionales o pánico sobrecogedor.

El estrés con frecuencia viene acompañado de emociones como exaltación, depresión o ira, de una intensidad variable dependiendo de la situación. Cuando esto ocurre, lo más apropiado es expresar esas emociones, lo que

ayuda a superar el estrés. Las emociones no expresadas o reprimidas, sean positivas o negativas, generalmente producen estrés.⁴⁹

Las respuestas de conducta, se mencionan algunas como: aumento en el empleo de medicamentos, tics nerviosos, distracción, proclividad a los accidentes, comer en exceso o falta de apetito, dormir demasiado o insomnio, aumento en el consumo de alcohol o drogas, impulsividad y agresividad.

También Melgosa⁴⁸ se refiere a este tema de las respuestas al estrés, las cuales sitúa en tres grandes categorías: cognitivas, emotivas y conductuales. A continuación se explican.

Área cognitiva (pensamientos e ideas)

La persona tiene dificultad para permanecer concentrada en una actividad y presenta una frecuente pérdida de atención. La retención memorística se reduce, tanto en la memoria a corto plazo como a largo plazo. Los problemas que exigen una reacción inmediata y espontánea se resuelven de una manera impredecible. Cualquier problema que requiera actividad mental tiende a solucionarse con un número elevado de errores. Por lo general, la persona se siente incapaz de evaluar acertadamente una situación presente y tampoco puede acertar a proyectarla en el futuro. Además, la manera de pensar no sigue patrones lógicos y coherentes dentro de un orden, sino que se presenta desorganizada.

Área emotiva (sentimientos y emociones)

La persona experimenta dificultad para mantenerse relajada tanto física como emotivamente. Aparte de los desajustes físicos reales, se empieza a sospechar de nuevas enfermedades (hipocondría), aparecen rasgos como el desarrollo de la impaciencia, la intolerancia, el autoritarismo y la falta de

consideración por otras personas. Los principios morales que rigen la vida de la persona se relajan y se posee menor dominio propio. Hay un aumento de desánimo y un descenso del deseo de vivir. La autoestima también se ve afectada por pensamientos de incapacidad y de inferioridad.

Área conductual (actitudes y comportamientos)

En el lenguaje se presenta una incapacidad para dirigirse oralmente a un grupo de personas de forma satisfactoria, puede darse tartamudez y un descenso de fluidez verbal. La persona experimenta falta de entusiasmo por las aficiones preferidas, así como por sus pasatiempos favoritos. Es frecuente el ausentismo laboral y escolar, así como un aumento del consumo de alcohol, tabaco, café u otras drogas. El nivel de energía disponible fluctúa de un día para otro. Los patrones de sueño se alteran. Generalmente se sufre de insomnio y se llega a veces a una extremada necesidad de dormir.

En cuanto a las relaciones interpersonales, aumenta la tendencia a la sospecha, se tiende a culpar a las otras personas o a atribuirles responsabilidades propias. También hay cambios en la conducta, tales como reacciones extrañas y la aparición de tics, o sea, actitudes que no sean propias de la persona. Incluso pueden manifestarse ideas suicidas e intentos de llevarlas a cabo.

Se considera que cuando una persona se encuentra bajo el efecto del estrés puede aumentar su capacidad de percepción, de memoria, de razonamiento y de juicio durante un periodo de tiempo limitado; no obstante, cuando la tensión se lleva más allá del límite, sobreviene el declive y se observan dificultades en las capacidades cognitivas, tales como la dificultad para concentrarse y la pérdida de memoria. Esta situación puede apreciarse en estudiantes que acuden a un examen y, debido a la tensión del momento, no logran responder a las preguntas. Asimismo, la capacidad de razonar, de

resolver problemas o de emitir juicios se ve menoscabada por la presencia del estrés. Ocurre cuando la persona dice encontrarse “bloqueada” y dice no poder ni saber cómo reaccionar ante una situación.⁴⁸

Otra reacción común de la persona sometida a estrés es la frustración. Este estado anímico la irrita; de hecho, diversos especialistas vinculan la frustración con la agresividad. Asimismo, con mucha frecuencia la persona estresada presenta síntomas de ansiedad, tales como la aprehensión, la preocupación, la tensión y el temor por el futuro. Sobre la ansiedad, señala ⁴⁹

La ansiedad es una de las más peligrosas manifestaciones psicológicas del estrés. Es normal experimentar cierto grado de ansiedad ante las situaciones inciertas; pero la ansiedad excesiva es una forma de neurosis que no beneficia ni al sujeto ni a los que con él conviven. Además, no hemos de olvidar la estrecha vinculación que existe entre estrés y ansiedad, y que muchas personas, que en la actualidad sufren los efectos devastadores de la ansiedad, iniciaron sus “hábitos” ansiosos en medio de situaciones estresantes ⁵⁰

1.4 El estrés en el organismo

Cuando percibimos una amenaza o un peligro, sea real o no, nuestro cuerpo se prepara para dos soluciones rápidas y efectivas: la lucha o la huida.

En ellas está implicado el sistema nervioso autónomo, responsable de las funciones orgánicas de nuestro cuerpo que se producen de forma involuntaria, como el latir del corazón o la respiración.^(fig.6) Este se divide en dos: sistema nervioso simpático, que nos dispone para la acción, y parasimpático, que regula las actividades de nuestro cuerpo en reposo.

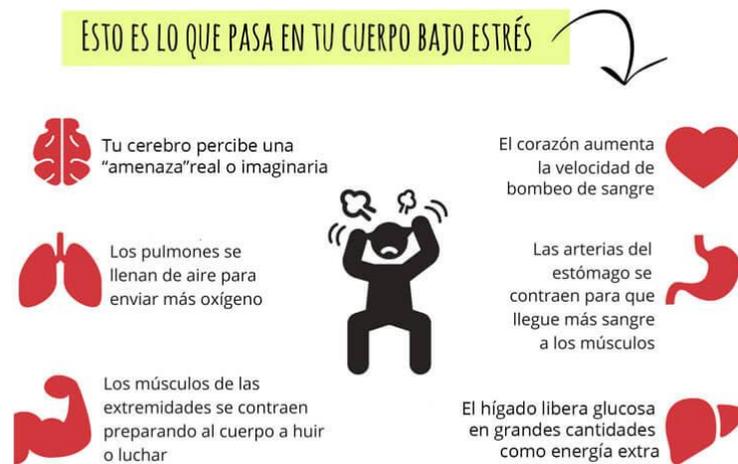


Fig.6 Efectos del organismo bajo estrés.⁶

Frente al estímulo amenazante el sistema simpático produce una respuesta hormonal, generando mayor cantidad de adrenalina y de cortisol. La primera aumenta la frecuencia cardiaca, dilata las pupilas y los bronquios, y nos pone a sudar. La segunda hormona incrementa el nivel del azúcar en sangre y suprime la actividad del sistema inmunológico.

Esto ocurre de manera temporal, ya que el sistema nervioso parasimpático se encarga a su vez de ponerlo "todo en orden", pero es fácil imaginar que cuando se repite todo este proceso con demasiada frecuencia o de forma continuada, puede tener consecuencias perjudiciales para nuestra salud.⁴⁸

Síntomas físicos del estrés

Distinguir entre una dosis aceptable de estrés y una excesiva no siempre es fácil. Estamos acostumbrados a correr de aquí para allá, a hacer varias cosas a la vez y a enfrentarnos con retos a menudo, por lo que es importante prestar atención no solo a nuestro estado de ánimo, sino también a algunos síntomas físicos, como los siguientes, que nos avisan de que las tensiones diarias nos están afectando:

- Dolores de cabeza frecuentes.
- Diarrea o estreñimiento.
- Cansancio excesivo, decaimiento.
- Mandíbula rígida, músculos tensos.
- Insomnio o somnolencia
- Variaciones de peso inusuales

Nuestro cerebro también nos manda otras señales de alarma como la desmotivación, la falta de deseo sexual, la irritabilidad, la ansiedad o los olvidos y retrasos de memoria.⁴⁹

Consecuencias del estrés crónico

Entre los riesgos del estrés crónico se encuentran bajadas de defensas, presión arterial alta, diabetes, insuficiencia cardíaca, acné, eccemas, depresión, ansiedad o problemas derivados de la tensión constante como las contracturas musculares o el bruxismo que se produce al apretar la mandíbula a menudo y de forma inconsciente cuando dormimos.

Estar estresados continuamente también puede hacernos engordar, ya que afecta a la regulación de nuestros impulsos y emociones, haciendo que nos

decantemos por alimentos muy apetecibles, pero con escaso valor nutritivo. Esta falta de control con frecuencia deriva en otros hábitos y conductas nocivas, como fumar o beber alcohol en exceso para intentar relajarnos, con sus correspondientes consecuencias negativas.

Algunos estudios afirman que el estrés laboral, uno de los más frecuentes, aumenta en un 68% el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias y en un 23% el de sufrir un infarto de miocardio. ^(fig.7)A largo plazo el estrés puede derivar en problemas de salud realmente graves, y estos a su vez contribuir a que nos sintamos más estresados, por lo que es muy importante la prevención y el tratamiento, a través de la terapia psicológica y con apoyos como la meditación, la actividad física y una buena alimentación.⁵⁰



Fig.7 Infarto de miocardio. ⁷

Confiar en nuestra capacidad para afrontar las situaciones que nos afectan es un buen punto de partida para empezar a controlar el estrés. Lo siguiente es preguntarnos qué podemos hacer para reducirlo: consultar un especialista, practicar mindfulness, hacer ejercicio moderado, buscar otro trabajo, realizar alguna actividad placentera al terminar el día como pasear o leer... Las alternativas son muchas y vale la pena ponerlas en práctica cuando es necesario. Una vida con menos estrés es una vida más saludable, en todos los sentidos. ⁵¹

CAPÍTULO 2 EL ESTRÉS EN EL ODONTOLOGO

2.1 Síndrome de Burnout

El Burnout laboral, también denominado síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.

Los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, motivos de la gran mayoría de las bajas laborales.

El síndrome de Burnout suele aparecer, en la mayoría de los casos, en las personas que han elegido su oficio de manera vocacional (es muy frecuente en enfermería, medicina y el profesorado) y con menos asiduidad en trabajos que se desempeñan de forma obligatoria. Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, la vida social y familiar del trabajador afectado.⁵¹

2.2 Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout

El síndrome de agotamiento profesional, cuyo término en inglés es Burnout, (traducido al español significa: estar o sentirse quemado), fue definido por primera vez por el psicólogo clínico Herbert J. Freudenberger en 1974 como un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas

Freudenberger observó que su equipo de trabajo, compuesto por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros perdían su idealismo y simpatía por los pacientes, además de pérdida de interés laboral, fatiga y frustración, acompañado de muchas quejas somáticas. Sin embargo, su estudio ha sido episódico, y centrado en los aspectos más bien clínicos y descriptivos del término.⁵²

Ha sido Christina Maslach (1976) quién ha convertido al Burnout en un verdadero producto de investigación. En los años setenta, la psicóloga social e investigadora de la Universidad de Palo Alto, centró su investigación en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los clientes, en ciertas profesiones de ayuda. Trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros y definió el Burnout como un estrés laboral crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su actividad laboral.⁵³

Con tales trabajos se inició un período de exploración sobre la naturaleza y factores asociados a la aparición y desarrollo del Burnout. Maslach y Schaufeli (1993), consideran que en el estudio del Burnout se han producido dos periodos claramente diferenciados: un periodo pionero de formación y otro de afianzamiento y de verificación empírica⁵⁴

El primer periodo se caracterizó por una etapa de ebullición de formulaciones y aproximaciones clínicas, de intentos de delimitaciones conceptuales del síndrome. Así como también, por el distanciamiento e indiferencia del mundo académico y universitario a las propuestas que se realizaban con respecto al tema.

La siguiente anécdota relatada por Maslach y Jackson, refleja esta situación: cuando enviaron por primera vez al editor de una revista las características psicométricas del Inventario de Burnout que habían diseñado el artículo les fue devuelto porque la revista no publicaba "Pop psychology"⁵⁵

Probablemente el paso de un período a otro más preciso, constructivo y empírico se debió a la aparición y el desarrollo de un instrumento para la evaluación del Burnout, el Inventario de Burnout Maslach (MBI)⁵⁶

Su creación significó poder contar con una definición operativa que fijara qué se entendía por Burnout, y establecía una clara línea de investigación de estudios empíricos que permitirían diferentes tipos de investigaciones sobre su desarrollo y factores asociados, la bibliografía publicada por Kleiber y Enzman, demostró que se publicaron más de 1500 trabajos entre 1983 y 1990⁵¹

Martínez y Guerra, refieren que el desarrollo histórico del tema se realizó en forma paralela a los instrumentos de evaluación. Los investigadores utilizaron diferentes modelos para evaluar el fenómeno, datos de cuestionarios y mediciones, repuestas de entrevistas, estudios de casos clínicos.⁵⁷

En la siguiente tabla se detallan los distintos instrumentos utilizados para medir el Burnout, a lo largo de casi tres décadas de investigaciones.^(fig.8)

Año	Autor	Instrumento	Ítems	Factores
1976	Dworkin y Dworkin	Cuestionario de Burnout	8	- Falta de significado y control - Ausencia de normas - Aislamiento
1978	Pines y Kafry	Tedium Scale	?	?
1980	Jones	Scale for Health Professionals	?	?
1981	Maslach y Jackson	Maslach Burnout Inventory (MBI)	22	- Cansancio emocional - Despersonalización - Reducido logro personal
1981	Petegrew y Wolff	Teacher Estrés Measure	64	13 factores
1984	Fimian	Teacher Estrés Inventory	¿	- 5 factores de fuentes del estrés - 5 factores de efectos del estrés
1987	Seidman y Zager	Teacher Burnout Scale	21	- Satisfacción de la carrera - Apoyo de la administración - afrontamiento del estrés - Actitudes hacia los estudiantes
1988	Schultz y Long	Teacher Estrés Measure	36	- Estrés y ambigüedad de rol - Satisfacción laboral - Satisfacción personal - Estructura de la tarea - Apoyo gerencial - Gestión de la Organización
1990	Moreno Gimenez y Olivier	Cuestionario Breve de Burnout	21	- Cansancio emocional - Despersonalización - Realización personal - Tedio - Características de la tarea - Clima organizacional - Calidad de vida
1993	Filgueira	Cuestionario de Burnout para profesionales sanitarios	53	- Fuentes de tensión - Trastornos físicos - Trastornos conductuales - Insatisfacción laboral - Agotamiento emocional - Deterioro de rendimiento - Despersonalización - Problemas de relación
1995	Guerra, Martinez y Esparza	Cuestionario de actitudes ante el trabajo	65	- Ocho categorías - Las mismas definidas anteriormente para el Cuestionario de Filgueira (1993)

fig. 8 Instrumentos de Medición del Síndrome de Burnout⁸

2.3 Burnout y Odontología

La práctica dental ha sido considerada como la que cada vez más en la clínica presenta características y experimenta más problemas de salud física y mental, en comparación con otras profesiones sanitarias. Esto se debe porque ha sido reconocida como una actividad demandante. Para desempeñar sus funciones necesitan gran variedad de equipos y materiales, por lo que están expuestos a sufrir diversos riesgos de trabajo, como son accidentes y el estar en contacto con diversos agentes infecciosos; todo esto, aunado a las nuevas tecnologías utilizadas, cada vez más sofisticadas, que hacen que su labor profesional sea más complicada.⁵⁴

Los factores que inciden en el aumento de la tensión en los odontólogos, son: el realizar su actividad laboral en un área limitada, con exigencias de tiempo entre un paciente y otro; las cuestiones ergonómicas, como bipedestación prolongada, posturas forzadas y restringidas exclusivamente a la cavidad bucal, en condiciones no óptimas, con procedimientos quirúrgicos y dentales prolongados; además de un ambiente de trabajo ruidoso, con insuficiente iluminación y ventilación, así como los factores ambientales que influyen negativamente en la productividad de ellos, una estructura organizacional y un ambiente laboral donde no existe la comunicación entre los mismos trabajadores.^{55,56,57,58,59}

El trabajo del cirujano dentista en el ámbito profesional es arduo, tenso, e implica un deterioro físico y mental, ya que realiza su trabajo con apremio de tiempo, repetición de los tratamientos, ansiedades de los pacientes y los problemas a la hora de cobrar los honorarios, lo que contribuye a que sean los profesionales sanitarios más ansiosos.⁵⁹

En cuanto al ambiente laboral, este es una fuente de estrés para el odontólogo por la posibilidad de contagio de enfermedades, tales como Hepatitis B y Hepatitis C. Por ejemplo, los odontólogos poseen diez veces más riesgo de adquirir una Hepatitis B que el promedio de ciudadanos. El

lugar de trabajo se asocia a la humedad y un alto riesgo de daño a la piel y las manos, por estar expuestos a sustancias irritantes de los materiales dentales y los guantes; a un ambiente ruidoso (con sus constantes cambios en la intensidad y la frecuencia de los sonidos); y al deslumbramiento de la lámpara; los olores de los materiales y desinfectantes, lo cual puede estimular los sentidos y afectar el humor y el estado mental. Además, se tiene que tratar con pacientes de diferente personalidad (hostiles, miedosos, agresivos, fóbicos e hipocondriacos).^{60,61}

Asimismo, el odontólogo está sujeto a las expectativas y constante evaluación del paciente y al desgaste emocional que supone la interacción tratamiento-salud. Además, existen una serie de factores predisponentes que hacen que los profesionales de este campo sean más susceptibles al desgaste profesional, como son:^{62,63}

- Sobrecarga laboral: el tiempo para cada tratamiento está prefijado en un horario donde no se incluye la atención inmediata a urgencias, complicaciones del tratamiento y las consecuencias de la tensión emocional del paciente.
- Ejercicio solitario: la responsabilidad no puede ser compartida y es frecuente la sensación de soledad.
- Ambigüedad en la relación paciente-profesional: la desconfianza económica y el miedo al dolor se enfrentan con otros sentimientos, como necesidad y desamparo.
- Riesgo económico: siempre está presente al trabajar como autónomo y gestionar su propia empresa.
- Ejercicio profesional: en lugares cerrados y con ambiente contaminado. De otro lado, que los profesionales en odontología tienen una alta prevalencia de enfermedades relacionadas con el síndrome de Burnout, ya que todas sus características son nombradas en algún grado, siendo las molestias musculoesqueléticas las de mayor prevalencia, seguido de las psicósomáticas y, por último, las enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares. Además, no

existe diferencia entre los niveles de estrés reportados en diferentes especialidades odontológicas, aunque los odontopediatras muestran mayores porcentajes de estrés respecto a los demás. Se considera que los mayores índices de suicidios entre profesionales de la salud se dan en odontólogos, psiquiatras y anesthesiólogos y son ellos los que sienten mayor presión por la pérdida de perspectiva profesional y el mantenimiento del consultorio, mientras que las odontólogas sienten mayor presión por la incertidumbre de situaciones profesionales.⁶¹

Finalmente, existe una obligación continua de estudio y puesta al día. Generalmente, los dentistas se informan de las nuevas tecnologías mediante conferencias y cursos que se imparten. Estos se han descrito como una fuente de ansiedad, porque el odontólogo se va a encontrar ante la dicotomía de asistir o no. Por un lado, se puede interpretar como un aumento de conocimientos, pero, por otro lado, necesita encontrar tiempo o un reemplazo en la consulta para poder asistir. A ello se suma el aspecto económico, debido al gasto que debe asumir como derecho a asistir y que sus ingresos se pueden ver afectados por las horas que dejará de atender en el consultorio.⁶⁴

Por todo lo mencionado, a continuación, se dan algunas recomendaciones para la prevención del síndrome de Burnout en los odontólogos:)

- Elija un campo de trabajo y asegúrese una formación e información suficiente. Esto disminuye la angustia por los imprevistos y los malos resultados;
- Establezca un ritmo de trabajo que sea llevadero para usted;
- Cultive una buena comunicación con sus colegas, en su lugar de trabajo y/o fuera de él;
- Esté alerta para tomar en serio todos los indicios de estrés apenas comience a manifestarse; - identifique claramente estos indicios, y converse con personas que puedan reflexionar con usted, a fin de comprender y modificar las situaciones y los contextos en el que el estrés se reitera;

-Si no puede cambiar el marco de su trabajo, es necesario que cambie usted; - asuma el compromiso y la prioridad de realizar actividades para la salud, física y mental en forma periódica y continuada. Elija algo que verdaderamente le guste;

-Aprenda a encarar y resolver sus conflictos familiares y personales. Nada hay más estresante que tener miedo de volver a casa. ⁶⁵

2.4 Delimitación conceptual y definiciones del Síndrome de Burnout

Existen diferentes definiciones sobre el Síndrome de Burnout, las que si bien, muestran cierto acuerdo respecto del concepto, algunas lo igualan al estrés y otras lo comparan con la depresión, o descripciones de variables relacionadas con la salud física y el bienestar.

Pines y Aronson definen el Burnout como un estado de decaimiento físico, emocional y mental; que se caracteriza por un cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional, y por el desarrollo de actitudes negativas hacia la actividad laboral, y hacia las personas^(fig.9). Consideran que el cansancio físico es un factor predisponente para el desarrollo de enfermedades infecciosas, accidentes, trastornos del sueño, sentimientos de depresión y pensamientos suicidas. Y en las últimas etapas el cansancio psíquico se manifiesta porque el sujeto desarrolla actitudes negativas sobre su persona, su actividad laboral, acompañado de baja autoestima y sentimientos de ineficacia e incompetencia.⁵⁷



Fig.9 Síndrome de Burnout⁹

Leiter (1989), sostiene que el síndrome estaría dado en un principio por el Cansancio Emocional, y que como consecuencia de este el sujeto reacciona aislándose mediante la Despersonalización ejercida hacia los clientes, de esta manera el trabajador pierde su compromiso con el trabajo y aumenta su agotamiento, lo que trae como consecuencia una disminución de la sensación de Realización Personal, y llega de esta manera al Burnout.⁶⁶

Atance Martínez afirma que el burnout hace referencia a un tipo de patología laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esta relación es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales antes situaciones de crisis permanentes.⁶⁷

Goldvarg define al Burnout como: “Un síndrome cuya principal característica es un sentimiento abrumador de estar exhausto, acompañado por sentimientos de frustración, ira e indiferencia y sensación de ineficacia y fracaso laboral que afecta tanto el funcionamiento a nivel personal como a nivel social “. Considera al Burnout, como una forma de responder a estresores crónicos en el trabajo que están presentes cotidianamente, a diferencia de lo que ocurre con las crisis agudas; y que si bien es un fenómeno individual se encuentra inserto en un contexto de relaciones

sociales complejas, afectando la concepción personal de sí mismo y de los otros.⁶⁸

Teniendo en cuenta la perspectiva y el instrumento de medición a partir del cual se construyó el presente trabajo de investigación, las definiciones propuestas en este proyecto son las siguientes:

La de Christina Maslach, que si bien comenzó a estudiar el Burnout como un “estado”, en 1981 junto con Susan Jackson redefinen este síndrome, considerándolo ya no como un fenómeno estático resultante de un problema individual, intrapsíquico sino como un “proceso” mucho más complejo, y como una respuesta al estrés laboral crónico. Un síndrome que se desarrolla en personas cuyo objeto de trabajo son otras personas y que se caracteriza por tener tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo.⁶⁹

Martinez y Guerra refieren que el Burnout es un: “Síndrome resultante de una estado prolongado de Estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo.

Este Síndrome abarca principalmente síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Sensación de Reducido Logro Personal, y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales, y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales este Síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción laboral”.⁴⁵

Moreno Jiménez y Olivier, refieren que: “En concreto, el término hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado específicamente en aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con otras personas, más concretamente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo”.⁷⁰

Desde esta perspectiva el síndrome de Burnout se considera una respuesta al estrés laboral crónico, el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja), la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y presentar actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja.⁶¹

2.5 Desencadenantes del síndrome en profesionales de la salud

Gil -Monte y Peiró identifican cuatro niveles de factores desencadenantes del burnout:

a) Nivel individual: los sentimientos idealistas y altruistas llevan al médico a involucrarse excesivamente en los problemas de los pacientes, y convierten a la solución del problema en una cuestión de reto personal. Por lo tanto, se sienten culpables de los fallos, propios y ajenos, esto genera un alto grado de agotamiento emocional y disminución de la sensación de realización personal.

b) Nivel de relaciones interpersonales: las relaciones con beneficiarios y compañeros de trabajo conflictivas, tensas y prolongadas, la falta de apoyo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o administración de la organización son fenómenos característicos que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) Nivel organizacional: los profesionales de la salud trabajan en estructuras que presentan el esquema de una burocracia profesionalizada, que lleva a generar problemas de coordinación entre sus miembros, las dificultades en la libertad de acción, sufren la incompetencia de los profesionales, las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas institucionales. Esto, resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) Nivel social: actúan como factores desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones, como el

aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de status y/o prestigio de la profesión, aparición de nuevas leyes que regulan el ejercicio profesional, cambios en los perfiles demográficos de la población que obligan a cambios en los roles.⁶¹

2.6 Las dimensiones del Burnout

Desde un modelo conceptual multidimensional, Maslach divide el síndrome en tres dimensiones; el nivel de desgaste emocional (representa la dimensión de estrés básico del Burnout), el nivel de despersonalización (representa la dimensión interpersonal) y el nivel de sentimiento de incompetencia (representa la dimensión de autoevaluación)

- a. **El Cansancio emocional (Dimensión de estrés básico).** Llamado también agotamiento emocional, se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional. Implica estar emocionalmente exhausto, es una pérdida de recursos emocionales. El sujeto siente que ha perdido la energía para trabajar y, debe realizar mucho esfuerzo para enfrentar un nuevo día, se siente agotado, cansado y que no tiene una fuente de recarga de impulsos o estímulos.
- b. **Despersonalización (Dimensión interpersonal):** Para protegerse del cansancio emocional, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud fría, impersonal, con deshumanización de sus relaciones, manifiesta sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias de su trabajo, se muestra distanciado y en ocasiones utiliza términos peyorativos hacia sus pacientes y colegas, tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. Evita el contacto y se produce una conducta excesivamente distante e insensible, que incluye a veces la pérdida del idealismo. Es una forma

de autodefensa pero que funciona después como un escollo para el compromiso con la tarea.

c. Falta de Realización Personal (dimensión de autoevaluación):

La falta de realización personal, es un sentimiento de incompetencia que aparece cuando el sujeto siente que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. Si bien puede surgir el efecto contrario: una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable.

Se produce una disminución del sentimiento de éxito y productividad en la tarea, aparece la idea de fracaso. Este sentimiento de inadecuación acerca de las propias habilidades personales puede conducir a un veredicto de fracaso autoimpuesto. Puede exacerbarse con la pérdida de soporte social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente.⁶²

2.7 Curso del Síndrome de Burnout

Maslach y Jackson, sostienen que existen 3 etapas del síndrome (fig¹⁰): en la primera aparece el cansancio emocional, como consecuencia del fracaso en intentar modificar situaciones generadoras de estrés, posteriormente sobreviene la despersonalización, que es un mecanismo de defensa construido por el individuo ante el fracaso de la fase anterior. En la tercera aparece el abandono de la realización personal, el individuo cree que su trabajo no amerita más esfuerzos^{70,71}



Fig.10 Etapas del Síndrome de Burnout según Maslach y Jackson¹⁰

Por otro lado, existen cuatro niveles de Burnout :

a) Leve: en el que aparecen el cansancio, quejas vagas, dificultad para levantarse a la mañana.

b) Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo

c) Grave: automedicación con psicofármacos, ausentismo laboral, rechazo al trabajo, abuso de sustancias

d) Extremo: marcado retraimiento, cuadros psiquiátricos, riesgo suicida.

La progresión del síndrome no es lineal, es más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo. Los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada⁷¹

2.8 Relación entre Estrés laboral y Burnout

El estrés es un concepto mucho más amplio que el de Burnout, y este último puede incluirse en el primero. El estrés puede ocurrir en todo tipo de trabajo, el Burnout ocurre más frecuentemente en aquellos que trabajan con personas y es el resultado de un estrés emocional que se incrementa en la interacción con ellos. El estrés por si mismo no causa Burnout, las personas podrían continuar aptas para prosperar, aún en un marco estresante, si sienten además que su trabajo es significativo y apreciado, si existe una justificación significativa del mismo. Por otra parte, el Burnout tiene características muy específicas, y es que está asociado no sólo a fatiga y sobrecarga en relación con el contenido laboral, tiene que ver también y sobre todo con el estrecho y continuo contacto interpersonal, con la despersonalización y con una falta de motivación por la labor que se desempeña. Martinez y Guerra , refieren que el Burnout es la etapa final del estrés laboral, específico de profesiones de servicios humanos, y que no puede compararse a los efectos crónicos del estrés de otras profesiones.⁶²

2.9 Consecuencias sobre la salud

El síndrome de Burnout, es un término anglosajón cuya traducción es estar desgastado o exhausto. Aunque no existe definición unánimemente aceptada, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, lo que engloba implicaciones nocivas para la persona y la organización. En tal sentido, la presencia de este síndrome se considera una consecuencia de trabajar intensamente, de no tomar en cuenta las necesidades personales y se relaciona a sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima.⁷² Este término es descrito por primera vez por el psiquiatra Freudemberger en los años setenta, el cual prestaba sus servicios en una clínica para

toxicómanos en Nueva York (EEUU). Él observó que después de un año de encontrarse laborando, la mayoría de los voluntarios sufrían al mismo tiempo una pérdida gradual de energía hasta llegar al agotamiento y mostrar síntomas de depresión y ansiedad. En la década de los ochenta, la psicóloga social Cristina Maslach, al estudiar las respuestas emocionales, denomina a estos síntomas “sobre carga emocional” o “síndrome de Burnout”; posteriormente, crea un instrumento de valoración, el Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. ^{25,54}

Estrés y Burnout se han considerado por mucho tiempo términos que hacen referencia al mismo fenómeno, existiendo una confusión conceptual. Por un lado, el estrés se describe como una “respuesta física y emocional nociva que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no son compatibles con las capacidades, los recursos o las necesidades de los trabajadores”; mientras que Burnout es básicamente un concepto que toma como base el hecho de que un síndrome es un conjunto de signos y síntomas (agotamiento, síntomas de ansiedad, depresión, desmotivación en el trabajo y agresividad hacia los demás), y aunque en el estrés hay también signos y síntomas, se considera que Burnout es un abordaje más completo del estrés crónico y se manifiesta como una consecuencia de este último. ²³

En los inicios, se mencionaba que el síndrome de Burnout se podía dar como consecuencia de estar en contacto prolongado con personas que están en una situación de necesidad o dependencia. Más adelante, se propuso una definición más amplia y no restringida a las profesiones asistenciales, debido a que las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales, sobre todo en las que se mantiene un contacto continuo con personas (pacientes, clientes, alumnos, etc.), dado que las excesivas demandas imposibles de satisfacer, son las que producen la vivencia de fracaso personal.

CAPÍTULO 3 ESTRÉS EN EL ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

La actividad laboral y académica es por sí misma generadora de estrés, ya que determina la exposición del empleado a ciertos estresores, que según como sean vividos, afrontados y resueltos, determinarán la respuesta individual, sea adaptativa o desadaptativa.⁶²

Se ha documentado que la práctica dental es una de las profesiones de las ciencias de la salud que más ansiedad produce, por otro lado, las enfermedades relacionadas con el estrés, patologías cardiovasculares y los trastornos músculo-esqueléticos son los tres grupos más importantes que influyen en la jubilación prematura de los odontólogos.⁶²

Los estudiantes de Odontología deben hacer frente a los estresores propios de cursar la universidad, comunes a todos los universitarios, además de enfrentar el estrés implícito que tiene la práctica dental. Al comparar los factores estresantes externos a la universidad con los factores estresantes asociados a la carrera, los segundos juegan un papel más significativo que los primeros en el aumento del estrés.⁶⁴

En términos comparativos, los estudiantes de Odontología padecen con más frecuencia de ansiedad, depresión, agotamiento y despersonalización que los de Medicina, incluso se ha reportado que muestran mayores índices de consumo de alcohol y drogas ilícitas, lo que aumenta durante los años de mayor prevalencia de estrés durante la carrera.⁶²

3.1 Efectos

El ejercicio de la Odontología implica trabajar milimétricamente en un medio ambiente biológico formado por saliva, musculatura, venas, arterias y glándulas; en un espacio reducido y a la voluntad del sujeto que solicita la atención dental, lo cual supone el riesgo de tener algún accidente que comprometa la integridad física tanto del individuo solicitante como del estudiante de odontología, quien debe aprender a trabajar en esas condiciones

Existen estudios que demuestran que el 54.5% de los estudiantes de Odontología encuestados sufren niveles moderados de ansiedad, frente al 34.1%, los cuales sufren niveles elevados, sobre todo en el primer año de carrera.

Son varios los efectos que puede suponer la presencia de estrés y ansiedad entre los estudiantes. Los más significativos podrían ser la obtención de bajas notas, bajos logros, mala actitud profesional, estado de ánimo deprimido, falta de integración social y despersonalización, problemas de memoria, aumento del consumo de alcohol y tabaco etc

Una de las consecuencias claras y directas de la presencia de estrés y ansiedad, es la aparición del efecto “burnout”, como consecuencia de estrés crónico y deterioro mental, frustración y disminución de la concentración ⁷⁴

Además, en su proceso formativo el estudiante de la licenciatura de Odontología experimenta diferentes situaciones que generan estrés: los gastos que tiene que solventar para los tratamientos, el miedo al error y a lo desconocido, la competencia con los compañeros en situación de formación clínica, conflictos interpersonales, problemas en el manejo terapéutico del paciente, el ambiente en la clínica escolar, sensación de fracaso ante la escuela, falta de tiempo libre, retrasos en los tratamientos, conflictos con el paciente, carencia de destreza y habilidad en los procedimientos clínicos.

Todo ello repercute directa o indirectamente en su rendimiento como estudiante.⁷⁵

3.2 Factores asociados al estrés

El estudiante de Odontología soporta diferentes niveles de estrés y ansiedad, los cuales pueden tener efecto directo en su desempeño, estos factores de riesgo pueden ser: la posición económica, temor a lo que no conoce, temor de competir con los mismos compañeros dentro de la formación clínica, problemas interpersonales, dificultad de tomar medidas adecuadas en el manejo curativo del paciente, el entorno que produce mucho ruido, la falta de iluminación en el lugar de donde desarrolla sus actividades clínicas, sensación de imposibilidad ante el sistema escolar, ausencia de tiempo libre, demoras y conflictos entre las metas que se desean alcanzar, falta de experiencia y habilidad en los procedimientos clínicos, y la misma actitud de angustia de los pacientes la cual puede ser captada y absorbida por el mismo estudiante y profesional, etc. Lo dicho anteriormente es de profunda inquietud en los estudiantes que se encuentran atendiendo en el área clínica, ya que es en esta área donde se producen elevados índices de estrés en estos

A todo lo anterior se le suma, durante la práctica clínica, que el estado de angustia de algunos pacientes puede ser transmitido al estudiante, e incluso la duda de saber si cumplirá a la cita pactada desencadena el estrés, además, el estar siempre evaluado en su actuar frente al paciente agudiza tal estado⁵⁴

En el ejercicio de la odontología el estudiante requiere:

- Tener la capacidad de proporcionar información clara y pertinente al paciente para los tratamientos necesarios que a menudo teme, no desea o no entiende en cuanto a la importancia de los mismos.

- Saber cómo mitigar los miedos y ansiedades de los pacientes ante los procedimientos dentales.
- Poseer competencias sociales para interactuar eficazmente con los pacientes.
- Estar pendiente de prever el material e instrumental necesario para las siguientes clases clínicas.
- Tener presentes sus trabajos teóricos y evaluaciones.

Rajab encontró que para los alumnos de Odontología antes de la práctica clínica los mayores productores de estrés son los exámenes, los días cargados de trabajo y la falta de tiempo para el descanso. En los años de práctica clínica son el bienestar de los pacientes o el no cumplimiento de sus turnos, junto con el acatamiento de requisitos académicos.

Existen, según este autor, diferencias entre los años clínicos y teóricos. La práctica clínica de los estudiantes de odontología es el lugar y el momento donde la teoría se expresa de manera vivencial entre el alumno y su profesor, con el paciente que recibe el tratamiento odontológico; se aplican los conocimientos adquiridos por los estudiantes durante su clase teórica y preclínica, a través de los servicios que la facultad brinda a los pacientes que acuden a su clínica, la atención se realiza bajo la tutoría del odontólogo docente en las diferentes áreas clínicas, tales como la preventiva, de mantenimiento y restaurativa.⁵⁴

Thoumi , menciona que en la odontología, además de un conocimiento científico extenso, se necesita habilidad manual clara y precisa para lograr éxito en las actividades de la profesión, es por ello que la psicomotricidad es importante en la práctica odontológica, especialmente la motricidad fina, que involucra el dominio de los músculos pequeños y, por ende, también de los movimientos pequeños, realizados por dedos, manos y muñecas.⁵⁴

Vergara , considera que el proceso educativo en la clínica odontológica se desarrolla en un ambiente de múltiples factores que configuran el particular escenario donde el estudiante debe aprender.

Estas variables se resumen de la siguiente manera:

- Integrar y aplicar las ciencias básicas y preclínicas en este nuevo escenario.
- Desarrollar y entrenarse en habilidades técnicas y clínicas.
- Entablar una relación del estudiante con un tutor que guíe el proceso.
- Hacer partícipe al paciente que demanda una solución satisfactoria a su problema.

La formación del estudiante en clínica es demandante en muchos sentidos; exige tiempo, conocimiento, habilidad. Además, de ella depende en gran medida el éxito académico del estudiante y su futura graduación.^(fig.11)

Es normal que se genere estrés, pues éste permite enfrentar y solucionar las diversas situaciones que conforman el día a día en la práctica clínica.⁷²

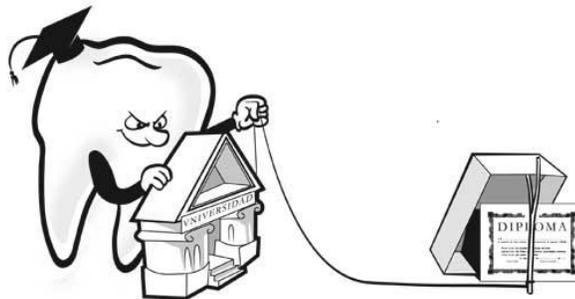


Fig.11 Estudiante y su futura graduación.¹¹

3.3 Estrés en el académico

El campo de estudio del estrés es amplio, se trata de un fenómeno que se da en la vida cotidiana de toda persona, tiene implicaciones biológicas, pero también psicológicas y sociales. Por ello, es un objeto de estudio que se aborda desde distintas disciplinas y enfoques. Se trata de un fenómeno tan amplio que una investigación que pretenda estudiarlo debe delimitarse.

De esta manera se ha llegado a hablar de distintos tipos de estrés, correspondientes a distintos ámbitos de la vida de una persona, por ejemplo, el estrés laboral o el estrés académico, este último, según Barraza (2003), es aquel cuyas fuentes se encuentran básicamente en el ámbito escolar. Se hace referencia a dos señalamientos importantes en esta definición:

- Esta dilucidación se circunscribe al estrés que padecen los alumnos a consecuencia de las exigencias endógenas o exógenas que impactan su desempeño en el ámbito escolar.
- Se le llama estrés escolar al que padecen los niños de educación básica, por consiguiente, se entenderá por estrés académico sólo al que padecen los alumnos de educación media y superior.⁷⁶

Los factores causales, es decir, los estresores, se refieren al estímulo o situación amenazante que desencadena en el sujeto una reacción generalizada e inespecífica y que pueden causar el cambio o la adaptación. De igual forma, es un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente biopsicosocial, que se presenta de manera descriptiva en tres momentos:

- Primero: el alumno se ve sometido, en contextos escolares a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno, son consideradas estresores.
- Segundo: esos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio).
- Tercero: ese desequilibrio sistémico obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico⁷⁶

Por su parte, para Hernández, Polo y Poza, el estrés académico se produce en el ámbito educativo y capaz de afectar tanto a los profesores en el abordaje de sus tareas docentes, como a los estudiantes en cualquier nivel académico, en especial en el ámbito universitario.

Para Muñoz el estrés académico es el impacto que puede producir en el estudiante su mismo entorno organizacional: la escuela, el instituto, la universidad, a causa de las demandas, conflictos, actividades y eventos implicados en la vida académica y que puede repercutir negativamente en la salud, el bienestar y el propio rendimiento académico de los estudiantes.⁶⁴

Marty indica que el estrés académico es una respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento, de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas

Al retomar los aportes de los autores mencionados, y centrando nuestra atención en el estudiante, nosotros definimos el estrés académico como la relación entre el alumno de pregrado y los estresores internos y externos del medio ambiente educativo, es una oportunidad de adaptación con repercusiones positivas o negativas, a corto o largo plazo en las dimensiones social, psicológica y biológica.⁷³

Melgosa menciona que desde una perspectiva pedagógica, considera que el estrés elevado afecta el rendimiento escolar de los estudiantes mediante cambios en su conducta y comportamiento, por ejemplo, la negación a la realización de tareas, reproches, mal humor, agresividad e irritabilidad; hasta el punto incluso de llegar a desertar. El estrés constante produce un desajuste emocional en el estudiante.¹⁷

En las situaciones de estrés académico los alumnos suelen presentar reacciones fisiológicas, físicas, psicológicas y comportamentales. Dentro de las reacciones fisiológicas se produce una disminución de las defensas, los glóbulos rojos aumentan de tamaño y disminuyen en cantidad, se alteran las plaquetas; se incrementan las frecuencias cardíacas y respiratorias, incluso se destruyen neuronas.

Las reacciones físicas más comunes son sudoración en las manos, trastorno en el sueño, cansancio y dolores de cabeza, molestias gastrointestinales y somnolencia.⁷⁶

Dentro de las reacciones psicológicas encontramos: ansiedad, nerviosismo, angustia, miedo, problemas de salud mental, irritabilidad, problemas de concentración, inquietud (incapacidad para relajarse y estar tranquilo), sentimientos de depresión y tristeza (decaimiento) y la sensación de tener la mente vacía (bloqueo mental), además, se dificultan las relaciones interpersonales y pueden llegar a manifestarse actitudes de agresividad o desgano ⁷⁶

Ahora bien, el estrés tiene un origen; las situaciones o los eventos causales de estrés se les conoce como estresores. Dentro de la práctica clínica del estudiante se presentan diversas situaciones que originan el estrés académico, en párrafos anteriores se describieron algunos de ellos. A los estresores se les ha clasificado en internos, externos, físicos y psicológicos: ⁷²

- Los estresores internos son propios de las características individuales de cada sujeto; sus pensamientos, la personalidad, la introversión.
- Los estresores externos son diferentes a las características del sujeto, por ejemplo, la carga de trabajo, la supervisión del mismo o la ambigüedad de un rol se perciben como estresores.
- Los físicos pueden ser el ruido, la iluminación, los olores, la temperatura, propios del ambiente de trabajo o estudio.
- Los estresores psicológicos se refieren a la apreciación de cada individuo respecto a las demandas educativas u organizacionales.

La clasificación anterior implica que el surgimiento del estrés no depende enteramente del individuo ni tampoco del ambiente, sino que se trata de una relación entre ambos. Diferentes personas pueden estresarse de diferente manera y en distinto nivel ante una misma situación. Por ello es necesario tener en cuenta la complejidad de este fenómeno al intentar estudiarlo. Clasificaciones, como la anterior, permiten sistematizar este tipo de estudios. En el mismo tenor, Rueda señala que existen tres grandes grupos de estresores ⁷²

1. Estresores del ambiente físico: son varios los elementos que se incluyen en este grupo, sin embargo los más significativos son el ruido, la iluminación, la temperatura, la disponibilidad y disposición de espacio y la higiene.

2. Estresores de la tarea: la generación de estrés ante determinada tarea varía de una persona a otra por distintas razones, en primer lugar por el gusto o desagrado a la tarea misma; también por la sobrecarga mental que puede ser cuantitativa cuando se produce un exceso de actividades a realizar en un determinado período, o cualitativa, cuando hay un exceso de demandas en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del individuo. Por su parte, la infracarga ocurre cuando las tareas asignadas están muy por debajo de la cualificación del individuo, lo que puede afectar a la autoestima de la persona y desencadenar un cuadro de estrés.

3. Estresores de la organización: se refieren a las dinámicas de la organización en determinado grupo social que desencadenan estrés, se refiere a aspectos como el conflicto y ambigüedad de rol, las jornadas excesivas, los cambios de turnos, los programas rígidos, horarios imprevisibles, el mal clima que se genera por el aislamiento social o físico, la poca relación con las demás personas, la falta de apoyo o ayuda de los compañeros, el estancamiento y la falta de oportunidades para el crecimiento personal, la inseguridad o la baja valorización del trabajo realizado.⁷³

En la medida en que las instituciones educativas conozcan acerca del estrés académico que tienen sus estudiantes adquieren el compromiso de formar discentes con mejores conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes para sortear de forma competente los momentos de estrés en su formación como profesionales y apuntalar su futuro profesional.

CAPÍTULO 4 TÉCNICAS DE MANEJO DE LOS PACIENTES ESTRESADOS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

4.1 Acupuntura

Los pueblos chinos, en su necesidad histórico-social-preventivo-curativa, alcanzaron conocimientos que hoy día asombran al mundo por su cientificidad primitiva y su materialismo sin igual. Un territorio tan extenso y el más habitado del planeta, desde siempre se vio en la obligación de buscar el bienestar de su pueblo en armonía con la naturaleza⁷⁶

La medicina tradicional asiática considera dos campos terapéuticos, una de ellas es la medicina externa: acupuntura, dígitopuntura, masajes, sangrías, ventosas, muxobustión, entre otros. La medicina asiática interna, se basa en la formulación de medicamentos, ya sean de origen mineral, vegetal, o animal. De esta gran filosofía se desprenden los principios básicos de todos los fenómenos en la naturaleza, incluidos desde luego la vida, estos principios son: Nacimiento, Crecimiento, Envejecimiento, Muerte, Transformación de la materia.⁹

Se ha propuesto, desde sus inicios, un abordaje integral de la problemática de salud, al estudiar al hombre como un todo y al hombre enfermo visto integralmente junto a la enfermedad; así no solo se interesa por los síntomas físicos del trastorno en particular, sino también por el estilo de vida del sujeto, su forma de pensar, sus emociones o intereses y sus reacciones ante el proceso morboso, todo lo cual tiene para la Medicina Tradicional importancia diagnóstica y terapéutica; es por ello que muchos autores la denominan Medicina Bioenergética, la cual incluye un conjunto de métodos no convencionales a partir de técnicas antiguas, para el logro del funcionamiento armónico del organismo humano por lo que resulta este término más abarcador.

Es importante destacar el valor que representa el dominio y la aplicación en particular de la acupuntura, como una forma más dentro del tratamiento de las diferentes afecciones estomatológicas, así como enfatizar en sus aplicaciones, ventajas y la necesidad de profundizar en sus fundamentos teóricos y prácticos, lo que permitirá favorecer el desarrollo de las habilidades necesarias para su empleo adecuado.⁷⁷

La acupuntura se usa para tratar una serie de enfermedades y trastornos y para facilitar terapias dentales, en particular para la analgesia vinculada a los procedimientos dentales y para el tratamiento de disfunciones de la articulación temporomandibular, síndromes de dolor crónico facial y miofascial, reflejo nauseoso marcado y angustia dental. En general la respuesta de los pacientes a la acupuntura es positiva aunque surgen dificultades a la hora de interpretar los estudios de eficacia debido a variaciones en el diseño de dichos estudios, la dimensión de las muestras, el placebo por el que se ha optado o el uso de puntos de acupuntura poco fidedignos.⁷⁶

Puntos de acupuntura más usados en estomatología

Son puntos biológicamente activos, de baja resistencia a la corriente eléctrica, con gran conductividad, distribuidos por distintas áreas del cuerpo, en regiones específicas de la superficie externa, donde se pueden aplicar técnicas de la Medicina Bioenergética, en especial la acupuntura.^{9,11}

Los puntos de acupuntura se encuentran en el trayecto de los meridianos principales y reciben el nombre de dicho meridiano, se agrega el número de orden, según circule en ellos la energía.

- IG4: mano, entre dedo pulgar e índice, es el punto más analgésico: cefalea, dolores oftálmicos, insomnio, dolores en la cara y los dientes.

- E3: borde inferior del ala nasal, odontalgias, neuralgias y parálisis facial, glaucoma y miopía.⁶³
- E7: debajo del arco zigomático, se aplica en odontalgias, artritis de la ATM, neuralgia del trigémino, parálisis facial y trastornos auditivos.
- E44: entre el segundo y tercer dedo. Analgésico para miembro inferior, cefalea, epigastralgia y amigdalitis.
- C7: extremo interno, de la muñeca, punto especial, modifica respuesta psíquica, es tranquilizante, tiene efectos en la ansiedad, en palpitaciones y estados de histeria.
- ID8: En la cara posterior de la articulación del codo con el codo flexionado a 90°. Se aplica en la gingivitis.
- VG 26: ubicado debajo del tabique nasal. Especial en emergencias, como *shock*, desmayos, lipotimia, histeria, epilepsia, palpitaciones, puede aplicarse dígito presión.

Recomendaciones

- Los dentistas deben usar la acupuntura para tratar a sus pacientes sólo después de adquirir el conocimiento y la destreza pertinentes.
- La acupuntura debe emplearse sólo después de un diagnóstico completo del estado del paciente. Mientras tanto podrá considerarse según corresponda el uso de terapias convencionales.
- Puede ser necesario que el paciente dé consentimiento informado aparte para la acupuntura.

- Es necesario aplicar los procedimientos estándar para el control de infecciones. Deben emplearse agujas desechables.
- Hay que estimular la investigación pluridisciplinaria sobre el uso eficaz de la acupuntura en odontología.

La enseñanza y la formación profesional en acupuntura podrían considerarse como elemento optativo de la licenciatura o posgrado en odontología y la formación profesional permanente. La práctica médica diaria actual, tiene como característica más sobresaliente el potente efecto analgésico, sedante y relajante, el cual constituye la base de su aplicación en los tratamientos estomatológicos.⁵⁶

Son numerosos los procesos patológicos que se tratan con esta técnica así como los usos que tiene en la práctica médica diaria actual. Sin embargo, algunos efectos terapéuticos que produce le son cuestionados, con excepción del efecto analgésico que provoca para el alivio del dolor y que constituye la característica más sobresaliente de la acupuntura, lo que llevó a los investigadores a plantearse la hipótesis de emplearla en la realización de intervenciones quirúrgicas, se efectuó la primera a finales de la década de los 50 del pasado siglo, la cual fue una amigdalectomía que se desarrolló con todo éxito según plantea *Orlando A. Rigol* en su manual sobre acupuntura

El uso de la acupuntura resulta más beneficioso para el paciente, sobre todo el de edad avanzada, cuando el estado de salud está depauperado por severas enfermedades asociadas. Es aplicable en aquellos pacientes que presenten intolerancia a determinados fármacos analgésicos, o que sufren frecuentes reacciones anafilácticas que los limitan para recibir determinada sustancia o fármaco.^(fig12)

Se aplica en casos de intervenciones que precisan la anestesia general endotraqueal, por lo que se evita la posibilidad de accidentes y otros riesgos atribuidos a dicho método anestésico, es una técnica de elección para la intervención quirúrgica ambulatoria. ³⁴

Algunos autores plantean sus experiencias en la extracción del primer molar mandibular con el empleo de la acupuntura, consigue además la disminución del dolor posoperatorio. También se ha empleado en el control del flujo salival anormal, así como en determinadas cirugías craneofaciales.

Existen numerosas razones para emplear la acupuntura en nuestra actividad diaria, sobre todo en el alivio del dolor, siempre que se realice con la seriedad, profundidad científica y el respeto que esta milenaria técnica se merece, hasta que seamos capaces de esclarecer completamente sus bases científicas⁷⁸

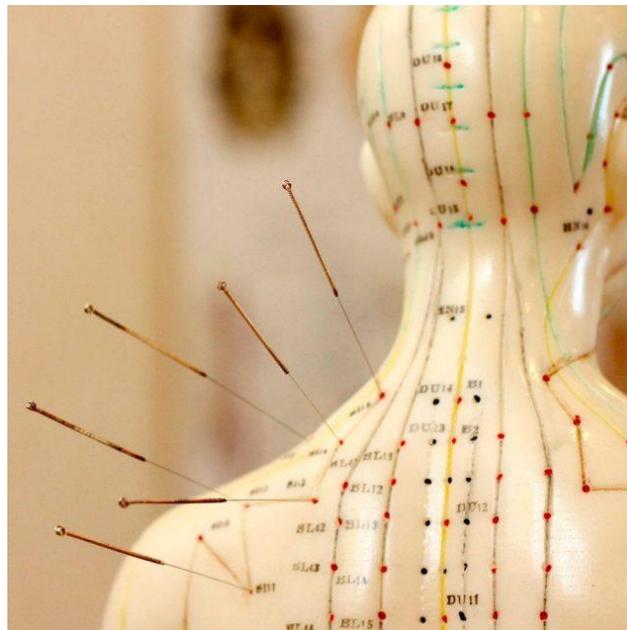


Fig.12 Proceso se colocación de acupuntura ¹²

4.2 Musicoterapia

La musicoterapia es una especialidad de poco tiempo de uso, reciente y novedoso, una técnica que utiliza sonidos y melodías para causar un efecto en el paciente. Este tipo de técnica se utiliza para mejorar la calidad de vida y recuperación social de los sentidos por medio de instrumentos corporo-sonido-musicales^(fig.13). Según Benenzon: “la musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo psico-auditivo con el objetivo de abrir canales de comunicación al ser humano, producir efectos terapéuticos y psicoprofilácticos”⁷¹



Fig. 13 Musicoterapia en la consulta dental. ¹³

Actualmente la musicoterapia es considerada científicamente, ya que consiste en una interacción entre la música, su medio de aplicación, el profesional y el paciente. Se fundamenta en principios científicos y ciertos objetivos terapéuticos; los sonidos, el ritmo, la armonía, determinan la percepción de esta. Para lograr el efecto terapéutico de la musicoterapia intervienen procesos neurofisiológicos complejos mediados por el tálamo, hipotálamo y el tronco cerebral, con respuesta psicofisiológicas ante dichos estímulos, que dan lugar a la relajación.

El uso de melodías, efectos sonoros y sonidos tiene como objetivo el proporcionar medios no amenazantes para la apertura de los canales de comunicación, proporcionar catalizadores para la liberación de emociones reprimidas.

La musicoterapia lidia con los sentimientos de angustia, miedo, ira, dolor, ansiedad y expresiones de tristeza durante un período de tiempo.⁷⁹

4.2.1 La musicoterapia y la ansiedad

La musicoterapia es frecuentemente usada para contrarrestar el sentimiento de ansiedad del individuo, mejorando la percepción y la diferenciación de los sentimientos, aumentando la motivación, disminuyendo la ansiedad, la agitación y la libertad de comunicar los sentimientos, esperanzas y miedos al operador. La música puede estimular y apoyar sentimientos y memorias, esta puede redireccionar los sentimientos en un medio no amenazante, de forma verbal o no verbal.⁸⁰

El uso de la musicoterapia no solo ha hecho su camino en las áreas de la psicología, sino que eventualmente ha sido usada en la medicina y en la odontología. El uso de esta técnica actúa directamente sobre el sistema nervioso disminuyendo sus actividades, beneficiando y otorgando al paciente sentimientos de relajación y tranquilidad, lo que genera una disminución de la presión arterial y frecuencia cardíaca.

Los beneficios del uso de la musicoterapia en la consulta dental normal y odontopediátrica son varios, entre ellos está la captación total del niño con el tratamiento logrando que permanezca durante toda la consulta, llena de satisfacción a los padres o al paciente, crea un vínculo íntimo entre el paciente y el odontólogo y no solo reduce los niveles de ansiedad en el paciente, sino en el operador, beneficiando, y asegurando la calidad y éxito del tratamiento.⁸¹

4.2.2 Efectos biológicos de la musicoterapia

La música sobre el organismo vivo tiene diversos efectos biológicos y puede ocasionar diferentes repercusiones, según las características de la melodía; siendo éstas el incremento o disminución de las variables hemodinámicas.

Entre estas variaciones orgánicas se encuentran:

- Aumenta el metabolismo.
- Acelera la respiración o disminuye su frecuencia.
- Influye el volumen relativo de sangre.
- Modifica la presión arterial.
- Disminuye el impacto de los estímulos sensoriales.
- Ritmo cardíaco.
- Tensión arterial.
- Secreción de los jugos gástricos.
- Tonicidad muscular.
- Funcionamiento de las glándulas sudoríparas.
- Equilibrio térmico de la piel.⁸¹

4.2.3 Aplicaciones clínicas de la musicoterapia

Los métodos, técnicas y aplicaciones clínicas a través del uso de la musicoterapia sirven para ir descubriendo las necesidades de cada paciente, utilizándola para la regulación del estado de ánimo, al trabajar piezas musicales para disminuir la depresión o para relajarse en medio de estados de excitación producidos por estrés, temor, ansiedad o cualquier situación que altere el organismo. Desde la perspectiva psicológica uno de los beneficios de la musicoterapia es facilitar el desarrollo emocional y afectivo; el ritmo permite el escape de la ansiedad, estimula el sentido del tacto, del oído, facilita la circulación sanguínea, la respiración y los reflejos.⁸² También sirve en la relajación, respiración y facilita la comunicación y la integración

social de los lactantes, así como, el mejoramiento notable del estado de ánimo para tranquilizarse en medio de estados de excitación; con el apoyo de la música se obtiene mayor coordinación psicomotriz y mejor funcionamiento físico, psicológico, intelectual y social.⁸²

4.2.4 Test de dibujo de Venham

El Test de Venham es una técnica de auto-reporte de la ansiedad creada por el Dr. Larry L. Venham en el año 1979. Dicha técnica se presentó en una serie de cinco estudios, para evaluar la ansiedad dental en los niños pequeños.

El test se compone de ocho cuadros cada uno con dos figuras que muestran a un mismo niño en dos estados de ánimo diferente, uno de ellos "ansioso" y otro "no ansioso". Se le pide al niño elegir en cada cuadro como se siente en ese momento, si el niño señala la figura "ansioso" se registra una puntuación de uno y si señala la figura "no ansioso" la puntuación es de cero. Posteriormente se suman el número de veces que la figura "ansioso" ha sido elegida; si la puntuación final es cuatro o menos, el niño es considerado "no ansioso", si la puntuación es cinco o más, el niño es considerado "ansioso" (fig14).⁸²



Fig 14 Dibujo de Venham.¹⁴

4.3 Digitopuntura

Varias son las enfermedades que llevan a los pacientes a una consulta de urgencia, pero la gran mayoría corresponde a las enfermedades pulpares, debido a la sintomatología dolorosa que las caracteriza.

Uno de los retos a los que se enfrenta el odontólogo dentro de su práctica diaria es al manejo del dolor del paciente. Esta situación puede generarse y verse reflejada en la consulta de dos maneras diferentes, pero que de igual forma, en cualquiera de los casos, necesita de un manejo apropiado por parte del operador.⁸¹

La primera de ellas, es el motivo de consulta, ya que en innumerables ocasiones el paciente llega a atenderse por una enfermedad con sintomatología dolorosa y la segunda es que el paciente asiste a la consulta odontológica con una actitud aprehensiva generada por el temor a sentir molestias, específicamente dolor, frente al tratamiento estomatológico. Estas dos situaciones mencionadas, requieren un control efectivo del dolor, en pro de ofrecer la mayor comodidad al paciente y disminuir la ansiedad que genera la consulta odontológica.⁸³

Según diversos estudios, alrededor del 81% de la población ha experimentado una experiencia dolorosa una vez en su vida y de todas estas experiencias dolorosas aproximadamente un 10% eran en estructuras bucofaciales. Entre estos se encuentran los dolores producidos por enfermedades pulpares inflamatorias.⁸⁵

La pulpa es un tejido conectivo que se encuentra entremezclado con nervios, vasos sanguíneos y linfáticos, los cuales reaccionan frente a estímulos irritantes mediante una respuesta inflamatoria.

La inflamación del tejido pulpar dentario se denomina pulpitis, y es un proceso donde participan reacciones vasculares y nerviosas, donde son dos componentes claves en el proceso de la inflamación pulpar y el elemento cardinal para su diagnóstico es el dolor y las características del mismo.⁸⁴

La asociación internacional para el estudio del dolor explica que esta dolencia es una experiencia subjetiva desagradable que se asocia con una lesión tisular, la cual se origina en la periferia y se hace consciente a nivel cortical. (Fig.15)

El dolor tiene una gran importancia biológica porque sirve como mecanismo corporal defensivo al avisar de un peligro anatómico y funcional. También es una modalidad sensorial cuyo estímulo adecuado no corresponde con una forma específica de energía, ya que cualquier tipo de estimulación, si es lo suficientemente intensa puede producir daño tisular y provoca dolor.⁸⁵

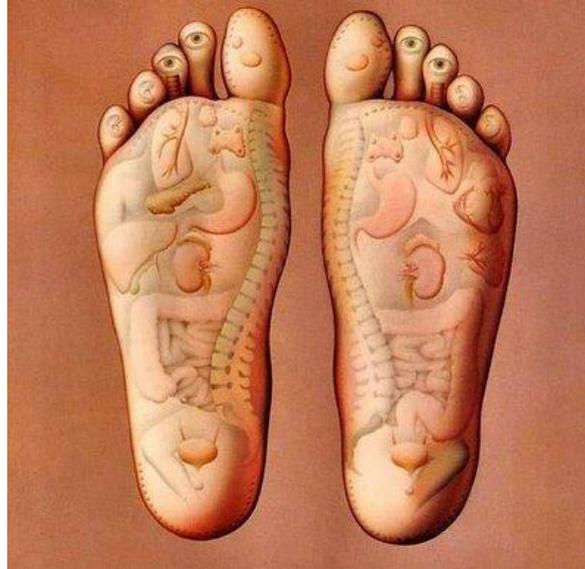


Fig.15 La digitopuntura ha estudiado como los órganos de tu cuerpo¹⁵

La práctica de la medicina natural y tradicional ha crecido en todo el mundo en los últimos 25 años, ya que la misma ofrece una amplia variedad de

opciones terapéuticas inocuas para el paciente, económicas, de baja toxicidad y elevada eficacia.⁸⁶

La digitopuntura consiste en la técnica de influir con los dedos sobre una serie de puntos distribuidos por el organismo con el propósito de eliminar los bloques de energía y aliviar algunos padecimientos de salud como los dolores, la tensión y la fatiga, así como los síntomas de algunas enfermedades.⁸⁷

El signo dolor tiene una gran significación en la inflamación de la pulpa al orientarnos en la búsqueda del diagnóstico no solamente de la enfermedad pulpar, sino del momento anatomopatológico que se encuentra la afección, existen múltiples factores psicológicos que modifican la percepción sensorial del mismo.

Como consecuencia de esto el dolor después de realizado el diagnóstico, puede convertirse en un freno para realizar el tratamiento estomatológico convencional.

La investigación tiene como objetivo evaluar la acción analgésica de la digitopuntura previo al tratamiento estomatológico convencional en las pulpitis agudas, en la consulta de urgencias estomatológica del policlínico Previsora.⁸⁸

4.4 Aromaterapia

En los últimos tiempos se ha observado un aumento en las diferentes actividades de promoción de la salud mediante la utilización de la medicina alternativa y complementaria, la cual ha logrado una gran aceptación por parte de los pacientes y los profesionales que la usan. El (NCCAM) Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa con dependencia del Instituto Nacional de salud de los Estados Unidos la define como un conjunto

de diversos sistemas, procesos y productos naturales, los cuales no forman parte de la medicina convencional y no está apoyada por pruebas obtenidas por el método científico, pero que afirma tener efectos sanadores para quien las utiliza.⁸⁹

“El concepto aromaterapia fue mencionado en este siglo por el químico francés René Maurice Gattefosé, el empleo de aceites esenciales tiene sus raíces en prácticas curativas más antiguas de la humanidad.”⁹⁰

Como sugiere el autor⁸⁷

'Debido a los efectos secundarios que puede ocasionar los ansiolíticos, en la actualidad existe una gran variedad de tratamientos alternativos como es el uso de la aromaterapia y fitoterapia, ya que ayudan a disminuir el estrés y ansiedad. De esta forma el uso de aceites esenciales en aromaterapia ha sido muy estudiado ya que se dice que tiene efectos positivos al disminuir la ansiedad como es el caso del aceite de lavanda, naranja y menta.'

Según los autores⁸⁹., la aromaterapia es conocido como un tratamiento terapéutico de relajación dentro de la medicina alternativa considerado un procedimiento holístico, la cual se basa en la utilización de aceites esenciales los cuales pueden ser extraídos de diversas formas y fuentes como de las flores, de los troncos, de las plantas y de las raíces proporcionándole su olor que les caracteriza a cada una de ellas. Para que la terapia pueda funcionar se administra al paciente por medio del olor al aparato respiratorio, en un proceso que se conoce como recepción de las células olfatorias para luego pasar por un proceso denominado como transmisión, donde las esencias se absorben y son pasadas al centro emocional para finalizar con el proceso de percepción.

4.4.1. Aceites esenciales

Según el autor⁸⁷ los aceites esenciales son empleados de tres formas diferentes, como alimentos, artículos de belleza, limpieza y medicinas, este último no solo son usados como elementos para dar sabor a ciertos medicamentos sino son usados como ingredientes terapéuticos para aliviar o tratar ciertas enfermedades. Mientras que, para Marcell, durante el Renacimiento el uso de aceites esenciales fue usado en la perfumería y los cosméticos, algunas de las esencias usadas en la antigüedad se siguen usando hasta ahora como es el caso de la esencia de melisa, arcabuz y agua de colonia. Se conoce que la expansión de la aromaterapia junto con los aceites esenciales fue se inició realmente en el año 1964 cuando el Dr. Jean Valnet publicó su libro Aromaterapia.⁸⁷

4.4.2 Utilización de los aceites esenciales

Según Jennifer y Rosa , los aceites esenciales pueden utilizarse de 4 formas diferentes como son:

- Ingestión oral la cual se hace de 4 a 7 gotas directamente debajo de la lengua, en un vaso de agua o en infusiones
- Aplicación externa por medio de masajes o en los centros energéticos del cuerpo
- Baños por 20 minutos ya que el agua es un buen conductor del mensaje floral
- Vaporización diluida en agua o por difusores de medio ambiente. ⁹¹

Mientras que para los autores (Peter y Kate Damian) , por vía inhalatoria existen dos maneras de administrar estas esencias, mediante inhalaciones y por difusiones atmosféricas la cual es la más utilizada y recomendada por no ser invasiva para el paciente. En esta técnica las partículas se encuentran esparcidas por todo el ambiente y entran en contacto directo con el sistema

nervioso central del paciente. En la inhalación de estos aceites las moléculas de aceite llegan a los pulmones y se distribuyen hacia la sangre lo que produce que el cerebro se active alcanzando la región del sistema límbico en donde las emociones son controladas.⁹²

4.4.3 Mecanismo de acción de la aromaterapia en el individuo

Los aceites esenciales utilizados por medio de la aromaterapia ayudan a combatir no solo trastornos físicos sino también tienen propiedades emocionales y espirituales. Existen dos vías por medio de las cuales estas esencias pueden penetrar en el organismo, por vía tópica es decir a través de los poros y mediante la inhalación. (fig.16)



Fig.16. Mecanismo de acción de la aromaterapia en el individuo¹⁶

Cuando inhalamos un olor, miles de moléculas viajan por medio de nuestra nariz las cuales son detectadas por receptores situados en la parte superior de la nariz, una vez detectadas se envía una señal al cerebro límbico, en donde residen la memoria y las emociones. Cada uno de los aceites esenciales tienen propiedades específicas, por lo que actúan de diferente forma en el organismo. Se debe tomar muy en cuenta el momento de utilizarlos es que no se pueden aplicar directamente sobre la piel a excepción del árbol del té y la lavanda, sino que se debe disolver unas pocas gotas en

otras bases aceitosas (como el aceite de almendra que es un hidratante), en agua o en algún quemador. ⁹³

4.4.4. Aceites esenciales usados para combatir síntomas de trastornos de ansiedad

Dentro de la aromaterapia se ha decidido profundizar en los aceites esenciales dentro de los cuales tenemos:

- Naranja (*Citrus aurantium*) este aceite tiene propiedades antiinflamatorias, antidepresivas, antiespasmódico e incluido propiedades sedantes, ayudando a disminuir niveles de ansiedad, ira y la depresión.
- Lavanda usada como un antiséptico natural, tiene propiedades antiinflamatorias, actúa disminuyendo los niveles de ansiedad, estrés y depresión. Se la puede utilizar con un toque de manzanilla y miel. También tiene efectos positivos en problemas digestivos e inflamatorios.
- Bergamota (*Citrus bergamia*) este aceite tiene propiedades como refrescante, relajante y eleva el espíritu, es muy utilizado en casos de depresión, ansiedad y tensión.
- Enebro (*Juniperus communis*) esta esencia actúa a nivel de los planos mentales, físico y emocionales aliviando de esta forma situaciones de confusión y cansancio.
- Mandarina (*Citrus reticulata*) brinda alegría, actúa como calmante y sedante
- Mejorana (*Origanum majorana*) este aceite actúa mejorando estados de ansiedad y soledad.
- Menta (*Mentha*) ayuda estimulando el cerebro, despeja pensamientos y da claridad mental
- Romero (*Rosmarinus officinalis*) ayuda a estimular la memoria, protector psíquico y un estimulante físico.

- Sándalo es ansiolítico y antidepresivo. (26)
- Salvia de clary (Salvia scalera) analgésico natural se aplica en los dolores musculares ayuda a combatir el insomnio.⁹⁴

4.5 Farmacoterapia

La sedación farmacológica ha sido muy usada en las últimas dos décadas ante casos de ansiedad a los procedimientos terapéuticos odontológicos. Esta consiste en una depresión mínima de la consciencia, que mantiene la habilidad del paciente para respirar de manera independiente y responder de forma apropiada a estimulaciones físicas y verbales.³⁵

Las benzodiazepinas como familia farmacológica son las más defendidas en la literatura porque producen menos sueño, son bastantes seguras, causan pocos efectos colaterales y pueden presentar efectos amnésicos favorables.³⁵ Debido a su eficacia y seguridad clínica se han tornado las drogas de primera elección para controlar la ansiedad durante el tratamiento estomatológico.³⁶

Específicamente para la sedación se recomienda la administración de un ansiolítico pues relaja el tono muscular, disminuye el estrés con el aporte de una sensación de bienestar, proporciona una mayor cooperación del paciente con el estomatólogo al facilitar su trabajo, potencia los analgésicos y antiinflamatorios, así como facilita un sueño plácido y renovador.³⁷

Una gran variedad de agentes medicamentosos se utilizan para la sedación, sin embargo, en los últimos tiempos resultan casi nulos los estudios que informen su aplicación en adultos, más bien se centran en aplicarlos en niños que no cooperan ante el tratamiento dental.³⁸⁻⁴³

El diazepam es el medicamento prototipo de las benzodiacepinas y es uno de los más prescritos.⁴⁴ Es muy utilizado en niños de edad escolar por producir un margen de seguridad clínica, pues su dosis tóxica es de 30 a 40 veces mayor que la dosis terapéutica. Presenta un inicio de acción de 45 a 60 min después de su ingestión por vía oral por lo que no es recomendado su uso en tratamientos cortos.⁴⁵

El midazolam por su parte está siendo más usado que el diazepam pues ofrece la alternativa de ser utilizado en procedimientos terapéuticos cortos ya que presenta un inicio de acción de 15 a 20 min.⁴⁶ Este ha producido más sedación por vía endovenosa que por vía oral según *Tyagi*,³⁹ aunque siempre se ha mostrado muy eficaz en cualquier dosis y vía de administración al lograr satisfactoriamente la sedación.⁴⁷⁻⁵⁰ En el caso de la vía nasal a través de las mucosas tiene una limitación y es que su acción inmediata de 20 min solo permite que pueda ser usada para tratamientos muy cortos o una consulta rápida.⁵¹ *Pereira-Santos*³⁸ en su investigación comparó el midazolam con el óxido nitroso ante su acción de reductor de ansiedad durante la exodoncia de terceros molares, y encontró más efectividad con el primero.

El dexmedetomidine y el melatonin también han sido utilizados. El primero en una investigación realizada por *Smiley y Prior*⁵² mostró una respuesta sedativa impredecible, y en el segundo, según *Pérez Heredia* y otros,⁵³ no existen suficientes evidencias científicas de sus efectos para la sedación en procedimientos dentales, por lo que se requieren de más estudios para evaluar sus posibilidades terapéuticas.

Otro como el óxido nitroso mezclado con oxígeno es muy usado también en los pacientes odontopediátricos.⁵⁴ Sus efectos clínicos aparecen en pocos minutos. Permite ir graduando las dosis de forma creciente ya que el profesional puede ir ajustando e ir observando sus efectos clínicos, de

manera que resulta un método seguro.⁵⁵ Esta técnica permite determinar el tiempo de acción de la droga en relación con el tiempo de duración del tratamiento y proporciona un mayor confort y seguridad.⁵⁶ Uno de los posibles inconvenientes que podría tener esta técnica es la no aceptación de la máscara nasal por los pacientes. Recientemente en un estudio en el que se aplicó un video a niños que se les pondría la máscara nasal con el objetivo de recibir sedación para tratamientos dentales, se obtuvo como resultado una eficacia para reducir la ansiedad dental así como un impacto significativo en la aceptación de la máscara nasal.⁵⁷

El uso de la clonidina fue encontrado en la literatura como alternativa de tratamiento en pacientes que serían sometidos a procedimientos quirúrgicos en estomatología; se plantea que estabiliza y favorece el comportamiento de los signos somáticos de la ansiedad con mínimos efectos secundarios.⁵⁸

La pasiflora logró reducir la ansiedad en pacientes que serían sometidos a tratamiento periodontal y presentaban ansiedad moderada, alta y severa.⁵⁹

Aunque la literatura consultada no recoge el uso del clordiazepóxido, ni antihistamínicos, este es indicado en muchas ocasiones por los profesionales cubanos para el control de los pacientes que refieren sentir alteración de sus emociones ante la atención estomatológica o para aquellos no cooperadores.

El midazolam y el óxido nitroso en combinación con oxígeno son los más utilizados; resulta más marcada su aplicación en niños a pesar de que en Cuba este último no está disponible en los servicios y clínicas estomatológicas.⁵⁴

CONCLUSIONES

En la interacción dentista-paciente intervienen una serie de variables que determinan que esta relación represente simbólicamente el encuentro entre dos personas, una de las cuales dispone de un poder superior a la otra. Es así como se generan fenómenos de dependencia y/o de ansiedad, lo que claramente dificulta la toma de conciencia del paciente de su responsabilidad en el cuidado de su salud oral. Por lo tanto, la forma que adopte esta relación tiene implicancias no sólo en la atención individual, sino repercusiones a nivel de salud pública. Es necesario seguir desarrollando investigaciones que aumenten el conocimiento en esta área para disponer de mejores herramientas para reorienten la dinámica dentista-paciente de modo de favorecer un mejor nivel de salud oral en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisdorfer (Ed.), *Models for clinical psychopathology*.
2. Alonso-Fernández, F. (1997). *Psicopatología del trabajo*. Barcelona: Edikamed.
3. Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
4. Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires, Argentina: Cía. Gral. Fabril.
5. Selye, H. (1974). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61, 692-699.
6. Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
7. Miller, T. W. (ed.) (1997). *Clinical disorders and stressful life events*. Madison, CT: International University Press
8. Basowitz, H., Persky, H., Korchin, S. J. & Grinker, R. R. (1995). *Anxiety and stress*. New York: McGraw-Hill
9. White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
10. Burchfield, S. R. (1979). The stress response: A new perspective. *Psychosomatic Medicine*, 41, 661-672.
11. Mcgrath, J. E. (1970). A conceptual formulation for research on stress. In J. E. Macgrath, *Social and psychological factors in stress* (pp. 10-21). New York: Holt Rinehart and Winston.
12. Blanco, A. A. (1986). El estrés ambiental. In F. Jimenez Burillo & J. I. Aragonés. *Introducción a la psicología ambiental* (pp. 229-249). Madrid: Alianza Psicología
13. Cox, T. (1978). *Stress*. Baltimore: University Park Press.

14. Kals, S. V. (1978). Epidemiological contributions to the study of stress. In C. L. Cooper & R. L. Payne (Eds.), *Stress at work* (pp. 3-48). New York: John Wiley and Sons.
15. Selye, H. (Ed.). (1980). *Selye's guide to stress research*. New York: Van Nostrand Reinhold
16. Novaco, R. W. & Vaus, A. (1985). Human stress: A theoretical model for the community-oriented investigator. In E. C. Susskind & D. C. Klein, *Community research*. New York: Praeger Press.
17. Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852
18. Turcotte, P. (1986). *Calidad de vida en el trabajo: Antiestrés y creatividad*. México, D.F.: Trillas.
19. Campas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
20. Lewen, M. K. & Kennedy, H. L. (1986, August). The role of stress in heart disease. *Hospital Medicine*, 125-138.
21. Martínez Sánchez, F. & García, C. (1995). Emoción, estrés y afrontamiento. In A. Puente (Ed.), *Psicología básica: Introducción al estudio de la conducta humana* (pp. 497-531). Madrid: Pirámide.
22. Fernández-Abascal, E. G. (1995). El estrés. In E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
23. Cockerham, W. C. (2001). *Handbook of medical sociology*. New York: Prentice-Hall.
24. Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
25. Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.

26. Holmes, T. H. & Rache, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-318.
27. Lader, M. H. (1971). *Society, stress and disease*. Oxford: Oxford University Press.
28. Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body* (2nd. ed) . New York: Norton.
29. Alexander, F. (1962). *La médecine psychosomatique*. Paris: Payot.
30. Ursin, H. (1979). Personality, activation and somatic health, en coping and health. In S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health* (pp. 259-289). New York: Plenum
31. Ursin, H. (1982). The search of stress markers. *Journal of Psychology*, 1, 165-169.
32. Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
33. Brown, G. W., & HARRIS, T. O. (1989). *The Bedford College life-events and difficulty schedule: Directory of contextual threat ratings of events*. London: Bedford College.
34. Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
35. Mechanic, D. (1978). Stress, crisis, and social adaptation. In D. Mechanic (Ed.), *Medical sociology* (2nd ed., pp. 290-311). New York: The Free Press.
36. Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 352-364.
37. Turner, R. J., Wheaton, B. & Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
38. Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
39. Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.

40. Boekaerts, M., & Röder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21, 311-337.
41. Fernández-Montalvo, J. & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 207-222.
42. Matud, M. P., García, M. A. & Matud, M. J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: Un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Revista Internacional Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 451-465.
43. Moreno-Jiménez, B., González, J. L. & Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 163-180.
44. Trujillo, H. M., Oviedo-Joekes, E. & Vargas, C. (2001). Avances en psiconeuroinmunología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 413-474.
45. Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P. & Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 165-178.
46. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
47. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
48. Melgosa, J. (1995). Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés! Madrid: Safeliz.

49. Siegrist, J., Siegrist, K. & Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic Herat disease. *Social Science and Medicine*, 22, 247-253.
50. <http://muysaludable.sanitas.es/salud/efectos-sintomas-del-estres-cuerpo/> consultado 26/09/19
51. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/sindrome-de-burnout.html> (consultado 20 octubre 2019)
52. Giberti E. Alerta y Cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. Burnout. Revista de Derecho Penal Integrado- Año II- Nº 3- 2001.
53. Martinez M, Guerra P. Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social. Año 6, Nº 23- 45. 1997.
54. Castañeda Aguilera E, García de Alba García JE. (2012). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en odontólogos mexicanos del sector educativo y privado. Med. segur. trab. 2012;58(228):246-260
55. Wycoff S. (1984). An examination of what dentists already know about stress and burnout within Dentistry. CDA Journal 1984; 12 (12): 114-117
56. Pollack R. (1996). Dental office ergonomics: How reduce stress factors and increase efficiency. J Can Dent Assoc; 62 (6): 508-510.
57. Freeman R, Main J, Burke F. (1995). Occupational stress and Dentistry: theory and practice Part I Recognition. BritDent J 1995; 178 (6): 214-217
58. Turley Kinirons M, Freeman R. (1993). Occupational stress factors in hospital dentists. BritDent J 1993; 175 (8): 285-288.
59. Mondol López M. (2008). Análisis de la prevalencia del Síndrome de Burnout en los odontólogos y sus repercusiones en la salud del

profesional y en la atención bucodental del servicio de odontología en la Clínica Carlos Durán durante el periodo Agosto–Noviembre 2007. Tesis para optar el grado de Maestría, Instituto Centroamericano de Administración Pública, San José, Costa Rica.

60. Arauco Pérez GV, Durand Barreto J. (2008). Síndrome de Burnout en Enfermeras del Hospital Nacional Especializado “Víctor Larco Herrera” 2007. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
61. Feresín C. (2011). Nuevas consideraciones sobre Burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) [Citado 2019 sep 26] Disponible en: www.psi.uba.ar/.../psicologia/...trabajo1/cdcongreso/.../ Efectos de la Globalización en el ámbito laboral de la atención de la salud de sus trabajadores (2005). [Citado 2010 ago08] Disponible en: www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/ambito.pdf
62. López M, Marín D, Campillo J. (2004). El Síndrome de Burnout y su incidencia en odontopediatras. Rev odontológica de Odontopediatría 2004;12(2);63-71.
63. Barraza A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. Rev. de psicología Iztacala 2006;9(3): Odontología y estrés. [Citado 2019 sep 26]). Disponible en: www.medilegis.com/.../Odontologica...ejercicio/ejercicio.htm
64. Bedoya L, Aranceli S, Perea M, Ormeño R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. Rev. Estomatol. Herediana 2006;16(1):15-20.
65. D’angelo P. (2010) Diagnóstico, Prevención y tratamiento del estrés profesional y el Burnout del odontólogo. [Citado 2019 sep 26]. Disponible en: www.patriciadangelo.com.ar/.../stressyburnout.htm Estrés laboral. [Citado 2011 ene 13]. Disponible en: www.fade.es/prevencion/22estres.pdf Castañeda Aguilera E, García de Alba García

- JE. (2012). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en odontólogos mexicanos del sector educativo y privado. *Med. segur. trab.* 2012;58(228):246-260.
66. Moreno B, Oliver C y Aragoneses A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral, en Buela-Cassal G. y Caballa V.E. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Pp. 271-284. Madrid: Siglo XXI.
67. Atance Martínez JC. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública* vol.71n.3 Madrid. 1997. [acceso 27 de septiembre de 2019]. Disponible en: www.scielo.org
68. Perel de Goldvarg N. El estrés y el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la Interdisciplina*. 2000, 17/18.
69. Maslach C; Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* Vol. 2.99-113 (1981).
70. Moreno Jiménez B. y col. "La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Rev. Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. Madrid. 1997; 13:2,185-227.
71. Caplan. Citado en Zaldúa G. Lodieu MT. El síndrome de Burnout. El desgaste profesional de los trabajadores de la salud. En Domínguez Mon A, Federico A, Findling L, Méndez AM. *La salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Dunken, 2000.
72. Guerrero E. (2015). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del quemado. Disponible en: www.rieoei.org/deloslectores/052Barona.PDF
73. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y

- recomendaciones para la intervención. 2001. [acceso: 1 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.psycologia.com/articulos/ar-pgil.htm>
74. Elani H, Allison P, Kumar R, Mancini L, Lambrou A, Bedos C. A systematic review of stress in Dental Students. *J Dent Educ* 2014;78:226-42
75. http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/44/44_DelaLlata.pdf
76. BARRAZA MACÍAS, A. (2005). El estrés académico en los alumnos de postgrado de la Universidad Pedagógica de Durango. Memoria electrónica del VIII Congreso Nacional de Investigación Educativa.
77. Medicina tradicional China. Exploración de los Síndromes. Madrid: Fundación Europea de Medicinas Alternativas; 2005.
78. Mazadiego T, Reboredo S. La musicoterapia como alternativa para disminuir la ansiedad de lactantes. *Revista de Educación y Desarrollo [Revista internet]* 2008. [acceso 20 de octubre de 2019]: 1-9
Disponible en:
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/8/008_Mazadiego.pdf
79. Palacios J. El concepto de musicoterapia a través de la historia. *Revista universitaria de formación del profesorado [Revista internet]* 2001. [acceso 20 de octubre de 2019]; 42: 19- 31. Disponible en :
<https://www.scribd.com/document/154277789/el-concepto-demusicoterapia-a-traves-de-la-historia>
80. Rever B. Arts C. What is music therapy persons who have special needs. It does not claim to cure in the medical sense, but rather [Internet] 2012. [acceso 20 de octubre de 2019] Disponible en:
http://kevinroddy.info/2012/music/papers/BarbReueronMT_READ.pdf.
81. Scarpetta G, Ángela R, Arismendy D, Sosa C, Johana L, Vargas P et al. Musicoterapia para el manejo de ansiedad odontológica en niños con síndrome de down. *Redalyc [Internet]* 2012. [acceso 20 de

octubre de 2019]; 17(2): 13-24. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a02.pdf>

82. Jimeno G, Castellano B, Martínez S, Gómez P, Dalmau L. Manejo de la conducta mediante medios audiovisuales. Univ Intern de Catalunya [Revista internet] 2015.[acceso 21 de octubre de 2019]; 12(2):12-20. Disponible en:
http://www.odontologiapediatrica.com/documentos/revistas/articulos/71_F.%20Guinot%20Jimeno.pdf
83. Pérez AM. Estomatología Conservadora. T 3. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990
84. Sarrión Navarro B. Dolor Dental. Dolor [serie en Internet]. 2001 [citado 20 oct 2019]; 22 (3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.cdh.org/index_asp2Trk=header.
85. SansanoMagnani S. Relevancia del dolor en el diagnóstico endodóntico. Dolor [serie en Internet]. 2001 [citado 20 octubre 2019]; 47 (9):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
<http://www.carlosboveda.com/odontologosFoldes/odontool/invitado15.htm>
86. Bellon Leiva S, Aldana Bellon Y, Echevarria Cano O. Actualización terapéutica en la aplicación de la medicina natural y tradicional. Rev Cubana MedNatTrad[serie en Internet]. 2005 [citado 30 octubre 2019]; 67 (3):[aprox. 11 p.].
87. Digitopuntura. Rev Cubana MedNatTrad[serie en Internet]. 2008 [citado 20 octubre 2019]; 45 (6):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://www.proyectopo.org/1-verdad/digitopuntura.htm>
88. Torres Álvarez A. Acupuntura y Medicina Tradicional Asiática. Rev Cubana MedNatTrad[serie en Internet]. 2005

[citado 20 oct 2019]; 46 (3): [aprox. 30 p.].

Disponibile

en:

http://www.sld.cu/sitios/libros/manual_acupuntura_asiatica/indice_pht

m

89. Marilú S, Paúl A, Luis R. Efecto del Aceite Esencial de Melissa Officinalis L. "Toronjil". Y Meditación Mindfulness en niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. In *Crescendo*. 2016; 7(1):21-30.
90. Marcia A, Edgar P, Paola F, Pedro V, Mery R, Paulette L, Claudia C, Carolina M, Bárbara G, Paulina I. Efectos de la Aromaterapia en el Servicio Medicina del Hospital las Higueras, Talcahuano Chile. *Revista BLACPMA*. 2006; 5(4):84.
91. Quiroz J, Melgar R. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. *Revista Estomatológica Herediana* 2012; 22(2). <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/137/112?fbclid=IwAR3XzG6ejj4TE240CmRPbCl0o6XYxeT-GMKoaygGNxPjGfCsXTckfL3Uy74> (último acceso 20 octubre 2019)
92. Peter y Kate Damian. *Aromatherapy: Scent and Psyche: Using Essential Oils for Physical and Emotional Well-Being*. Primera edición. Estados Unidos. HealingArtsPress 1995 <https://www.amazon.com/Aromatherapy-Essential-Physical-EmotionalWell-Being/dp/0892815302> (último acceso 20 octubre 2019).
93. Cristina López Días. *El tratamiento de la ansiedad a través de las terapias naturales [disertación]*. España: Curso auxiliar de SPA y terapias manuales para el sector hotelero; 2009-2010.
94. Aromaterapia en el consultorio dental. <https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/2899/aromaterapia-en-elconsultorio-dental> (último acceso 20 octubre 2019)

REFERENCIA DE IMÁGENES

1. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>
2. http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4-tema-8-2-2
3. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/vola-90/estresyenfermedad2/>
4. <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>
5. <https://www.portaleducativo.net/tercero-medio/44/efectos-del-estres-en-la-homeostasis>
6. <https://habitualmente.com/estrategia-para-combatir-el-estres/>
7. <https://blog.4talent.cl/2019/04/29/el-estres-cronico-es-un-enemigo-silencioso/>
8. Martínez M, Guerra P. Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social. Año 6, N° 23- 45. 1997.
9. <https://salud.asepeyo.es/pacientes/burnout-laboral-o-sindrome-de-desgaste-profesional/>
10. http://kevinroddy.info/2012/music/papers/BarbReueronMT_READ.pdf.
11. <https://www.theclinic.cl/2014/10/29/las-pellejeras-de-la-carrera-mas-cara-de-chile/>
12. <https://acupunturaenxalapa.com.mx/>
13. <https://www.casadellibro.com/libro-musicoterapia-dela-teoria-a-la-practica/9788449325236/1836895>
14. Venham L, Bengston D, Cipes M. Children's response to sequential dental visits. J Dent Res [Internet] 1977. [acceso 20 de octubre de 2019]; 56(5): 454-9. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00220345770560050101>

15. <https://ventanademomy.blogspot.com/2011/02/la-digitopuntura-y-los-masajes-de-pies.html>