

31961 III
2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS EN PACIENTES ODONTOLÓGICOS COMPARANDO SU EFECTIVIDAD CON DOS DISTINTOS TERAPEUTAS

EJEMPLAR UNICO

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

P R E S E N T A

PALMA DOLORES FRANCO CHÁVEZ



IZTACALA

**DIRECTOR DE TESIS:
MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO**

LOS REYES IZTACALA, 2003

**TESIS CON
FALLA EN ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN DISCONTINUA

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

Índice general

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	III
Introducción	VII
1. Antecedentes Históricos	1
1.1. Europa	1
1.1.1. El arte dental	1
1.2. Estados Unidos de Norteamérica	2
1.2.1. Nacimiento de la Odontología	2
1.3. Enseñanza en México	4
2. Estrés y afrontamiento	9
2.1. Estrés	9
2.1.1. El trabajo de Walter Canon como un antecedente	10
2.1.2. El modelo de Hans Selye	10
2.1.3. El estrés desde la perspectiva de la Psicología	16
2.1.4. La evaluación	17
2.1.5. Afrontamiento	19
3. Estrés en la consulta dental	27
3.1. Consideraciones sobre el AIE	31
3.1.1. Conceptualización	33

3.1.2.	Fase de adquisición y práctica de habilidades	34
3.1.3.	Fase de Aplicación y consolidación	36
4.	Aplicación del programa	37
4.1.	Objetivo	37
4.2.	Hipótesis	38
4.3.	Método	38
4.3.1.	Sujetos	38
4.3.2.	Escenario	38
4.3.3.	Instrumentos	39
4.4.	Procedimiento	40
4.4.1.	Primera Fase: Conceptualización	41
4.4.2.	Segunda fase: Adquisición de habilidades y fase de ensayo	41
4.4.3.	Tercera Fase: Consolidación	42
5.	Resultados y conclusiones	43
5.1.	Análisis de resultados	43
5.2.	Conclusiones	48
A.	Cuestionarios	51
	Bibliografía	55

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UN
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción

En la práctica dental, ya sea en la consulta general o en la de las distintas especialidades, se ha observado que un gran número de dentistas se enfrentan diariamente con pacientes que llegan a la consulta mostrando signos de inquietud o temor en algunas ocasiones, incluso los pacientes llegan con dolor, el uso del anestésico es sin duda de gran ayuda, ya que entonces se le puede decir al paciente "no le va a doler", "no tenga miedo" sin embargo, el temor al dolor no es el único motivo generador de estrés, existen muchas situaciones que originan que los pacientes tengan la sensación de ansiedad o temor, esta situación también podría ser solucionada con fármacos que tuvieran un efecto tranquilizante o ansiolítico, se le indica al paciente que tome el medicamento antes de la consulta, resolviendo así el problema de la ansiedad; sin embargo sabemos que no hay fármacos que sean completamente seguros, además de que no todos los pacientes aceptan esta indicación.

En las últimas décadas en el área de la Psicología a partir de las corrientes cognitiva y conductual, ha surgido un nuevo enfoque: la Psicología de la Salud, que es una alternativa para disminuir la ansiedad en estos pacientes sin la utilización de estas sustancias químicas. Un número considerable de dentistas no cuenta con el entrenamiento o con el tiempo para tener un manejo integral del paciente, en donde uno de los objetivos estuviera dirigido a disminuir los niveles de ansiedad que presentan estos pacientes.

El presente trabajo pretende vincular el trabajo del cirujano dentista, con los pacientes que están en tratamiento dental y un tipo de terapia cognitivo-conductual, que es un enfoque de tratamiento clínico que pretende modificar la conducta, influyendo sobre los procesos cognitivos del paciente y que está encaminado a disminuir respuestas incorrectas mediante un programa en donde se desarrollen habilidades de afrontamiento.

En el primer capítulo se presentan algunos datos históricos, que pretenden

explicar la evolución de la práctica dental desde la antigüedad hasta nuestros días y como es que en la actualidad predomina en la enseñanza de esta disciplina el modelo hegemónico de la medicina. El segundo capítulo trata del estrés y el afrontamiento, se presenta una revisión de los modelos que sirven como marco teórico al trabajo realizado en la clínica.

En el capítulo tres, se relatan algunos trabajos en la consulta dental que tienen que ver con la terapia cognitivo-conductual, además de presentar las características del Adiestramiento en Inoculación de Estrés.

El capítulo cuatro presenta el procedimiento del trabajo experimental que se realizó en la clínica odontológica de la FES Iztacala.

En el capítulo cinco, los resultados y las conclusiones que se obtuvieron en la aplicación del programa de adiestramiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

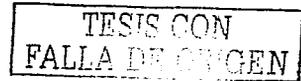
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo 1

Antecedentes Históricos de la práctica dental

Este capítulo trata de encontrar la explicación del origen de la escotomización que hay en la práctica dental con respecto a la percepción del paciente al someterse a un tratamiento; y para esto nos remontamos hasta el origen de los procedimientos dentales.

1.1. Europa



1.1.1. El arte dental

A través de la historia de la humanidad el hombre siempre ha buscado explicación y solución a los problemas de salud. Los problemas de salud bucal han sido de los más frecuentes y los encargados de resolverlos han tenido diferentes características a lo largo de la historia. En Europa en la Edad Media una práctica que se aplicaba con frecuencia fue la sangría, que se realizaba haciendo incisiones en los vasos sanguíneos para provocar así, pérdida de sangre, la cual representaba uno de los humores descritos por Hipócrates, la sangría entonces era una manera de deshacerse del "mal". Eran los barberos, los que además de su quehacer propio, ejercían ésta práctica y por eso eran llamados flebotomianos, además hacían también extracciones, así que se podrían considerar como un antepasado de los dentistas. La práctica dental entonces era ejercida por los llamados flebotomianos o por los médicos

cirujanos. Es en el siglo XVII cuando la práctica dental empieza a separarse de la medicina; es en el siguiente siglo cuando aparecen los dentistas charlatanes que además de dar atención dental en plazas públicas daban algún espectáculo para entretener y llamar la atención de la gente.

En el siglo XVIII, los dentistas piden a la autoridad que para poder ejercer la práctica dental, debe haber un examen que los interesados tendrían que sustentar, esto se logró en una mínima medida ya que los charlatanes no desaparecían. Es en el año de 1728 cuando Pierre Fauchard publica un tratado en dos tomos, *Le chirurgien dentiste* (El cirujano dentista) (Díaz, 1994), a este hecho se le considera como el comienzo de una nueva era en la profesión dental. A finales del siglo es cuando en Francia hay un desarrollo en la profesión dental que se extiende en Europa, sobre todo en Alemania e Inglaterra, que es donde la dentistería tiene sus mayores avances, en España estos avances llegan a finales del siglo XVIII; es a principios del siglo XIX se enriquece con varias publicaciones y en 1875 se funda la primera escuela dental española que era privada y para obtener el título de cirujano dentista, los alumnos tenían que revalidar sus estudios en la Facultad de Medicina de Madrid.

En la revisión de estos antecedentes no se encuentran referencias en cuanto a el temor, ansiedad, angustia que pudieran haber tenido los pacientes en esta época, o sobre la decisión que tendrían que haber tomado con respecto a seguir padeciendo una afección con dolor dental, o enfrentar la tortura que representaba la atención de su problema dental. Por otro lado, ¿Cuál puede haber sido la percepción de quienes iniciaron la práctica dental con respecto al temor del otro? Muy seguramente paliarlo o tratar de ayudar a resolver el problema con los medios que en ese entonces tenían a su disposición. Tendríamos también que considerar que la percepción del dolor era distinta, en esa época en donde no se conocía aún el efecto de un anestésico; en donde se trataba de que el procedimiento fuera lo más rápido y de esta manera tratar de evitar prolongar el sufrimiento del paciente.

1.2. Estados Unidos de Norteamérica

1.2.1. Nacimiento de la Odontología

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1620 llegan a las colonias norteamericanas, tres barberos procedentes de Inglaterra, en esta época la mayoría de la gente en las colonias atendía sus

problemas dentales con remedios caseros, cuando estos remedios fallaban y se tenía que extraer el diente, esta tarea era realizada por el médico, el dentista o el barbero. A finales del siglo XVIII llegan a Estados Unidos una gran cantidad de inmigrantes europeos, entre ellos varios dentistas que aportaron los avances de la práctica dental europea a la incipiente dentistería estadounidense. El primer dentista nacido en los Estados Unidos aprende el oficio trabajando con un dentista francés, contribuye a la odontología construyendo el primer sillón dental, a una silla común le puso respaldo ajustable y una repisa para poner los instrumentos. Francia había sido el país de vanguardia en el avance de la profesión dental, pero los problemas que el país tuvo después de la revolución francesa frenaron este desarrollo, así que el liderazgo de los avances en la profesión dental paso ahora a los Estados Unidos que comienza su vida independiente, y el gobierno estimulaba a los investigadores o los inventores de cualquier campo, lo que favoreció grandemente a la profesión. A principios de del siglo XIX todavía no existía una enseñanza escolarizada, los dentistas, podían obtener su diploma después de haber obtenido una práctica tutorial con un dentista reconocido, y posteriormente sustentar un examen en la Escuela de Medicina.

En 1840 se inaugura la primera escuela dental del mundo, el Baltimore College of Dental Surgery (Diaz,1994); a partir de este hecho surge una gran cantidad de escuelas dentales en Estados Unidos y posteriormente en el mundo. Es Estados Unidos el país que se mantiene en el primer lugar del desarrollo de la odontología en el mundo. También las asociaciones dentales proliferan en este país; es 1859 cuando la American Dental Association propone un código de ética profesional. Esta asociación perdura hasta nuestros días.

Es en las últimas décadas del siglo XIX en Estado Unidos donde surge uno de los adelantos más importantes para la práctica dental: el empleo de los anestésicos. Los primeros anestésicos utilizados fueron preparados como protóxido de ázoe, el cloroformo y el éter. Aunque en forma casi empírica, la anestesia dio un giro a la profesión dental, pues eliminó el dolor durante el procedimiento operatorio, que era una de las principales causas del temor del tratamiento dental. La percepción del dolor no ha sido siempre la misma, ha cambiado dependiendo de los diferentes momentos históricos, y de las distintas situaciones, es por eso que el uso de los anestésicos cambia de forma muy importante la práctica dental ya, que se resuelve el problema del dolor, que está muy relacionado con el temor que sienten la mayoría de los individuos a

someterse a los procedimientos para resolver problemas dentales; el uso de los anestésicos entonces resuelve de una forma parcial este problema del temor, decimos que de forma parcial ya que no solamente existe el miedo a sentir dolor, sino hay infinidad de sensaciones que se experimentan al enfrentar en este caso específico un tratamiento dental.

1.3. De la enseñanza no formal a la enseñanza formal en México

En México prehispánico, los mayas evitaban el dolor de la trepanación dental ingiriendo infusiones de hierbas o colocando polvos de estas mismas dentro de las cavidades en preparación (Barquín, 1975); en otras culturas era combatido con una raíz llamada chilmeatl utilizado como anestésico, con la llegada de los españoles, no cambia la atención dental del pueblo, que seguía siendo realizado por el dentista indígena que aun en la colonia, siguió empleando tratamientos mágicos y botánicos; los españoles eran atendidos de sus afecciones dentales por médicos cirujanos, boticarios y barberos flebotomianos, llegados también de España, todos estos tratamientos basados en la teoría humoral de la medicina hipocrática. En esta época los flebotomianos y los barberos eran los encargados de hacer sangrías y extracciones dentales; con el movimiento de la ilustración se realizaron cambios en la profesión dental mexicana, este cambio llegó con una ordenanza del virrey Joseph de Azanza que impuso un reglamento en cuanto al ejercicio de la flebotomía, a los barberos que les prohibía seguir ejecutando tratamiento s propios del arte flebotomiano: "A partir del 29 de marzo de 1799, todo aquél que quisiera dedicarse a realizar sangrías y extracciones dentales, tendría que pasar un examen ante el protomedicato" (Díaz, 1994). Anteriormente, los flebotomianos tenían que registrarse para ejercer legalmente, disposición que no acataban. Este fue uno de los primeros pasos para dignificar el oficio dental, tradicionalmente ejercido por empíricos y separarlo para siempre de los barberos. Aquél que quisiera ejercer el oficio de flebotomiano presentaba un examen ante el protomedicato, y presentando por un lado una carta de buena conducta del solicitante y una segunda en donde hacía constar que el aspirante había practicado la flebotomía con un maestro licenciado.

En 1840, el Establecimiento de Ciencias Médicas, cambió su nombre (Flores y Troncoso, Francisco de Asís, Historia de la Medicina en México, IMSS,

1982); al de Escuela Nacional de Medicina, la junta departamental de esta escuela, preparó un ordenamiento anual que reglamentaba los estudios, exámenes y el ejercicio de las profesiones médicas, la ordenanza de esta fecha es importante para la profesión dental, dado que en ella se acordó examinar a los dentistas y a los aspirantes, otorgándose por primera vez en México el título de Dentista (Sanfilippo, José, 1981).

A su vez, la Facultad Médica del Distrito Federal, se transformó en el Consejo Superior de Salubridad, que tendría a su cargo la vigilancia y la reglamentación de todo lo relacionado con la salud.

En 1842 se publicó un nuevo ordenamiento relativo al ejercicio de la medicina, que en nada varió los exámenes a los dentistas, los exámenes incluían tres sinodales en lugar de cinco, como en Medicina, en un día y no en dos, como en Medicina, sólo se les preguntaba la parte anatómica que debían saber y la teoría de pequeñas operaciones y se pagaban veintidós pesos en la tesorería de la Escuela de Medicina.

A partir de esta ordenanza se promulga un bando en el cual se publican el nombre y domicilio de los médicos y aparece por primera vez la palabra dentista, que son a los que se les pueden surtir las recetas en las boticas, en la lista aparecen seis dentistas citados con calificativos como Doctor y seis flebotomianos, posteriormente, el Consejo Superior de Salubridad publicó un nuevo bando en donde se nota que la odontología de importación le está ganando la pelea al oficio de barbero flebotomiano, el bando trae una lista de cinco flebotomianos y ocho dentistas extranjeros titulados en México.

En 1846, el Consejo Superior de Salubridad publicó un reglamento que restringe a los flebotomianos a sólo extraer dientes y muelas.

En el siglo XIX, empiezan a llegar al país cirujanos dentistas extranjeros, principalmente de Estados Unidos y Europa, esto trae como consecuencia la pronta extinción de los flebotomianos, debido a que este oficio no encajaba ya en la medicina con bases científicas, esta inmigración de dentistas se ve favorecida por el poco obstáculos que encontraban en México y la competencia que seguía siendo escasa.

En 1889 el Doctor Ricardo Crombé, primer dentista titulado en México, en su carácter de presidente de la Sociedad Dental Mexicana, envía una carta al presidente Porfirio Díaz, en la que le pide su consentimiento para la creación de una escuela dental en el país, argumentando el deseo de mantener

entre los miembros de la facultad dental la honorabilidad y el carácter que debe tener todo individuo poseedor de un título profesional.

Para entonces, ejercer el arte dental, bastaba solicitar el examen dental, en la escuela de medicina y acompañado de un certificado en el que se hacía constar un ejercicio de dos años en el gabinete de un dentista titulado. El examen se llevaba a cabo con un jurado compuesto por médicos, que a pesar de la gran honorabilidad que ostentaban, no se trataba de la misma profesión. Esta carta fue decisiva para que el presidente Díaz brindara el apoyo requerido.

En noviembre de 1901 (Sanfilippo, 1981), el director de la Escuela Nacional de Medicina, Dr. Eduardo Liceaga, solicitó a los representantes de la Sociedad Dental que formularan el programa científico para la Carrera de Cirujano Dentista, este programa fue sometido a la Cámara de Diputados, y el 12 de febrero de 1902, se aprobó la creación de la escuela que llevaría por nombre Consultorio Nacional de Enseñanza Dental.

El 19 de abril de 1904, se inaugura la primera escuela dental de la República, la creación del Consultorio Nacional de Enseñanza Dental marcó el inicio de la profesión odontológica escolarizada en México, dejando atrás las viejas prácticas empíricas de los flebotomianos.

El Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, quedó instalado en la calle de la Escondida 1 y 2, hoy calle de Ayuntamiento, esquina con Lázaro Cárdenas, y fue dependiente en un principio de la Escuela de Medicina.

Esta primera escuela fue planeada como la Escuela Dental de París, también se tomaron como modelo escuelas dentales en Estados Unidos, de donde se trajeron los planes de estudio que servirían como base a la primera escuela dental mexicana.

En donde las materias básicas como anatomía, histología, fisiología e higiene se impartirían en la Escuela de Medicina, mientras que asignaturas como Clínica Dental I, Prótesis I, Química Metalúrgica, Clínica Dental II, Prótesis II, Patología de la Boca y sus Anexos, Clínica Dental III, Cirugía Dental, Prótesis Coronas y Puentes que se impartirían en tres años y que eran las materias odontológicas se cursarían en el Consultorio de Enseñanza Dental.

Lo que podemos observar es que en el material revisado, vuelve a quedar velado el sentir del individuo ante el tratamiento dental, independientemente

del temor que causaba el dolor, pues en esta época ya se contaba con el beneficio de la anestesia que resolvía de forma parcial el temor de los pacientes.

Podemos preguntarnos ¿Hasta donde la forma en la que se desarrolló la práctica dental, primero en Europa y posteriormente en Estados Unidos influyó en la consideración del problema generado por el temor, la angustia, la ansiedad que representaba enfrentarse a las acciones de barberos, charlatanes sacamuélas, y finalmente de los cirujanos dentistas?

En la práctica dental este desarrollo fue determinante para el enfoque que se dio a la práctica ya que, la necesidad de resolver los problemas dentales, en el tiempo más corto posible, que la atención fuera lo más rápida y expedita, condujeron al desarrollo de la técnica de procedimientos primero; y después al desarrollo de la ciencia principalmente biológica; dejando de lado el área psicológica del individuo.

Este trabajo trata de abordar este punto al que no se ha dado la suficiente importancia, considerando la sensaciones de ansiedad que se pueden generar en los pacientes que están bajo tratamiento dental, desde un enfoque psicológico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Capítulo 2

Estrés y afrontamiento

Este capítulo tiene como intención presentar algunos modelos de estrés, sus mecanismos generadores, la influencia que tiene sobre la salud, así como el afrontamiento, que es un tema íntimamente relacionado con el estrés.

2.1. Estrés

En el siglo pasado se despertó el interés por la relación que se encontró entre algunas enfermedades y respuestas fisiológicas exageradas del individuo; a este estado especial del organismo los investigadores le llamaron estrés. Actualmente el término estrés se escucha con frecuencia en las conversaciones coloquiales o se encuentra en la lectura de diferentes disciplinas. Sin embargo en el área de la salud, en medicina y en psicología la definición ha representado dificultades ya que se han originado un gran número de conceptos acerca de este término lo que dificulta su total conceptualización.

Algunas referencias históricas en este campo las encontramos desde el tiempo de Hipócrates (Selye, 1993), en el que se hacía referencia a la capacidad que tiene el organismo para recuperar la salud, lo que se reconoció como vis medicatrix, sin embargo en esta época no hay los elementos para describir los procesos fisiológicos que explicaran las reacciones que causaban situaciones en donde las demandas sobrepasaran al individuo, y éste pudiera mantener una situación de adaptación al medio.

Posteriormente en 1879 con Claude Bernard (Selye, 1993), se da un gran avance al señalarse que el medio interno del organismo debe permanecer constante a pesar de los cambios que ocurran en el medio externo; estas investigaciones se extendieron, los investigadores buscaron qué era lo que mantenía esta constancia y podía dar como resultado esos cambios adaptativos.

2.1.1. El trabajo de Walter Canon como un antecedente

En 1932 es el fisiólogo americano Walter Canon (Selye, 1980), quien sugiere el término de homeostasis para denominar los cambios fisiológicos que ocurren para que se mantenga la constancia del medio interno en el organismo; y considera al estrés como una "perturbación de la homeostasis" proponiendo que se presentan cambios ante lo que llama agentes nocivos o demandas del entorno, como un ejemplo, los cambios de temperatura que se dan en el medio externo no implican un cambio en la temperatura corporal ya que ésta se mantiene constante, otra de las características de este proceso es que estos cambios pueden cuantificarse

Walter Canon propone que se desencadenan mecanismos fisiológicos en algunas situaciones, como por ejemplo hambre, sed, hemorragias, cambios de temperatura corporal, cambios en los niveles de glucosa en la sangre, e incluso en situaciones de ira o de dolor, en donde lo que ocurre es que hay una estimulación del sistema nervioso simpático que a su vez estimulará una descarga de las glándulas suprarrenales que liberan su secreción en situaciones de emergencia, y estas sustancias tienen efectos sobre el sistema cardiovascular y preparan al cuerpo para huir o para pelear.

2.1.2. El modelo de Hans Selye

Otro de los investigadores que se dedicó al estudio de estas respuestas adaptativas fue el doctor Hans Selye quien en un inicio de su carrera observó que los pacientes presentaban signos como pérdida de peso y del apetito, disminución en la fuerza muscular, ausencia de ambición, y que estos signos se presentaban de forma constante en situaciones inespecíficas, a lo que él llamó "síndrome de estar enfermo".

En estudios posteriores Selye, 1936 en (Selye, 1980), y sus colaboradores en trabajo de laboratorio, buscando una nueva hormona de ovario, inyectan extracto de ovario de ganado vacuno, a ratas y lo que descubren es que se presentan tres tipos de cambios.

- La corteza de las glándulas suprarrenales aumentaron de tamaño y se hicieron hiperactivas.
- El timo, el bazo y las otras estructuras linfoides disminuyeron su tamaño.
- Aparición de úlceras profundas y sangrantes a nivel gastrointestinal. La conclusión fue que había interdependencia en estos cambios y que por esta razón podía describirse un síndrome, ya que independientemente del origen de las sustancias tóxicas la respuesta era la misma.

Otro descubrimiento importante a partir de este estudio fue que se producían estos mismos cambios cuando se sometía al organismo a frío, calor, infección, trauma, hemorragia, irritación nerviosa y muchas otras situaciones, lo que hizo que el doctor Selye relacionara el resultado de estos estudios con lo que él había observado en los pacientes al inicio de su carrera, o sea que no solamente la presencia de signos clínicos en los pacientes era similar sino que también había respuestas fisiológicas como el ensanchamiento de la corteza adrenal, la presencia de úlceras gastrointestinales y la disminución del tamaño en el tejido linfóide se presentaba de forma constante.

Los resultados de estos estudios empezaron a ser reconocidos como indicadores de estrés y dieron las bases para el desarrollo del concepto.

Inicialmente a la interrelación de todos estos cambios se le consideró como un síndrome que era causado por diversos agentes y fue lo que posteriormente se conoció como Síndrome General de Adaptación (1936) en (Selye, 1993), que se considera de naturaleza trifásica, en donde la primera fase se considera como una reacción de alarma del organismo, que representa una forma de defensa. También se demostró en el laboratorio que esta reacción de alarma no puede mantenerse de forma permanente ya que si el agente es muy nocivo y la exposición prolongada, esto es incompatible con la vida y durante la reacción de alarma el animal muere, si lograra sobrevivir estaría entonces en una segunda fase, un estado denominado de resistencia en donde las manifestaciones son generalmente opuestas al estado de alarma. Un ejemplo de esta

situación es que en estado de alarma hay hemoconcentración, hipocloremia y en general un estado de catabolismo tisular; y en el estado de resistencia hay hemodilución, hipercloremia, y anabolismo tisular, la tendencia es regresar a la "normalidad" al organismo.

Después del estado de resistencia el animal entró en una tercera fase que fue un estado de agotamiento que resultó acorde con lo severo del estímulo y también con el tiempo de exposición.

A partir de estos descubrimientos se investiga la participación hormonal en el estrés; y se han identificado los mensajeros de las señales de alarma, que se propone sean sustancias liberadas por las propias células durante la actividad o daño. Estas señales de alarma pueden utilizar como vías para transportarse, el sistema cardiovascular (sangre), el sistema nervioso o ambos. La presencia de estos mensajeros queda demostrada por los efectos que causan, la liberación de hormonas, la involución de los órganos linfoides el aumento de la corteza adrenal, la sensación de fatiga y otros signos de estrés.

El mecanismo que se propone es, que un primer mediador estimula en el hipotálamo a fibras nerviosas que funcionan como puente entre el sistema nervioso y el sistema endócrino, en donde las señales nerviosas tienen efecto sobre células neuroendócrinas que permiten que se secrete el factor liberador de la hormona corticotrópica (CRF), el cual estimula a la hipófisis para que ésta libere hormona adrenocorticotrópica (ACTH) hacia el torrente circulatorio. La ACTH tiene como órgano blanco a la corteza adrenal, a la que estimula para que secrete glucocorticoides como cortisol o corticoesterona, sustancias que promueven la gluconeogénesis, que aporta la energía que el organismo ocupa para las reacciones adaptativas necesarias para resolver las demandas que ocasiona el agente estresor. Los corticoides también facilitan respuestas de inmunosupresión e inflamatorias, considerándose como pro-inflamatorias ya que estimulan la capacidad de reactividad del tejido conectivo aumentando el potencial inflamatorio en el organismo lo que se considera como una respuesta de defensa en el organismo.

Ante la estimulación de la ACTH a la glándula suprarrenal, también hay la secreción de mineralocorticoides como la desoxicorticoesterona y la aldosterona que se encargan de la regulación del metabolismo hidroelectrolítico.

En la respuesta fisiológica de estrés otro mecanismo que ocurre al mismo tiempo que la liberación de las hormonas de la corteza adrenal, es la secreción en la médula de la glándula adrenal de las catecolaminas: adrenalina

y noradrenalina, que activan mecanismos de adaptación general por ejemplo en el sistema cardiovascular hay receptores especiales para la adrenalina, cuándo estos receptores son estimulados se aumenta la frecuencia cardiaca, se aumentan los valores de la presión arterial, la circulación periférica a nivel muscular. Otro mecanismo que se aumenta con la liberación de la adrenalina es el de la coagulación como una forma de protección por si se produjera un daño que pudiera causar un sangrado excesivo. En las investigaciones de la respuesta fisiológica del estrés los estudios demuestran la importancia que tienen las hormonas secretadas, principalmente en la adenohipófisis y en la glándula adrenal así como en otras glándulas endócrinas para darle al organismo la capacidad de defenderse por si mismo.

El doctor Selye propone que algunas características del estrés son:

- que la respuesta es inespecífica ya que distintas situaciones pueden producir el mismo tipo de reacción fisiológica que es típica en el estrés;
- se considera un estresor al estímulo físico o social que provoque la respuesta de estrés, estando o no involucrados los sistemas nervioso y/o endócrino ya que puede tratarse de una demanda física como en el ejercicio intenso o cuando se padece una infección;
- se ha demostrado la estimulación de la hipófisis durante la respuesta de estrés;
- la liberación de ACTH y consecuentemente la secreción y utilización de los corticoesteroides;
- se considera a un estresor psicológico, únicamente cuando el sujeto lo considera como tal;
- el hecho de que las situaciones de estrés sean diferentes no elimina su inespecificidad, ya que la respuesta siempre está acompañada de efectos específicos, aunque hay factores internos y/o externos que pueden modificar esta respuesta;
- hay que hacer la distinción entre “buen estrés” llamado también eustrés y el “estrés malo” al que también se denomina como distrés, para esta clasificación se toma en cuenta la forma en que el sujeto percibe los eventos;

- se reconocen varios grados de estrés diferentes demandas y diferentes intensidades de la misma demanda y no siempre una reacción igual en el estrés;
- el grado de estrés es importante para causar enfermedad, ya que hay algunas enfermedades que están relacionadas con los efectos del estrés del individuo por ejemplo hipertensión, migraña, insomnio son algunos de estos padecimientos;
- hay pruebas de estrés que pueden resultar útiles para medir el grado de estrés, pruebas que han sido aceptadas en base a la población a la que han sido aplicadas, pero estas pruebas dicen como se comportan los sujetos bajo ciertas circunstancias y no dicen nada de la individualidad del paciente, o las pruebas de estrés basadas en datos estadísticos que lo que muestran son tendencia de crecimiento en cierto tipo específico de poblaciones, estas pruebas pueden utilizarse para ayudar a establecer diagnósticos correctos; y por último Selye propone que se debe distinguir entre técnicas de tratamiento, como biofeedback, relajación o ejercicio físico y la filosofía de vida, menciona que ambos son importantes para los individuos, en relación con el estrés, menciona que la vida sin estrés sería imposible, proponiendo el encontrar una filosofía de vida en la que la forma de conducta permitiera a los individuos no evitar el estrés pero tener forma de arreglárselas para tener una vida larga y saludable.

Desde las primeras investigaciones en que se describía el Síndrome General de Adaptación, hasta la fecha se han hecho muchas investigaciones y descubrimientos sobretodo a nivel hormonal, pues hay muchos endocrinólogos que se han involucrado en el tema. Dentro de este campo se ha descubierto que hay sustancias producidas en el cerebro a las que se les han descrito funciones antiestrés y analgésicas, a estas sustancias se les ha llamado endorfinas. Las endorfinas son un grupo de neuropéptidos, son sustancias opioides sintetizadas por las células nerviosas que se encuentran en el sistema nervioso central, terminaciones nerviosas periféricas, cuerno dorsal de la médula, cerebro medio y tálamo; se piensa que las endorfinas modulan la transmisión del dolor, inhibiendo la acción de otro neuropéptido (la sustancia P). Las endorfinas son neurotransmisores a los que se les describe una acción similar a la de la morfina ya que se les atribuye una modulación en la percepción del dolor

ya la analgesia e incluso de la estimulación eléctrica; cuando hay liberación de la ACTH cortisol y de las catecolaminas se promueve la producción de las endorfinas ya que estas sustancias funcionan como precursores de las beta endorfinas. Actualmente se hacen pruebas que demuestren relaciones de las endorfinas con los cambios de estado de ánimo, analgesia y ejercicio. En el campo del estrés, debido a que el eje hipófisis-suprarrenal esta íntimamente relacionado a esta respuesta adaptativa parece que su intervención es evidente en la modificación del dolor; si hubiera alguna interferencia la respuesta afectada es la tipo opioide de analgesia por estrés, en donde el supuesto es que en la neuroquímica del estrés la serotonina y noradrenalina funcionan como agonistas de dopamina y de la histamina.

Los resultados obtenidos en estas investigaciones han tenido implicaciones en los niveles Sociológico y Psicológico, pero en realidad no clarificaron investigaciones en estos campos; sin embargo el trabajo de Selye ha jugado un papel muy importante en la expansión en los estudios del estrés; el énfasis en éste modelo es por que actualmente en el área médica es el modelo el que se enseña a los estudiantes.

Pero no puede considerarse al estrés en forma lineal, el estrés no es solo una respuesta exagerada ante la presencia de ciertos estímulos, no es una demanda ambiental, sino el conjunto de reacciones que el organismo presenta como respuesta a tal demanda.

EL MODELO DE SELYE. SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN

Conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo

Estímulo nocivo (estresor) → Límbico → Respuestas vegetativa y endócrina neuromuscular

Biológicamente los estímulos (visión, audición, tacto, gusto, presión, temperatura, equilibrio) son conducidos al Sistema Nervioso Vegetativo y a las áreas corticales específicas, como áreas de asociación (memoria aprendizaje) o al sistema límbico (hambre-saciedad, miedo-alegría, sexo).

2.1.3. El estrés desde la perspectiva de la Psicología

En el área de la Psicología en las investigaciones que se hicieron en este campo hubo algunos temas que se estudiaron con especial interés, por ejemplo en la década de los cuarentas y los cincuentas el estudio de la ansiedad tuvo gran influencia, y en esta época hay una sobreposición entre el concepto de estrés y el de ansiedad utilizándose estos términos como sinónimos, pero un evento que resultó determinante en las investigaciones sobre el estrés fue la Segunda Guerra Mundial, la guerra de Corea e incluso la guerra de Vietnam; aunque muchas de estas investigaciones tuvieron el enfoque que Selye dio al estrés, es decir la tendencia de los estudios fue hacia la medición de las reacciones fisiológicas.

Es a partir de los años sesenta que la idea del estrés se va modificando poco a poco, sobretodo en el área de la psicología, se considera que el estrés es inherente a la vida de los individuos y la forma en como se resuelva será de gran importancia en la adaptación humana.

Se ha considerado al estrés con distintas orientaciones; como estímulo, como respuesta o como resultado de las relaciones (individuo-entorno).

La consideración de estrés como estímulo, es cuando un acontecimiento funciona como desencadenante, y es el estímulo el que en realidad es el considerado como causante de estrés . Hay una clasificación de estos estímulos desencadenantes; pueden considerarse como los desastres naturales (que afectan a muchas personas), cuando el acontecimiento afecta a pocas personas o a una sola (como en un divorcio) o cuando el estímulo desencadenante resulta ser del ajeteo diario.

Cuando se considera como respuesta, lo determinante en esta orientación es la respuesta emitida. En medicina se considera al estrés en términos de la respuesta fisiológica por ejemplo Selye que considera un estímulo nocivo cuando éste es capaz de producir cambios que puedan dañar a los tejidos. Sin embargo hay algunos cambios que se producen aún sin que se presente ninguna situación de estrés (por ejemplo en la práctica de ejercicio físico intenso).

Otra de las orientaciones que se plantean y que resulta de la relación que existe entre el individuo y su entorno, propone que el estrés no es unicausal que tiene que haber condiciones especiales en ésta relación que determinaran el estrés y sus consecuencias.

El modelo teórico que se tendrá en cuenta en este trabajo es el modelo transaccional propuesto por Lazarus, en donde un estímulo estresante puede ser cualquier amenaza potencial en el ambiente, la consideración de lo potencial es porque en el modelo transaccional nada por sí mismo es considerado como estímulo desencadenante, más bien cualquier estímulo, no importa si es nocivo o placentero, puede ser visto como cada uno desec; interesante, no amenazante, no dañino etc. Todo depende de la evaluación del acontecimiento para considerarlo como estresor. Este modelo transaccional es importante porque toma en cuenta la cognición humana y permite a los investigadores del estrés entender y explicar un número de situaciones que son difíciles de explicar en otros modelos.

Lo propuesto por Lazarus (Lazarus, 1986 pp.43) "El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" en donde la evaluación cognitiva y el afrontamiento determinan la relación entre el individuo y su entorno.

En este modelo la interacción con el entorno es importante, pero lo es también la evaluación que el sujeto haga de todo este contexto.

2.1.4. La evaluación

Las investigaciones sobre el estrés estuvieron inicialmente basadas en modelos no-cognitivos como el del drive o el del arousal o de activación, pero se comprobó que estos modelos no resultaron muy útiles ya que se demostró fehacientemente que la evaluación modela la reacción del individuo y que esta reacción puede ser distinta en calidad e intensidad ante una misma situación; investigadores como Levin, Weinberg y Ursin en (1978) en (Lazarus, 1986) comienzan cuestionar estos modelos teóricos unidimensionales no cognitivos y tomar en cuenta los modelos cognitivos, en donde el sujeto hace una interpretación subjetiva de las situaciones lo que determina su respuesta emocional y conductual. Pero como la evaluación es subjetiva puede pasar que se afecte la veracidad de la situación, aunque generalmente la evaluaciones corresponden a la realidad, puede ser que la percepción sea diferente a la realidad puesto que hay factores como personalidad, preferencias, necesidades, historia, etc. que pueden influir esta percepción. También por la subjetividad de la evaluación se dice que el planteamiento de esta evaluación

puede ser circular, por ejemplo, una evaluación de amenaza se infiere a partir de lo que manifiesta el individuo, que será lo que él interpretó como amenaza, que estará basado en cómo él interpreta el entorno aunque sus cogniciones no correspondan exactamente a la realidad objetiva. Es así que las reacciones a las demandas se encuentran mediadas por procesos cognitivos, lo que no significa que los estímulos internos por sí solos determinan las evaluaciones sino que es la interacción que éstos tienen con el entorno objetivo y esto es lo que da origen a las evaluaciones cognitivas.

La evaluación cognitiva es un proceso que media entre el afrontamiento y la reacción del sujeto, le da la idea del significado e importancia de la situación para su bienestar y esto es determinante para generación de pensamientos, sensaciones y acciones que siguen a una situación de estrés.

El concepto de evaluación cognitiva propone que el individuo es capaz de determinar las consecuencias que una situación puede provocar.

La evaluación presenta dos aspectos, la evaluación primaria y la evaluación secundaria .

En la evaluación primaria el sujeto interpreta la situación, esta interpretación puede considerarse en tres tipos: irrelevante, benigna-positiva y estresante. La evaluación de irrelevante no resulta muy importante en cuanto al proceso adaptativo ya que el individuo no considera que la situación le genere algún problema; sin embargo son valiosas en la cognición para catalogar las situaciones. Las evaluaciones benigno-positivas se dan cuando el individuo evalúa la situación como de "bienestar" y le produce sensaciones placenteras, parece que este tipo de evaluaciones es difícil que se den solas, más bien se presentan como complejas o mixtas. En las evaluaciones estresantes en las que se encuentran daño-pérdida, que es cuando el sujeto ha tenido ya la experiencia de alguno de estos eventos. También está la amenaza /desafío. La amenaza se percibe como algo que se pronostica como daño en el futuro y que además genera sensaciones negativas, en este caso la adaptación está relacionada con el afrontamiento anticipativo que le permite planear soluciones para los problemas que se le pudieran presentar. La evaluación considerada como desafío también lleva implícito el proceso de afrontamiento considerando lo necesario para vencer el problema y se generan sensaciones placenteras; ambos tipos de evaluación están relacionados y aunque pueden considerarse por separado, pueden darse simultáneamente o bien pueden intercambiar su posición, es decir evaluarse primero como amenaza y posteriormente consi-

derarse como un desafío o viceversa.

La evaluación secundaria está relacionada con alguna expectativa de afrontamiento tomando en cuenta lo que puede hacerse, lo que se hace y además, lo que se arriesga, para tener la seguridad de que lo que se planeó se cumplirá. Existe una interacción entre las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las evaluaciones primarias que determinan el grado, la intensidad y la calidad del estrés.

Además de la evaluación primaria y secundaria se considera otro aspecto en este campo; el de la reevaluación que es aquella que sigue a una evaluación previa y que puede modificarla, ya que después de una primera evaluación y después de tener nueva información del medio hay una interacción en ambos sentidos que puede aumentar o disminuir la tensión. Hay una forma de reevaluación que se ha descrito como defensiva ya que en esta evaluación se da una nueva interpretación a un evento pasado, esta interpretación es positiva y sirve para afrontar las amenazas en el presente.

En este modelo transaccional la interacción con el medio y la evaluación que el individuo haga de este contexto son muy importantes ya que los individuos son diferentes en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertas situaciones así como en su forma de interpretar y reaccionar ante la misma, ya que la evaluación da una idea de cual será la orientación del afrontamiento en la resolución del problema.

2.1.5. Afrontamiento

Las investigaciones que se han realizado en las últimas décadas sobre las implicaciones y consecuencias del estrés y la forma de afrontarlo, han generado consecuentemente perspectivas de su prevención y tratamiento. Así como existen diferentes formas de considerar el estrés, también hay diferentes maneras de conceptuar el afrontamiento. Actualmente el afrontamiento se ha constituido en el objetivo de una serie de programas educativos y de distintas psicoterapias.

Se ha considerado al afrontamiento desde dos corrientes principales; una que esta representada por el modelo de experimentación animal en donde se propone que el afrontamiento consiste en controlar situaciones amenazantes o aversivas lo que da como resultado una reducción del grado de perturbación

psicofisiológica, el control de estas situaciones esta representado principalmente por una conducta de evitación o huida. Y la otra corriente que es la psicoanalítica en donde se considera a las cogniciones como determinantes para reducir el estrés, ya que toma en cuenta el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y su entorno, así como la forma en que éste manipula esta relación.

Algunos investigadores que trabajaron esta corriente psicoanalítica fueron: Menninger (1963) y Vaillant (1977); (en Lazarus, 1986), Menninger, quien clasifica recursos de afrontamiento como por ejemplo el llanto, lamentarse, el autocontrol, jactarse, indicando que si estos recursos son utilizados de forma inapropiada, pierden su categoría de recursos de afrontamiento y se convierten entonces en indicativos de pérdida del control o de desequilibrio.

Vaillant plantea que hay mecanismos de defensa que pueden utilizarse en el afrontamiento, este autor clasifica estos mecanismos de forma jerárquica en donde los mecanismos van desde mecanismos psicóticos, mecanismos de inmadurez, mecanismos neuróticos hasta mecanismos que él denomina maduros.

Otros investigadores que han trabajado el tema de estrés y su afrontamiento son Howard Leventhal y David Nerez (Leventhal, 1987) quienes proponen un modelo de emoción y adaptación entre 1970 y 1980 en donde el planteamiento es que existe un proceso autorregulador que conduce a la adaptación a corto y a largo plazo ante situaciones de estrés; el individuo es un sistema regulador que intenta activamente alcanzar objetivos específicos, en el modelo este sistema regulador se considera como de retroalimentación ya que está constituido por elementos que se encuentran secuencialmente dispuestos: hay una etapa de entrada que representa el estímulo y establece el objetivo; una salida que representa la producción de respuesta o etapa de afrontamiento en donde se selecciona y desarrolla la respuesta de afrontamiento y una etapa de supervisión en donde se presta atención a las consecuencias de la acción, en relación con los objetivos iniciales. Se hace una distinción entre características objetivas del medio y reacciones emocionales ante los objetos, que aunque son sistemas reguladores independientes funcionan de forma paralela y además interactúan en la interpretación, el afrontamiento y la supervisión. En este modelo también se propone que en estos sistemas reguladores se utiliza más de un tipo de memoria, sugiriéndose que hay una memoria de tipo perceptivo que es diferente a la memoria conceptual o del lenguaje. Así estos recuerdos perceptivos son esenciales para el

almacenamiento de experiencias emocionales.

Los componentes de este modelo teórico son:

- experiencia del síntoma
- interpretación o valoración
- afrontamiento de los factores objetivos (dolor) y emocionales (temor)
- supervisión
- retroalimentación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las etapas son:

- representación perceptiva
 - valoración primaria
 - registro sensorial
 - atención y elaboración
 - esquemas e interpretación
- el proceso de afrontamiento
 - planificación y acción
 - la representación dirige el afrontamiento
- procesos de valoración
 - establecimiento de objetivos
 - regulación de la información objetiva

Este es un modelo cognitivo, que unicamente ve al ser humano como una serie de entradas (inputs) procesos internos y salidas (outputs), en donde se supone que existen asas de retroalimentación interna, que sirven para explicar mecanismos como el de memoria.

Lo que se puede decir a favor de este modelo es que no es estático, no hay una interpretación única que lleve a una única respuesta de afrontamiento.

El modelo teórico de estrés en el que se basará este trabajo, es un modelo transaccional, el cual considera una situación estresante, cuando la relación entre el individuo y su entorno es evaluada por éste como amenazante y pone en peligro su bienestar, considerándose que en este modelo la interacción con el entorno es importante, pero la evaluación cognitiva y el afrontamiento es lo que determinan la relación entre el individuo y su entorno. Este modelo es importante porque toma en cuenta la cognición humana, permitiendo entender y explicar situaciones, que para otros modelos son difíciles.

El concepto propuesto por Lazarus y Folkman (Lazarus, 1986 pp.164) considera al "Afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

En este modelo se plantea que el afrontamiento es un proceso, que presenta aspectos como los que se relacionan con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que hace o haría en ciertas condiciones de un contexto específico, en donde se presentan cambios de pensamiento y conducta conforme se va dando la interacción del individuo con el entorno; lo que le aporta estrategias que le ayudan a resolver el problema que se le presente.

En el planteamiento hecho por Lazarus, que es básicamente cognitivo fenomenológico las etapas son: de anticipación o aviso, de impacto o confrontación y de postimpacto o postconfrontación.

En la etapa de anticipación el evento no ha ocurrido todavía, y lo que se va a evaluar es la posibilidad de que la situación se pueda dar o no, además de si el individuo puede manejarla. Algunos autores como Averil y Lazarus (1972); (Meichenbaum, 1986), utilizaron en esta etapa estrategias como por ejemplo; distanciamiento psicológico y evitación de pensamientos, así como la negación de sus implicaciones.

Durante el periodo de impacto los pensamientos así como las acciones se modifican cuando la situación estresante ha empezado o terminado, de alguna manera tiene lugar una reevaluación, algunos autores llaman a esto redefinición de la situación.

En el periodo de postimpacto aparecen nuevas consideraciones que originan procesos de evaluación y afrontamiento que se dirigen no sólo al pasado y al presente sino también al futuro.

El que el individuo perciba la situación y lo que él puede hacer afecta al afrontamiento, y esto está relacionado con las estrategias utilizadas. Estas estrategias pueden o no dar los resultados esperados, pero aún así se consideran como una estrategia; lo que el autor propone es que el afrontamiento va más allá de sólo la resolución de problemas, y que no hay que confundir al afrontamiento con los resultados ya sean exitosos o no, pues el afrontamiento es independiente del resultado.

En cuanto a las funciones que desempeña el afrontamiento los autores refieren distintas formas de funcionamiento, proponen que el afrontamiento tiene dos funciones importantes:

- El afrontamiento dirigido a la emoción
- El afrontamiento dirigido al problema

TECIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el afrontamiento dirigido a la emoción es donde los procesos cognitivos disminuyen el grado de trastorno emocional utilizando estrategias como: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a partir de acontecimientos negativos, siendo la reevaluación en este tipo de afrontamiento una estrategia muy importante ya que representa una forma de cambiar el significado de la situación, pudiendo o no distorsionar la realidad, pues la función en este caso es conservar la esperanza y el optimismo y una mala interpretación en estos procesos podría conducir a la autodecepción o distorsión de la realidad ya que los procesos cognitivos de evaluación no son conscientes; lo planteado en el afrontamiento dirigido a la emoción no debe confundirse con la reevaluación. Se propone que este tipo de afrontamiento predomina cuando el individuo evalúa que no puede modificar las situaciones amenazantes.

En ambos tipos de afrontamiento se toman en cuenta las condiciones del entorno y del individuo. En el entorno se consideran por ejemplo presiones ambientales, obstáculos, recursos, procedimientos. Y del individuo cambios motivacionales cognitivos y aprendizaje de recursos.

El afrontamiento dirigido al problema suele aparecer cuando las condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio y están dirigidas a la búsqueda de soluciones y su aplicación además en este modo de afrontamiento incluye estrategias que hacen referencia al interior del individuo, que podrían ser consideradas como reevaluaciones cognitivas dirigidas al problema. En el

afrontamiento dirigido al problema las estrategias son básicamente específicas encaminadas a la situación, es decir la estrategia es dependiente de los tipos de problema a afrontar.

Pero ambas funciones de afrontamiento, la dirigida a la emoción así como la dirigida al problema pueden interferirse entre sí, facilitando o impidiendo el proceso.

Para que el individuo realmente afronte los problemas deberá utilizar los recursos con los que cuenta y manejar las limitaciones que dificultan el uso de tales recursos en una interacción determinada, ya que no en todas las situaciones el solo contar con los recursos asegura su utilización, el individuo debe tener la habilidad de aplicarlos; entonces estos recursos se consideran como factores que preceden e influyen al afrontamiento, lo que consecuentemente interviene en el estrés. Lazarus y Folkman (1986) hacen una clasificación de los recursos considerando principalmente la características del individuo como la salud y la energía, las creencias positivas y las técnicas sociales.

Los autores plantean que la salud y la energía, se consideran como recursos de afrontamiento importantes pues es más fácil afrontar una situación cuando la persona se encuentra bien que cuando está enferma, pues tiene menos energía para dar al proceso de afrontamiento. Las creencias positivas utilizada como un recurso psicológico, por ejemplo la esperanza puede hacer que el individuo crea que puede controlar una determinada situación lo que llevaría a un resultado positivo o por lo menos probable, esta creencia de tener control está relacionada de forma importante con las evaluaciones y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Se consideran como recursos de técnicas sociales, por ejemplo a las habilidades sociales que proporcionan al individuo el poder comunicarse y actuar con las personas que le rodean de manera socialmente adecuada, lo que ayudaría a resolver las situaciones que le causan conflicto ya que podría contar con el apoyo de otros individuos.

Otro recurso que parece que favorece el afrontamiento es contar con un buen nivel socio económico, pues esto da acceso a la obtención de bienes y servicios prácticamente de cualquier tipo lo que aumenta la seguridad del individuo ante las situaciones difíciles que tuviera que resolver.

Se debe tomar en cuenta que los recursos no son constantes en el tiempo, que éstos cambian en el mismo individuo en diferentes momentos.

Algunas veces aún cuando los individuos tengan los recursos necesarios para afrontar situaciones que son evaluadas como amenazantes, no los utilizan

de forma adecuada, esto puede deberse a características propias del individuo, como las que resultarían de la influencia de las normas sociales y culturales o las creencias de los sujetos.

El grado en que una persona se siente amenazada depende en parte de la evaluación de los recursos con los que cuenta, lo que es un elemento muy importante para la determinación del afrontamiento se propone que entre mayor es la amenaza el modo de afrontamiento se dirige más hacia la emoción, el planteamiento es que hay una interferencia sobre el funcionamiento cognitivo, lo que consecuentemente afecta la capacidad de procesamiento de la información, por lo tanto a la utilización de estrategias dirigidas al problema; y cuando el grado de amenaza es evaluado como moderado los modos de afrontamiento se encaminan más al problema.

Sin embargo no puede decirse que una estrategia sea mejor o peor que la otra, más bien su calidad estará determinada por el efecto que tenga en una situación específica.

En el modelo transaccional de Lazarus que es un modelo teórico en el que se puede visualizar a todos los elementos que lo conforman como parte de un proceso adaptativo, en donde la forma de respuesta del sujeto tiene que ver con la evaluación de los eventos; esta evaluación puede ser placentera o agresiva, y aquí los procesos cognitivos son determinantes para afrontar las situaciones difíciles que se presentan cotidianamente.

El presente trabajo tendrá como base este modelo porque que tomando en cuenta lo expuesto, se pueden vincular problemas de salud del individuo, desde enfermedades de carácter general, hasta afecciones locales, pues nos proporciona estrategias que podrían utilizarse paralelamente a los tratamientos médicos obteniendo de esta manera una salud integral. Las características de este modelo nos dan la posibilidad de aplicarlo en el trabajo del consultorio odontológico, en donde se pueden poner en práctica las estrategias de afrontamiento que ayudarán a que el paciente domine su ansiedad, lo que por supuesto le beneficia; y además favorece también el trabajo del dentista ya que los paciente se muestran mucho más cooperadores en el tratamiento dental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de la vida cotidiana, como el estrés, el dolor, la ansiedad, la depresión, la pérdida de peso, la pérdida de apetito, la pérdida de memoria, la pérdida de concentración, la pérdida de interés por la vida, la pérdida de energía, la pérdida de fuerza, la pérdida de vitalidad, la pérdida de alegría, la pérdida de esperanza, la pérdida de fe, la pérdida de amor, la pérdida de respeto, la pérdida de dignidad, la pérdida de honor, la pérdida de libertad, la pérdida de paz, la pérdida de armonía, la pérdida de equilibrio, la pérdida de salud, la pérdida de vida.

El estrés es una respuesta natural del cuerpo ante una situación que se percibe como una amenaza o un desafío. El estrés puede ser beneficioso cuando nos ayuda a concentrarnos y a actuar con rapidez en situaciones de emergencia. Sin embargo, el estrés crónico puede tener efectos negativos en la salud física y mental.

El dolor es una sensación desagradable que puede ser causada por una lesión o una enfermedad. El dolor puede ser físico o emocional. El dolor físico puede ser causado por una lesión o una enfermedad. El dolor emocional puede ser causado por una situación de estrés o una pérdida.

La ansiedad es una sensación de inquietud o preocupación excesiva. La ansiedad puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida. La ansiedad puede ser física o emocional. La ansiedad física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La ansiedad emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una pérdida de interés por la vida, una pérdida de energía, una pérdida de peso, una pérdida de apetito, una pérdida de memoria, una pérdida de concentración, una pérdida de interés por la vida, una pérdida de energía, una pérdida de fuerza, una pérdida de vitalidad, una pérdida de alegría, una pérdida de esperanza, una pérdida de fe, una pérdida de amor, una pérdida de respeto, una pérdida de dignidad, una pérdida de honor, una pérdida de libertad, una pérdida de paz, una pérdida de armonía, una pérdida de equilibrio, una pérdida de salud, una pérdida de vida.

La pérdida de peso es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de peso puede ser física o emocional. La pérdida de peso física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de peso emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de apetito es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de apetito puede ser física o emocional. La pérdida de apetito física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de apetito emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de memoria es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de memoria puede ser física o emocional. La pérdida de memoria física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de memoria emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de concentración es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de concentración puede ser física o emocional. La pérdida de concentración física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de concentración emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de interés por la vida es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de interés por la vida puede ser física o emocional. La pérdida de interés por la vida física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de interés por la vida emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de energía es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de energía puede ser física o emocional. La pérdida de energía física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de energía emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de fuerza es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de fuerza puede ser física o emocional. La pérdida de fuerza física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de fuerza emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de vitalidad es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de vitalidad puede ser física o emocional. La pérdida de vitalidad física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de vitalidad emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de alegría es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de alegría puede ser física o emocional. La pérdida de alegría física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de alegría emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

La pérdida de esperanza es un síntoma que puede ser causado por una enfermedad o una situación de estrés. La pérdida de esperanza puede ser física o emocional. La pérdida de esperanza física puede ser causada por una lesión o una enfermedad. La pérdida de esperanza emocional puede ser causada por una situación de estrés o una pérdida.

Capítulo 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estrés en la consulta dental. Adiestramiento en inoculación de estrés.

Una propuesta para reducir el estrés en pacientes con tratamiento dental

En los años sesentas surge un nuevo enfoque de tratamiento clínico, que intenta modificar la conducta influyendo sobre los procesos del pensamiento de los pacientes, y que corresponde a la medicina conductual; dentro de esta área se encuentra el Adiestramiento en Inoculación de Estrés, que ha sido de gran utilidad porque ha permitido abordar y resolver una serie de problemas que sólo habían sido manejados por los médicos; la utilidad de este tratamiento clínico ha permeado también a la práctica dental. En esta parte del trabajo se relatan algunos estudios que se han realizado con esta perspectiva; además de las características del adiestramiento en inoculación de estrés.

Un comentario común entre los pacientes que necesitan tratamiento dental se refiere al temor o la ansiedad que les causa el acudir a la cita, de hecho algunos lo posponen hasta que es impostergable, soportando la molestia y el

dolor hasta que estos les obligan a acudir a la consulta. Esta situación, hace que los tratamientos sean generalmente de tipo curativo y rehabilitante. En nuestro medio falta educación para la salud, en muchos de los individuos el temor es real en cuanto su experiencia con respecto al dolor, pero en otros casos cuando se trata de una primera cita algunos pacientes manifiestan ese temor aun sin tener experiencia previa, pues parece que el temor a una situación desconocida les genera esa sensación de estar expuesto a una situación que les puede resultar amenazante, en otras situaciones parece que la información negativa que reciben de las personas que se encuentran en su entorno hace que tengan esa resistencia.

En estas últimas décadas, en las cuales la psicología de la salud se ha venido desarrollando, se pueden encontrar reportes de investigaciones que interrelacionan la intervención de la psicología en problemas de salud en general; algunos ejemplos de estas investigaciones que corresponden a problemas que se presentan en la consulta dental son:

Postlethwaite (1986) trabajó un ensayo clínico con pacientes de dolor agudo, formando un grupo que tuvo adiestramiento en inoculación de estrés y un grupo control. El resultado muestra que no hay diferencia en los grupos; no funcionó en el control del dolor, ni en ansiedad ni depresión. La explicación fue que probablemente debido a las múltiples actividades en el preoperatorio, el olvido por parte del paciente acerca de lo instruido o bien el procedimiento no fue lo suficientemente potente para disminuir la intensidad del dolor.

Litt (1995) hizo un estudio en donde se realizó la preparación para pacientes que se someterían a cirugía, para la extracción del tercer molar; a los pacientes se la adiestró para que adquirieran habilidades en relajación, autocontrol y autoeficacia dentro del contexto de estresor agudo. Los resultados indican que la relajación, la percepción del control y la autoeficacia contribuyen igualmente al afrontamiento ya que funcionaron de manera sumativa.

Baume (1995) propone que la percepción del dolor disminuye utilizando estrategias de afrontamiento previas a la intervención en tratamientos de cirugía periodontal, y además recomienda el uso de estas estrategias de afrontamiento pues también reducen el dolor postquirúrgico.

Law y Logan (1994) trabajaron con pacientes sometidos a tratamiento dental y que además reportaron deseo de control. En su investigación aplican un programa de inoculación de estrés a estos pacientes que desean tener control y que sienten que no controlan. Después del entronamiento el reporte

fue que el dolor había disminuido.

Locker y Liddell (1999) aplicaron un instrumento que les permite clasificar categorías diagnósticas de ansiedad dental. Trataron de demostrar cual es la edad en la que aparece la ansiedad dental; y el resultado que obtuvieron fue que las experiencias dentales negativas son predictivas para el miedo dental e indiferente para la edad en la que aparece. Su trabajo lo realizaron con tres grupos: niños, adolescentes y adultos; un hallazgo encontrado en este estudio fue que los adolescentes y los adultos fueron más hostiles y menos tolerantes con el dentista que los niños.

Jongh y Muris (1995) hacen un cuestionario sobre cogniciones negativas de fobia dental, lo validan y afirman que el paciente es autogenerador de su ansiedad y fobia dental.

Liddell y Locker (2000) realizaron un estudio en donde lo que se investigó fueron los cambios en los niveles de ansiedad dental como una función de la experiencia dental. El resultado que reportan es que la evitación al tratamiento dental probablemente es un proceso preventivo de la ansiedad dental ya que individuos con habilidades de asertividad con capacidad para reclamar y no amedrentarse en el tratamiento dental, disminuyeron reactividad con el dentista; y por otro lado el grupo que mostró mayor ansiedad dental tuvieron experiencias dentales invasivas.

Johren y Jackowski (2000) hicieron un estudio que estuvo dirigido a la reducción del miedo en pacientes con tratamiento dental; se formaron grupos en uno de los cuales fueron utilizadas estrategias psicológicas y en el otro grupo fue administrado un medicamento ansiolítico (Midazolona), y un tercer grupo que funcionó como grupo control. Los resultados que se obtuvieron mostraron que ambos grupos tratados redujeron significativamente el miedo dental con respecto al grupo control. Dos meses después el grupo que fue tratado con Midazolona regresó al miedo dental, en tanto el grupo al que se entrenó con estrategias psicológicas mostró mejoría en la reducción del miedo dental aún después de un año.

Friis-Hasche (1994) escribió un artículo en el que propone que la relación paciente -dentista debe ser de confianza, y en el caso de que los pacientes manifestaran miedo o ansiedad propone que se puede utilizar terapia conductual, y puntualiza que muchos dentistas consideran este tipo de terapia como consumidora de tiempo, lo que no conviene en la práctica privada.

TOM (2000) hizo un estudio comparativo entre un tratamiento psicológi-

co y la administración de Benzodiazepina en pacientes con fobia dental; comparando los efectos de una sesión de tratamiento psicológico contra la administración del medicamento y un grupo control. El resultado que obtuvo fue que ambos resultaron efectivos para disminuir la ansiedad comparados con el grupo control. El grupo que tomó la benzodiazepina se mostró relajado después del tratamiento dental, pero el grupo donde se aplicó el tratamiento psicológico mostraba mejoría hasta dos meses después. El tratamiento psicológico consistió en entrenamiento en inoculación de estrés.

Moore (1994) publica un estudio en donde pacientes con miedo dental relevante son tratados con métodos clínicos, como realizar el tratamiento dental aplicando anestesia general, lo que a largo plazo resultó ser inefectivo.

Vassend (2000) realizó un estudio de los efectos del miedo al tratamiento dental sobre el estrés general, y empleó como elementos para reducir la respuesta de estrés, relajación, una terapia cognitiva y sedación con óxido nítrico cuando se presentaban síntomas emocionales de estrés. El estudio concluye que las tres terapias empleadas tienen efectividad.

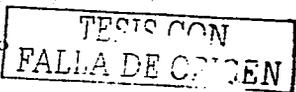
Moore (2001) investigó como perciben los dentistas el estrés relacionándolo con la percepción de ansiedad de los pacientes. Esta investigación por un lado trata los estresores del dentista y por otro los detonadores de ansiedad en los pacientes.

Detecta como estresores:

- Tener que trabajar contra reloj.
- Provocar dolor al paciente
- Trabajo intenso
- Pacientes ansiosos

Y como causas que provocan ansiedad en los pacientes:

- Miedo al dolor
- Tratamiento traumático
- Problemas Psicológicos



- Elección del dentista
- Factor económico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con el transcurso del tiempo, las técnicas han sido mejoradas paulatinamente y de la mano con este hecho, sucede que los instructores adquieren más experiencia, de modo que, los resultados que se obtienen del tratamiento se tornan cada vez más alentadoras.

En el presente trabajo la propuesta para reducir el estrés en los pacientes que acuden al consultorio dental, es aplicar el Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE), donde la pretensión es relacionar esta estrategia utilizada en la terapia cognitivo-conductual y el trabajo clínico del dentista; ya que el AIE, se adapta fácilmente para complementar y reforzar tratamientos médicos.

El AIE, se ha aplicado en un diversidad de poblaciones, orientando este tratamiento a la clínica o no. Por ejemplo se ha utilizado en adolescentes con problemas para controlar la cólera, padres que maltratan a sus hijos, ansiedad en el rendimiento personal, problemas relacionados con temores como fobias múltiples a los animales, o miedo a volar, individuos tipo A, en prevención de problemas médicos como preparación de pacientes que serán sometidos a cirugía, pacientes con dolores generales, pacientes cancerosos, pacientes con artritis reumatoide, pacientes quemados, pacientes con hipertensión esencial o poblaciones víctimas en violaciones, ataques terroristas; y en pacientes con temor y dolor dental que es hacia donde esta orientado el presente trabajo.

3.1. Algunas consideraciones generales sobre el AIE

El Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE) es un término que se refiere a un paradigma de tratamiento que consiste en un plan semiestructurado y que clínicamente tiene un efecto.

Autores como Cameron y Meichenbaum, (1982) y Roskies y Lazarus, (1980) (en Meichenbaum, 1988); mencionan que el modelo transaccional de estrés y la inoculación de estrés son afines pues estos modelos proponen una naturaleza de transacción entre el individuo y su entorno. Para la explicación del concepto del adiestramiento en inoculación de estrés, es determinante la

consideración de la influencia bidireccional que existe entre el sujeto sobre su ambiente, así como también el medio influye sobre el sujeto.

Se puede decir que estos modelos son afines ya que en el diseño el tratamiento en su fase de conceptualización facilita la evaluación; el diseño del programa permite también, ampliar el repertorio de respuestas de afrontamiento en la fase de adquisición y práctica de habilidades y finalmente estimula la confianza del individuo y la utilización de las habilidades que ha adquirido en la fase de aplicación y seguimiento.

Este tratamiento está dirigido a identificar y cambiar conductas que se consideran desadaptativas, buscando que estos cambios modifiquen las transacciones del medio y se den efectos colaterales positivos en la áreas cognitivas, afectivas y ambientales; también pretende que el individuo tenga una actividad autorreguladora, cuyo objetivo es tratar de modificar imágenes y sentimientos que pudieran interferir con el funcionamiento adaptativo.

Para que el programa pueda ponerse en práctica hay varios puntos que deben tomarse en cuenta: Analizar las conductas objetivo, en donde se identifica a la población y se analiza la actuación y la situación para determinar qué habilidades de afrontamiento son necesarias, es aquí donde se identifica el problema, para establecer un programa de entrenamiento en donde se identifique una variedad de respuestas que se puedan emplear para afrontar el estímulo que está causando el estrés y por último este análisis tendría que determinar la eficacia de las diversas respuestas de afrontamiento en el control del estrés.

Evaluar las capacidades existentes así como los procesos de inhibición ya que estos elementos pueden interferir en el adiestramiento. Una evaluación cuidadosa puede transmitir al individuo la necesidad de colaboración, lo que disminuiría la resistencia que pudiera tener. Se deben seleccionar las tareas de entrenamiento que proporcionen al sujeto habilidades de afrontamiento, y que pueda emplear en distintas situaciones, esta tarea de estimular la generalización corresponde al terapeuta; puede ser mediante discusión con el individuo de cómo aplicar los procedimientos de afrontamiento en distintas situaciones, o se pueden utilizar por ejemplo procedimientos de imaginación y role-playing, se debe explicar la importancia y la necesidad de la generalización; para aumentar las probabilidades de esta generalización los ensayos múltiples en distintas situaciones y distintos momentos, ya que muy seguramente habrá algunos fracasos, el terapeuta debe prever esta situación y

previniendo alguna recaída, hacer que el sujeto identifique situaciones en las que puede fracasar y prepararlo trabajando sobre habilidades de afrontamiento específicas, por último se sugiere que se debería de incluir sesiones de evaluación y seguimiento.

El Adiestramiento de Inoculación de Estrés consta de tres fases:

Primera fase o de Conceptualización

Segunda fase o de Adquisición y práctica de habilidades

Tercera fase o de Aplicación y seguimiento

Las fases están enlistadas en este orden, sin embargo en la práctica a lo largo del tratamiento las fases se entremezclan, pudiendo reciclarse.

3.1.1. Conceptualización

En esta parte inicial del programa se obtienen datos que permitan al terapeuta y al sujeto comprender el problema en circunstancias que faciliten la adquisición de habilidades de la fase siguiente. En esta fase se trata también de aumentar las habilidades de evaluación del problema del sujeto entrenándolo para que recoja e interprete datos; por esta razón se considera que la evaluación y el tratamiento son totalmente interdependientes.

El inicio del tratamiento generalmente es con una entrevista que estará dirigida a realizar un análisis funcional del problema y una identificación de situaciones que aumenten o disminuyan la probabilidad de los patrones de respuesta adaptativos y desadaptativos, los factores que alivian o agravan el problema y las consecuencias ambientales (sociales). En la entrevista puede haber la referencia a alguna experiencia que se considere importante, pero el sujeto no recuerde detalles, el terapeuta puede recurrir a pedirle al paciente que imagine la situación, tratando de recuperar datos que pudieran ser importantes.

En esta fase otra fuente de información es el autorregistro en donde se pide a los individuos que contesten por ejemplo listas de problemas ya establecidos; el autorregistro puede servir para identificar indicios de baja intensidad que puedan identificar alguna transacción de estrés; lo que puede utilizarse en la planificación de las intervenciones.

En este trabajo, en el programa de adiestramiento que se aplicó a los pacientes de la clínica odontológica, en la fase de conceptualización en la

primera sesión se realizaba una entrevista con los pacientes, se les explicaba las características del entrenamiento, así como de sus beneficios; también en esta primera fase se les solicitó que contestaran un inventario de ansiedad, y se le pidió al dentista que llenara una escala de observación de ansiedad del mismo paciente.

La intención de esta primera fase fue identificar algunas situaciones que causan estrés al paciente y reconocer que en un buen número de situaciones son sus propias reacciones las que ayudan para que se de esta situación; y explicar que con el entrenamiento de algunas habilidades de afrontamiento se puede ayudar a controlarlas. Así en esta fase, en la etapa de evaluación el estrés puede reconceptualizarse como susceptible de cambio, pudiendo remodelar la experiencia del estrés del paciente, de tal forma que él obtenga recursos para poder afrontar la situación que la causa conflicto.

En esta fase también se trabaja sobre el concepto de reconceptualización, que puede abordarse con el paciente mediante un diálogo en donde se puede utilizar sentimientos, pensamientos y comportamiento del individuo para que pueda reconocer señales de baja intensidad y estimularle para que considere al estrés de manera que estimule el cambio, tratando siempre de fomentar un repertorio de afrontamiento flexible e integrado que pueda aplicarse en diferentes situaciones concretas. En esta fase se puede detectar también si los pacientes cuentan con algunas habilidades de afrontamiento, si así fuera entonces se refuerzan estas habilidades, si no, entonces se planea el adiestramiento.

3.1.2. Fase de adquisición y práctica de habilidades

Esta fase tiene como objetivo asegurar que el individuo obtenga la capacidad para realizar de forma eficaz las respuestas de afrontamiento. En esta fase del adiestramiento se trata de ofrecer una variedad de técnicas de afrontamiento que puedan ser utilizadas por el sujeto en su entorno. Lazarus y Launier (1978), hacen una clasificación de las habilidades de afrontamiento, agrupándola en lo que denominan afrontamiento instrumental, en donde se hace referencia a las acciones que sirven para enfrentar las demandas ambientales o para cambiar situaciones de interacción que producen estrés; en este tipo de afrontamiento se utilizan por ejemplo, técnicas como recogida de información, resolución de problemas, adiestramiento en comunicación, habi-

lidades sociales, cambios de estilo de vida que se adaptarán a las necesidades de la población específica.

Y el otro grupo de habilidades, que se denomina afrontamiento paliativo, que es la respuesta de adaptación que se utiliza cuando el afrontamiento instrumental no es posible. Estas respuestas paliativas se centran en gran medida en la regulación de los componentes cognitivos y afectivos de las reacciones del estrés; algunas técnicas utilizadas en este tipo de habilidades de afrontamiento son: desvío de atención, la negación, expresión de afecto y el entrenamiento en relajación. Estos dos tipos de habilidades de afrontamiento pueden emplearse de forma sumada. Se debe mencionar que estas técnicas no tienen la intención de eliminar por completo el estrés, sino de que esta situación sea considerada como un reto, una oportunidad de tener un problema que resolver.

En este trabajo, el programa que se aplicó a los pacientes con tratamiento dental en la clínica odontológica, tuvo como técnica central el adiestramiento en inoculación de estrés, lo primero en el entrenamiento fue enseñar una técnica de relajación, que se eligió porque los pacientes la aprenden con facilidad, y prácticamente no se necesita ningún recurso de equipo o de infraestructura especial para llevar a cabo el adiestramiento. Generalmente se pueden identificar signos de tensión física en los pacientes que están en la consulta dental; entonces se explica al paciente el procedimiento de la relajación y como ésta puede ayudarle a disminuir la ansiedad; también se le instruye acerca de la necesidad de practicar el ejercicio para adquirir la habilidad.

La relajación puede obtenerse de diferentes maneras como por ejemplo mediante la realización de una actividad pasiva como la meditación, o realizando actividades que resulten muy absorbentes como tejer, nadar, correr etc. En nuestro caso el tipo de entrenamiento que se utilizó para que los pacientes aprendieran la relajación fue el de enseñar a tensar y destensar grupos de músculos en forma ascendente, este entrenamiento se llevó a cabo en cuatro sesiones.

Como la relajación se considera tanto un estado físico como mental, utilizamos también para complementar este entrenamiento de relajación muscular, procedimientos como pedir al paciente que piense en imágenes personales placenteras y ejercicios de respiración.

Una de las intenciones en esta fase fue que los pacientes reconocieran las señales de estrés que dijeron tener, y que aplicaran la habilidad adquirida,

indicándole que no solamente en la consulta sino en otras ocasiones en las que se encontrara en una situación de estrés.

3.1.3. Fase de Aplicación y consolidación

Después de que los pacientes han sido entrenados en la habilidad o habilidades de afrontamiento elegidas, lo siguiente en el AEI es la fase de aplicación y consolidación, en donde lo importante es que el paciente presente cambios frente a la situación generadora de estrés, así como aumentar las probabilidades que el cambio se generalice.

Para facilitar esta generalización, propone técnicas como: una práctica imaginaria que tiene su origen en la desensibilización sistemática de Wolpe (1958) (en Meichebaum,1988), en donde la indicación para el paciente mientras está relajado, es que imagine situaciones en las que se sienta amenazado y esta amenaza vaya aumentando progresivamente, y ante esta situación se imagine afrontando el conflicto; el objetivo es que los pacientes aprendan a observar y prever señales que le sirvan para dar una respuesta de afrontamiento.

Una segunda estrategia propuesta que puede utilizarse es la de role-playing (modelamiento) que consiste en que el paciente y el terapeuta prevean las situaciones estresantes y ensayen las conductas de afrontamiento. Se pide al paciente a que adopte esta actitud ensayada en la vida real.

La tercera estrategia sugerida está basada en el trabajo de Bandura (1977), en donde se propone que el iniciar y sostener una conducta de afrontamiento está determinado por la generación de una sensación de autoeficacia que produce conductas requeridas y que el resultado esperado tendrá lugar cuando la respuesta se produzca de manera adecuada.

El orden en que se hizo la descripción de las fases del adiestramiento, no es necesariamente en el orden que ocurren ya que en la práctica las fases pueden volver a utilizarse o entremezclarse.

El trabajo que se realizó con los pacientes que estaban en tratamiento dental en la clínica odontológica estuvo basado en las características mencionadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo 4

Aplicación de un programa de adiestramiento de inoculación de estrés en pacientes en tratamiento dental, comparando su efectividad con dos terapeutas

Con base en lo escrito anteriormente, se plantea que el estrés referido por el paciente y observado por el dentista durante el tratamiento dental, es un factor importante de resistencia al procedimiento terapéutico en el consultorio, decidiéndose utilizar un programa de Adiestramiento de Inoculación de Estrés (AIE), para disminuir la ansiedad en estos pacientes.

4.1. Objetivo

El objetivo de este trabajo fue comparar los resultados del AIE aplicado por dos terapeutas, para verificar la idependencia de la aplicación del programa, ya sea por un terapeuta o el otro.

4.2. Hipótesis

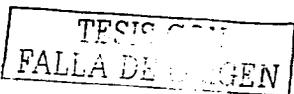
El programa de AIE en pacientes con ansiedad en la consulta dental funciona igual, indistintamente del terapeuta que lo conduzca.

4.3. Método

4.3.1. Sujetos

Se atendieron 23 sujetos que fueron reportados como pacientes para ingresar al programa de adiestramiento, el reporte fue hecho por los alumnos de los últimos semestres de la carrera de Cirujano Dentista que tienen su práctica en la clínica odontológica de la FES Iztacala, la selección de los pacientes fue hecha al azar, ya que no se tenían criterios establecidos para la selección de los sujetos. De los 23 sujetos que terminaron el programa, 11 fueron entrenados por el terapeuta 1 y 12 sujetos fueron entrenados por el terapeuta 2.

4.3.2. Escenario



Todo el programa de adiestramiento se realizó dentro de la Clínica Odontológica de la FES Iztacala, en el sillón dental, con los ruidos característicos de las piezas de mano, la música que ocasionalmente ponen de fondo en la clínica, los olores a eugenol o cements medicados, el hablar de la gente de las unidades dentales contiguas y en los corredores las instrucciones verbales de los docentes a los alumnos, etc.. Esto es, no se aisló en un ambiente privado al sujeto, pues ello sería una condición irreal para los individuos que asisten a la clínica, de tal forma que si se hubiera realizado en un lugar privado y luego pasarlo al cubículo de la unidad dental para ser atendido, sería como descontextualizar al paciente de la realidad que durante su tratamiento dental.

4.3.3. Instrumentos

Para abordar la problemática del estrés en la consulta dental, fue necesario elaborar dos instrumentos que permitieran valorar la presencia de estrés, durante o incluso antes de la consulta dental. Uno de los instrumentos fue planeado para que lo contestara el paciente y es el INVENTARIO DE ANSIEDAD Y MIEDO EN LA CONSULTA DENTAL, el segundo instrumento fue la ESCALA DE RANGO DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA ANSIOSA DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL; este instrumento era contestado por el terapeuta por el dentista, basándose como su nombre lo indica en la observación de la signología mostrada por el paciente durante la consulta.

Las preguntas del Inventario de Ansiedad y Miedo en la Consulta Dental, están elaboradas de tal forma que permiten la reconstrucción imaginaria de las posibles situaciones que provocan ansiedad o estrés, antes y durante la consulta, consta de 23 preguntas, (pero para efectos de utilidad se eliminó la pregunta 7 referente al "ruido de la compresora", por no estar presente en el escenario donde se llevó a cabo la implementación del adiestramiento.) Para cada situación planteada sólo se proponen dos opciones de respuesta, "NO" cuando está ausente el atributo y "SI", cuando está presente. Esta construcción obedece a que el objetivo sólo es valorar si está o no estresado el sujeto por esa situación en particular, y no precisamente en que grado, pues como ya se planteó, incluso éste puede ser variable de un día al otro, por las diversas situaciones que se van dando en la vida diaria de cada uno de nosotros.

La Escala de Observación de la Conducta Ansiosa del Paciente en el Consultorio Dental, consta de 27 signos que se pueden presentar durante la consulta dental en la que el terapeuta sólo contesta si está presente o no el signo, algunos de éstos son determinantes para poder realizar los procedimientos dentales, por ejemplo los "movimientos incontrolables de la lengua", es muy frecuente que se de una condición de este tipo, se corte la lengua con la fresa de la pieza de mano y haya sangrado y dolor; otra situación es, "quita violentamente la mano del dentista", esto como vemos pone en situaciones de riesgo tanto al paciente como al operador, dado que en su gran mayoría los instrumentos que se utilizan son agudos, con filo o bien si la pieza de mano está en movimiento puede involucrar a los tejidos blandos y lacerarlos.

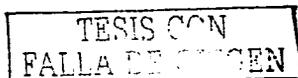
La validez que se les dio a los instrumentos fue de contenido, dado que

ésta se puede establecer mediante el análisis que se lleva a cabo de cada uno de los ítemes. "Este análisis puede efectuarlo el propio investigador o se recurre a jueces investigadores familiarizados con la teoría y sus supuestos, que analicen en que grado los ítemes que constituyen la escala son representativos del posible conjunto universal de reactivos" (Silva, 1992; p.785).

Ambos instrumentos fueron validados por 36 expertos de diferentes especialidades de la Odontología, así como Cirujanos Dentistas de práctica general, todos ellos, docentes de la Carrera de Odontología de la FES Iztacala que aportaron sus sugerencias, mismas que fueron tomadas en cuenta, y se les dio para una segunda revisión ya con las correcciones hechas; algunas situaciones no están consideradas en el instrumento por ser muy particulares de alguna de las especialidades de la odontología, y el objetivo era hacer un instrumento ad hoc a las situaciones presentadas por la población en lo general y no caer en particularidades que distrajeran la atención del observador . (ver APENDICE A).

La escala y el inventario se aplicaron antes y después del Adiestramiento en Inoculación de Estrés.

4.4. Procedimiento



Se dieron tres sesiones de capacitación por grupo, a los alumnos de la Carrera de Cirujano dentista, para dar a conocer que es el estrés y cuales son las manifestaciones que pueden presentarse durante la consulta dental, para que una vez que estuvieran en contacto con el paciente, identificaran aquellos con estrés dental, se llevó a cabo una práctica de relajación con los propios alumnos de cada grupo y se informó de cuales eran los objetivos y en que consistía el programa de adiestramiento .

La capacitación se dirigió a los alumnos de cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo semestres de la Carrera de Cirujano Dentista y les fueron entregadas las escalas de observación, solicitándoles nos fueran remitidos aquellos sujetos considerados como estresados.

4.4.1. Primera Fase: Conceptualización

Los pacientes que eran remitidos por presentar reacciones de estrés durante la consulta eran entrevistados para identificar los factores que desencadenaban dichas reacciones, se les instruí a sobre las características del programa de adiestramiento así como de sus beneficios y se les preguntaba si deseaban entrar al programa. Una vez que el paciente aceptaba su ingreso al programa se le daba a contestar el inventario de ansiedad para identificar el o los problemas en particular de cada uno de los sujetos. Para contestar el cuestionario se le solicitaba que se pusieran cómodos y que meditaran cada una de las situaciones que planteaban el inventario y las revivieran mentalmente.

El programa consta de una porción flexible que nos permite incluir técnicas derivadas de la terapia conductual como imaginiería, detención del pensamiento, apoyo emocional, aproximaciones sucesivas, todo esto con la intención de que el paciente sienta que tiene el control sobre las situaciones diversas que se pueden presentar durante la consulta. El trabajar en el cubículo dental permitió que recordaran las situaciones que particularmente le resultan favorecedoras o desencadenantes de estrés, así como aquellas condiciones o situaciones que motivaban estrés de baja intensidad, dando así una perspectiva más rica sobre los factores relacionados con la experiencia objetiva.

Se dio la primera sesión de relajación progresiva de Jacobson, iniciando por los pies, para que ya teniendo el cuerpo relajado concentre toda su atención en la relajación de los músculos de la cara y boca, lo mismo faciales que de la masticación que es el centro de nuestro interés y se dejaba de tarea que el sujeto practicara la relajación en casa y la detención del pensamiento en situaciones generadoras de estrés.

4.4.2. Segunda fase: Adquisición de habilidades y fase de ensayo

Se preguntaba al individuo de cómo ha estado y si había realizado los ejercicios de relajación, así como los de detención del pensamiento.

Se realizaba el entrenamiento en relajación (si el paciente había realizado los ejercicios como se le solicitaba aquí podíamos darnos cuenta de ello por la actividad y la memoria muscular), se corrigieron los movimientos que realizo por grupos musculares si hubiese necesidad de ello.

En algunos sujetos en que la relajación no fue suficiente, a través de la imaginación guiada, se le conducía a un estado más relajado, previo a esto se le preguntaba al sujeto dependiendo de las imágenes mentales que se fueran a utilizar si no le son fóbicas éstas, para no evocar imágenes que más bien resulten desagradables y lejos de conseguir una condición de mayor relajamiento, se provocara una condición alterada .

Se daba entrenamiento en autoinstrucciones o autodiálogo dirigido.

Se dejaba al paciente preparado para ser intervenido por el odontólogo y el terapeuta en AIE, se quedaba al lado del paciente para ir corrigiendo aquellos vicios de respiración, de los movimientos de la mano, corregir si fuera necesario al propio operador, o bien para dar soporte emocional, esto ocurrió sobre todo con los pacientes que eran intervenidos quirúrgicamente.

4.4.3. Tercera Fase: Consolidación

Se preguntaba al individuo de cómo había estado y si había realizado los ejercicios de relajación, así como los de detención del pensamiento.

Se daba el entrenamiento en relajación

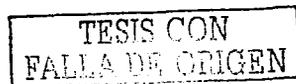
Se daba el entrenamiento en medidas de autocontrol

Se dejaba al paciente preparado para ser intervenido por el odontólogo, el terapeuta en AIE, se quedaba al lado del paciente para ir corrigiendo aquellos vicios de respiración, de los movimientos de la mano, corregir si fuera necesario al propio operador, o bien para dar soporte emocional.

En esta fase se realizó la segunda evaluación del sujeto con el INVENTARIO DE ANSIEDAD Y MIEDO EN LA CONSULTA DENTAL, y al cirujano dentista se le dio la ESCALA DE RANGO DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA ANSIOSA para que marcara la signología presentada por el paciente para evaluar los cambios del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo 5



Resultados y conclusiones

5.1. Análisis de resultados

Debido al tipo de diseño del trabajo (PRETEST-POSTTEST) se eligió la *prueba de los Signos*, ya que ésta es sensible a los cambios presentados por el sujeto antes y después de la intervención con el programa de AIE.

Se hacen dos análisis simultáneamente:

- Para comprobar si, de manera individual, el tratamiento de cada uno de los terapeutas fue efectivo, se utilizó la prueba de signos para muestras pequeñas para los pacientes, tanto en el inventario de ansiedad, como en la escala de observación, confrontando en ambos casos el número de rasgos ansiosos antes y después del entrenamiento para afrontar el estrés, la elección de dicha prueba se basa en la naturaleza de los datos, la cual proviene de personas de ambos sexos, cuyo rango de edad es amplio, al igual que su escolaridad, posición social y económica; la prueba de los signos para muestras pequeñas, sólo requiere el supuesto subyacente de la continuidad de la variable considerada (en este caso, el puntaje de los pacientes), al hacer dicha suposición, no se pierde la información recabada en el trabajo en la clínica.
- También se realiza la prueba t en la escala de observación, para corroborar que la efectividad de los dos terapeutas es similar (esta prueba se hace después de haber verificado, que el adiestramiento aplicado por

los dos terapeutas, es satisfactorio), la elección de esta prueba responde a que ésta arroja un conjunto de datos más completos. El supuesto que se requiere de que las diferencias entre los datos obtenidos en la escala de observación antes y después del tratamiento se distribuyan normal e independientemente, no parece ser excesivo, obteniendo con esto la ventaja, de un resultado más completo que el de una prueba no paramétrica.

Para las pruebas de signos en muestras pequeñas:

- En ambos casos, tanto en la escala de observación como en el inventario de ansiedad, la hipótesis nula (H_0) es que la mediana de las diferencias del número de ítems, antes y después del tratamiento, es cero; hay tantos pacientes que presentaron (en el inventario y en la observación) más ítems, como pacientes que presentaron menos ítems. La hipótesis H_1 consiste en que la mediana de las diferencias es negativa.
- La información para cada ítem, era marcada con un 0 ó 1, dependiendo si se presentaba éste o no.
- Se tomó a $\alpha = 0,05$ como el nivel de significación, en el caso del terapeuta 1, $n = 11$ y para el terapeuta 2, $n = 12$.
- La probabilidad asociada de ocurrencia de valores tan pequeños como el número de signos positivos, está dada por la distribución binomial para $p = q = \frac{1}{2}$
- Debido a que H_1 predice la dirección de las diferencias (negativa), la región de rechazo es de una cola, los valores de x (donde x es el número de signos positivos, ya que lo que se predice es un número grande de números negativos), cuya probabilidad de una cola de ocurrencia asociada conforme a H_0 , es igual o menor que α .

El terapeuta 1 obtuvo los siguientes datos (tablas 5.1 y 5.2): Para la escala de observación:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

$$\begin{aligned} n &= 11 \\ x &= 0 \end{aligned}$$

TERAPEUTA 1			
PRE	POST	SIGNOS	e.s.
4	0	-4	0.125
9	3	-6	0.031
9	1	-8	0.008
4	0	-4	0.125
9	2	-7	0.016
10	1	-9	0.004
9	1	-8	0.008
10	3	-7	0.016
3	1	-2	1
9	1	-8	0.008
15	3	-12	0

TERAPEUTA 2			
PRE	POST	SIGNOS	e.s.
9	0	-9	0.021
9	1	-8	0.008
8	0	-8	0.008
5	1	-4	0.125
12	6	-6	0.004
12	0	-12	0
12	0	-12	0.003
10	3	-7	0.016
11	2	-9	0.021
12	4	-8	0.008
7	1	-6	0.07
13	4	-9	0.004

Cuadro 5.1: Comparación entre los dos terapeutas en la escala de observación

Para el inventario de ansiedad:

$$n = 11$$

$$x = 0$$

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

De modo, que el número de personas que mejoraron es 11, se corrobora en la tabla de la función de distribución acumulativa binomial que para $n = 11$ y $x \geq 0$, el valor del estadístico es 0,0005.

Evidentemente, este valor está en la zona de rechazo de $\alpha = 0,05$.

Por tanto, se rechaza H_0 y se acepta H_1 (la diferencia de las medias es negativa). Concluimos en ambos casos (en el inventario y en la escala) que con el terapeuta 1, los pacientes sometidos al adiestramiento revelaron una disminución en los signos que revelaban ansiedad y estrés de su parte.

El caso del terapeuta 2 es totalmente análogo, sólo que con éste, $n = 12$ y $x = 1$ (tablas 1 y 2), en este caso el valor del estadístico es 0,0032, que al igual que en el caso del terapeuta 1, dicho valor se encuentra en la región de rechazo de H_0 . Así que el terapeuta 2 resulta también eficiente aplicando el adiestramiento.

De los dos párrafos anteriores, se deduce una afirmación que resulta imprescindible para poder continuar con este estudio:

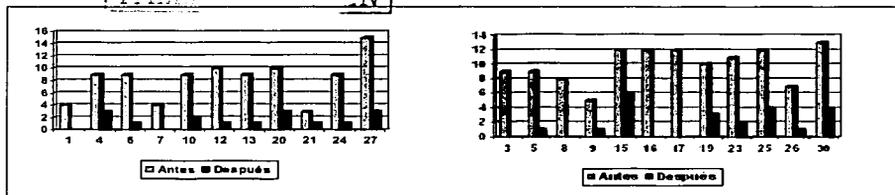


Figura 5.1: En el caso de la escala de observación, el número de signos reportados por el dentista, fue mayor antes del entrenamiento, situación que se presentó en el caso de ambos terapeutas

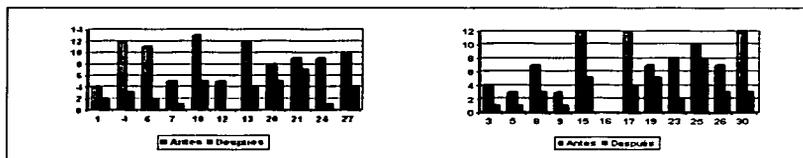


Figura 5.2: La percepción que tuvieron los pacientes sobre su estado ansioso, disminuyó de manera considerable después del entrenamiento aplicado por ambos terapeutas

Tanto con el terapeuta 1, como con el terapeuta 2, la aplicación del programa de adiestramiento de inoculación de estrés en pacientes del consultorio dental es efectivo.

Sólo falta corroborar que la efectividad de ambos terapeutas es similar. Para la prueba t :

- Siendo la media de cada una de las dos variables aleatorias (los pacientes de cada terapeuta) el promedio de ítems presentados en la escala de observación, la hipótesis nula (H_0) es que la diferencia de las medias es cero; en promedio, el número de ítems presentados en la escala

TERAPEUTA 1			
PRE	POST	SIGNOS	e.s.
4	2	-2	0.5
12	3	-9	0.04
11	2	-9	0.021
5	1	-4	0.125
13	5	-8	0.008
5	0	-5	0.063
12	4	-8	0.008
8	5	-3	0.25
9	7	-2	1
9	1	-8	0.008
10	4	-6	0.031

TERAPEUTA 2			
PRE	POST	SIGNOS	e.s.
4	1	-3	0.25
3	1	-2	0.5
7	3	-4	0.375
3	1	-2	0.453
12	5	-7	0.016
0	0	0	1
12	4	-8	0.549
7	5	-2	0.5
8	2	-6	0.508
10	8	-2	1
7	3	-4	0.125
12	3	-9	0.065

Cuadro 5.2: Inventario de ansiedad

de observación después de ser aplicado el adiestramiento es el mismo, independientemente del terapeuta que haya llevado a cabo el procedimiento. La hipótesis H_1 consiste en que la diferencia de las medias es distinta.

- La información para cada ítem, era marcada con un 0 ó 1, dependiendo si se presentaba éste o no.
- Se tomó a $\alpha = 0,05$ como el nivel de significación, en el caso del terapeuta 1, $n = 11$ y para el terapeuta 2, $n = 12$.
- Debido a que H_1 no predice la dirección de la diferencia, la región de rechazo es de dos colas, los valores de t (donde t es la diferencia entre las dos medias), cuya probabilidad de dos colas de ocurrencia asociada conforme a H_0 , es igual o menor que $\frac{\alpha}{2}$ y $1 - \frac{\alpha}{2}$.

En este caso el estadístico t se encuentra en el intervalo de 95 % de confianza para el cual la media de los dos terapeutas es la misma, de modo que finalmente, podemos afirmar que la hipótesis de este trabajo se cumple:

Con el AIE los pacientes con ansiedad en la consulta dental reducen su nivel de estrés; el programa de AIE en pacientes con ansiedad en la consulta dental funciona igual, indistintamente del terapeuta que lo conduzca.

Prueba T para 2 muestras								
	Diferencia de las parejas					t	Grados de libertad	Significancia (2 colas)
	Media	Desviación std	Error std. de la media	Intervalo de confiabilidad del 95%				
				Inferior	Superior			
T1 - T2	-.1818	1.9400	.5849	-1.4651	1.1215	-.311	10	.762

Figura 5.3: Prueba t

5.2. Conclusiones

En este trabajo se ha abordado el tema del estrés que genera el acudir a la consulta dental, y la forma en la que se podría disminuir esta situación. La medición de los signos y síntomas de ansiedad fue a través de un inventario de ansiedad y de una escala de observación.

Al revisar los resultados obtenidos respecto al entrenamiento en inoculación de estrés, tanto en la escala de observación como en el inventario de ansiedad, se presentan cambios que resultan benéficos para la realización del tratamiento dental, ya que el dentista puede realizar su trabajo con una mayor cooperación del paciente, que se encuentra menos ansioso; además de la sensación reportada por el paciente de sentirse con menos o en algunos casos sin la ansiedad que habían tenido en el inicio.

Los resultados que muestra la escala de observación, establecen que hubo cambios en los signos que mostraban los pacientes y que después del entrenamiento ya no fueron reportados por el dentista.

Con respecto al inventario de ansiedad, donde las respuestas son subjetivas, se puede decir que la forma de responder de los pacientes está influida por sus propias cogniciones, en este instrumento, encontramos que los pacientes se perciben con menos ansiedad, se encuentra que los cambios fueron cualitativamente importantes, según el reporte de los cambios que pudo observar el dentista al realizar el procedimiento clínico dental.

Por último, el comentario de una situación que encontramos en la clínica odontológica en la realización de este trabajo fue que sólo algunos estudiantes se mostraron interesados por el programa, a otros les parecía, según dijeron,

una pérdida de tiempo; la reflexión que se hizo en este punto, fue que en lo que se hace énfasis es en la técnica, como puede observarse al revisar los planes de estudios de algunas universidades en donde se imparte la carrera de Cirujano Dentista, por ejemplo en nuestra escuela, donde fue realizado este trabajo, las materias que se imparten están distribuidas en áreas biomédica, odontológica y clínica, y donde encontramos una materia que se acerca a la interdisciplina con el área de la psicología, es en el cuarto semestre, con la asignatura de Psicología Médica, que es una asignatura optativa que se imparte dos horas a la semana y cuyos objetivos generales están dirigidos a que los alumnos conozcan algunas corrientes de psicología, así como la relación odontólogo-paciente. Sin embargo, ésta es una asignatura optativa y la carga académica es mínima comparándola con las materias clínicas, situación que deja de lado la percepción del paciente ante la consulta, lo que lo convierte, en la mayoría de los casos, en un objeto de la práctica, restringida a los dientes.

Los resultados enunciados en este capítulo respaldan el hecho de que el objetivo del presente estudio fue cumplido, también, una conclusión que destaca de manera inmediata, es que la psicología puede ser de gran utilidad en el área de la salud, en este caso particular, en el área de la salud dental, ya que contar con una disciplina que de manera sistemática proporciona al paciente habilidades necesarias para poder resolver algunas situaciones y también para poder modificar algunas conductas, dio como resultado que el tratamiento fuera más completo al tomar en cuenta, no solamente el problema dental, sino también la percepción que el paciente tenía ante la consulta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El primer grupo de resultados se refiere a la identificación de los factores que influyen en la percepción de la calidad de los servicios de atención al cliente. Los factores más importantes son:

1. La actitud del personal: Los empleados deben mostrar una actitud positiva, amable y servicial. Esto incluye ser accesibles, escuchar activamente y resolver los problemas de los clientes de manera eficiente.

2. El conocimiento del personal: Los empleados deben estar bien informados sobre los productos y servicios de la empresa, así como sobre las políticas y procedimientos. Esto les permite proporcionar información precisa y asesoramiento personalizado.

3. La disponibilidad de recursos: La empresa debe proporcionar al personal los recursos necesarios para brindar un excelente servicio al cliente, como herramientas de trabajo, información y capacitación.

4. La eficiencia de los procesos: Los procesos de atención al cliente deben ser sencillos, rápidos y efectivos. Esto reduce el tiempo de espera y mejora la satisfacción del cliente.

5. La comunicación clara: El personal debe comunicarse de manera clara y comprensible, utilizando un lenguaje sencillo y evitando tecnicismos innecesarios.

6. La flexibilidad: El personal debe ser capaz de adaptarse a las necesidades y expectativas cambiantes de los clientes, ofreciendo soluciones creativas y personalizadas.

7. El seguimiento y la retroalimentación: La empresa debe implementar un sistema de seguimiento y retroalimentación que permita identificar áreas de mejora y tomar acciones correctivas de manera oportuna.

8. La capacitación continua: El personal debe recibir capacitación constante para mantenerse actualizado en los productos y servicios, así como en técnicas de atención al cliente.

9. La cultura de servicio al cliente: La empresa debe fomentar una cultura que valore el servicio al cliente como una prioridad, promoviendo la colaboración y el trabajo en equipo.

10. La tecnología: El uso de herramientas tecnológicas puede mejorar la eficiencia y la calidad del servicio al cliente, como el uso de chatbots, CRM y sistemas de gestión de tickets.

11. La transparencia: La empresa debe ser transparente en sus políticas y procedimientos, así como en la gestión de quejas y reclamos.

12. El compromiso: El personal debe demostrar un compromiso genuino con el servicio al cliente, mostrando interés y dedicación en cada interacción.

13. La personalización: Ofrecer servicios personalizados que se adapten a las necesidades y preferencias de cada cliente puede mejorar significativamente la experiencia.

14. La proactividad: El personal debe ser proactivo en la identificación y resolución de problemas, anticipándose a las necesidades de los clientes.

15. La empatía: Mostrar empatía por las situaciones de los clientes puede generar una conexión emocional y mejorar la satisfacción.

16. La resolución de problemas: El personal debe estar capacitado para resolver problemas de manera efectiva, buscando soluciones que satisfagan tanto al cliente como a la empresa.

17. La gestión de expectativas: Comunicar claramente las capacidades y limitaciones de la empresa puede ayudar a gestionar las expectativas de los clientes y evitar frustraciones.

18. La formación en habilidades blandas: Además de conocimientos técnicos, el personal debe recibir formación en habilidades blandas como comunicación, resolución de conflictos y trabajo en equipo.

Apéndice A

Cuestionarios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE RANGO DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA ANSIOSA DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO DENTAL

INSTRUCCIONES: Doctor: A continuación, usted encontrará una lista de signos, que el paciente puede presentar durante la consulta. **MARQUE** con una **X** la opción **SI**, cuando esté presente y **NO**, cuando esté ausente.

1	Aumento de la frecuencia cardiaca	si	no
2	Aumento en la frecuencia respiratoria	si	no
3	Sudoración excesiva no debida al calor	si	no
4	Salivación excesiva	si	no
5	Temblo de manos	si	no
6	Temblo en las piernas	si	no
7	Temblo de labio inferior	si	no
8	Vómito	si	no
9	Micción involuntaria	si	no
10	Gemido verbal	si	no
11	Gemido no verbal	si	no
12	Risa nerviosa	si	no
13	Llanto	si	no
14	Patea	si	no
15	Muerde	si	no
16	Es llevado forzadamente al interior del consultorio	si	no
17	Quita violentamente la mano del dentista	si	no
18	Movimientos incontrolados de lengua	si	no
19	Cierra los puños	si	no
20	Dientes apretados	si	no
21	Mandíbula cerrada	si	no
22	Ojos cerrados	si	no
23	Miembros contraidos	si	no
24	Cuerpo tenso	si	no
25	Sordera	si	no
26	Maldice	si	no
27	Necesita ayuda emocional	si	no

INVENTARIO DE ANSIEDAD Y MIEDO EN LA CONSULTA DENTAL

INSTRUCCIONES: Las siguientes situaciones de este cuestionario se refieren a experiencias que pueden causar ansiedad o miedo. Después de cada pregunta, tache la opción que mejor represente su experiencia.

NO CUANDO ESTÁ AUSENTE | SI CUANDO ESTÁ PRESENTE

SI USTED TIENE QUE IR AL DENTISTA,
¿LE GENERA MIEDO O ANSIEDAD LO SIGUIENTE?

1	Al hacer la cita	no	si
2	Al aproximarse la fecha de la cita	no	si
3	El día de la cita	no	si
4	A la hora de la cita	no	si
5	Entrar a la sala de espera y que se hallen otras personas	no	si
6	El ruido de la pieza de mano	no	si
7	Al oír al paciente que está dentro del consultorio quejarse	no	si
8	A la vista de la bata blanca	no	si
9	Ver que inyectan a otro paciente	no	si
10	A las heridas abiertas	no	si
11	Ver sangre	no	si
12	Al sentarse en el sillón dental	no	si
13	Miedo al dentista	no	si
14	La vista de los instrumentos	no	si
15	La vista de la aguja	no	si
16	Al abrir la boca para ser inyectado	no	si
17	Ser inyectado	no	si
18	El olor de los medicamentos	no	si
19	Sentir que puede ser contagiado	no	si
20	Ser atendido manualmente	no	si
21	Ser atendido con pieza de mano	no	si
22	A las extracciones	no	si

Bibliografía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- [1] Abrahamsson, KH., Berggren, U., Carlsson, SG. (2000). Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, 58, 37-43.
- [2] Admi, H. (1997). Stress intervention. A model of stress inoculation training. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service*, 35, 37-41.
- [3] Appley, M., Trumbull, R. (1986). Development of the Stress Concept. En: Appley, M., Trumbull, R. *Dynamics of Stress Physiological, Psychological and Social Perspectives* (pp. 3-16). New York. Plenum Press.
- [4] Baume, RM., Croog, SH., Nalbandian, J. (1995). Pain perception, coping strategies and stress management among periodontal patients with repeated surgeries. *Precept Motion Skills*, 80, 307-319.
- [5] Barquín, M. (1975). *Historia de la Medicina*. México: Méndez Oteo.
- [6] Belar, Cynthia D., Deardorff, William W., Kelly, Karen E. (1987). *The practice of Clinical health psychology*. Nueva York: Pergamon Press.
- [7] Berggren, U., Carlsson, SG., Hakeberg, M., Hagglin, C., Samsonowitz, V. (1997). Assessment of patients with phobic dental anxiety. *Acta Odontologica Scandinavica*, 55, 217-222.
- [8] Breznitz, S., Golberger, L. (1993). Stress Research at a Crossroads. En: Golberger, L., Breznitz, S. *Handbook of Stress Theoretical and Clinical Aspects*. (pp. 3-6). Canada: Maxwell Mc Millan Library of Congress.
- [9] Cuevas, L., González, R., Rocha, V. (1993). *La enseñanza de la odontología en la UNAM*. México: UNAM.

- [10] de Jongh, A., Muris, P., Shoenmakers, N., ter Horst, G. (1995). Negative cognitions of dental phobics: reliability and validity of the dental cognitions questionnaire. *Behavior Research Therapy*, 33, 507-515.
- [11] Diaz de Kuri, Martha Victoria. (1994). *El nacimiento de una profesión*. México: FCE/UNAM.
- [12] Eli, I., Baht, R., Kozlovsky, A., Simon H. (2000). Effect of gender on acute pain prediction and memory in periodontal surgery. *European Journal of Oral Science*, 108, 99-103.
- [13] Fiis-Hasche, E., Hutchings, B. (1990). Behavior therapy for patients with dental fear. *Tandlaegebladet*, 94, 55-58.
- [14] Jöhren, P., Jackowski, J., Gangler, P., Sartory, G., Thom, A. (2000). Fear reduction in patients with dental treatment phobia. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, 38, 612-616.
- [15] Kazdin, A. (1991). *Research Design in Clinical Psychology*. U.S.A: General Psychology Series.
- [16] Kulich, KR., Berggren, U., Hallberg, LR. (2000). Model of the dentist-patient consultation in a clinic specializing in the treatment of dental phobic patients: a qualitative study. *Acta Odontologic Scandinavian*, 58, 63-71.
- [17] Law, A., Logan, H., Baron, RS. (1994). Desire for control, felt control, and stress inoculation training during dental treatment. *Journal Perspectives of Social Psychology*, 67, 926-936.
- [18] Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- [19] Liddell, A., Locker, D. (2000). Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behavior Modification*, 24, 57-68.
- [20] Litt, MD. (1996). A model of pain and anxiety associated with acute stressors: distress in dental procedures. *Behavior Research Therapy*, 34, 459-476.

- [21] Litt, MD., Nye, C., Shafer, D. (1995). Preparation for oral surgery: evaluating elements of coping. *Journal of Behavior Modification*, 18, 435-459.
- [22] Locker, D., Liddell, A., Dempster, L., Shapiro, D. (1999). Age of onset of dental anxiety. *Journal of Dental Research*, 78, 790-796.
- [23] Locker, D., Liddell, A., Shapiro, D. (1999). Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behavior Research Therapy*, 37, 25-37.
- [24] Lulic-Dukic, O., Radionov, D. Kukic, W., Keros, J. (1998). Psychophysiological parameters and children's behavior during dental treatment. *College of Anthropology*, 22, 267-271.
- [25] Mc Neil, DW., Zvolensky, MJ., Klineberg, IJ. (2001). Fear of pain in orofacial pain patients. *Pain*, 89, 245-252.
- [26] Meichenbaum, D., Jaremko, M. (1987). *Prevención y Reducción del Estrés*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- [27] Meichenbaum, D. (1988). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona. Ediciones Roca.
- [28] Moore, R. (1990). Dental fear-relevant clinical methods of treatment. *Tandlaegebladet*, 94, 58-60.
- [29] Moore, R., Brodsgaard, I. (2001). Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiology*, 29, 73-80.
- [30] Naini, FB., Mellor, AC., Getz, T. (1999). Treatment of dental fears: pharmacology or psychology? *Dent Update*, 26, 270-274.
- [31] Paredes, M., López M., Cruz A., Castañeda H. (1992). El aumento del umbral al dolor del paciente mediante la aplicación de una técnica de relajación. *Práctica Odontológica*. 8, 43-46.
- [32] Pawlicki, R. (1987). Psychological-Behavioral Techniques in Managing Pain and Anxiety in the Dental Patient. *Anesthetical Program*, 34, 41-53
- [33] *Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano Dentista*, ENEP Iztacala.

- [34] Postlethwaite, R., Stirling, G., Peck, CL. (1986). Stress inoculation for acute pain: a clinical trial. *Journal Behavior Modification*, 9, 219-227.
- [35] Poulton, R., Davies, S. (1997). Good teeth, bad teeth and fear of dentist. *Behavioral Research Therapy*, 35, 327-334.
- [36] Poulton, R., Waldie, KE., Craske, MG., Menzies, RG., McGee R. (2000). Dishabituation processes in height fear and dental fear: an indirect test of the non associative model of fear acquisition. *Behavior Research Therapy*, 38, 909-919.
- [37] Reynoso, L. (1990). *Cuide su Corazón*. México: Promexa.
- [38] Ronis, DL. (1994). Updating a measure of dental anxiety: reliability, validity and norms. *Journal of Dental Hygiene*, 68, 228-233.
- [39] Sanfilippo, J. (1983). Ciento cuarenta años del Primer Examen de Dentista. *Asociación Dental Mexicana*, 38, 362-366.
- [40] Sanfilippo, J. (1980). Homenaje a los Fundadores de la Odontología en México. *Asociación Dental Mexicana*, 37,82-84.
- [41] Saunders, T., Driskell, JE., Johnston, JH., Salas, E. (1996). The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *Journal of Occupied Health Psychology*, 1, 170-186.
- [42] Scheuch, K. (1986). Theoretical and Empirical Considerations in the Theory of Stress form a Psycho physiological Point of View . En: Appley, M., Trumbull, R. *Dynamics of Stress Physiological, Psychological and Social Perspectives* (pp. 21-34). New York: Plenum Press.
- [43] Selye, H. (1980). *Selye's Guide to Stress Research*. New York. Van Nostrand Reinhold Company.
- [44] Selye, H. (1993). History of Stress Concept. En: Golberger, L., Breznitz, S. *Handbook of Stress Theoretical and Clinical Aspects*. (pp. 7-17). Canada. Maxwell Mc Millan Library of Congress.
- [45] Siegel, S. (1983). *Estadística no Paramétrica*. México: Trillas.
- [46] Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en Psicología un Enfoque Metodológico*. México: Trillas.

- [47] Sullivan, M.J., Neish, N. (2000). Catastrophic thinking and the experience of pain during dental procedures. *Journal Indiana Dental Association*, 79, 16-19.
- [48] Sullivan, C., Schneider, P.E., Musselman, R.J., Dummet, CO Jr., Gardiner D. (2000). The effect of virtual reality during dental treatment on child anxiety and behavior. *Journal Dentist Child*, 67, 193-196.
- [49] Tamaro, S., Berggren, U., Bergenholtz, G. (1997). Representation of verbal pain descriptors on a visual analogue scale by dental patients and dental students. *European Journal of Oral Science*, 105, 207-212.
- [50] Tan, SY. (1982). Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control: a selective review. *Pain*, 12, 201-228.
- [51] Thom, A., Sartory, G., Jöhren, P. (2000). Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *Journal Consult Clinical Psychology*, 68, 378-387.
- [52] Thomson, WM., Locker, D., Poulton, R. (2000). Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiology*, 28, 289-294.
- [53] Trumbull, R., Appley, M. (1986). A Conceptual Model for the Examination of Stress Dynamics. En: Appley, M., Trumbull, R. *Dynamics of Stress Physiological, Psychological and Social Perspectives* (pp. 117-139). New York: Plenum Press.
- [54] Vassend, O., Willumsen, T., Hoffart, A. (2000). Effects of dental fear treatment on general distress. The role of personality variables and treatment method. *Behavior Modification*, 24, 580-599.

TESIS EN
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA