

870125

39

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**MODIFICACION DE LA ANSIEDAD MEDIANTE UN
METODO DE RELAJACION EN PACIENTES
ODONTOLOGICOS**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

EMMA TERESA VILLASEÑOR TAMAYO

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



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 está 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.

I N D I C E

CAPITULO I INTRODUCCION

1.1. Planteamiento del Problema.....	6
1.2. Objetivos.....	7
1.3. Hipótesis de Investigación.....	8
1.4. Importancia del Estudio.....	9
1.5. Limitaciones del Estudio.....	10
1.6. Definición de Términos Básicos.....	11

CAPITULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. TENSION Y ANSIEDAD.....	14
2.1.1. Introducción.....	14
2.1.2. Antecedentes Históricos sobre la Tensión y Ansiedad.....	14
2.1.3. Definición de Tensión.....	16
2.1.4. Enfrentarse a la Tensión.....	16
2.1.5. Definición de Angustia.....	17
2.1.6. Definición de Ansiedad.....	17
2.1.7. Diferencia entre Angustia y Ansiedad.....	17
2.2. TEORIAS SOBRE LA ANSIEDAD.....	18
2.2.1. Teoría Psicoanalista.....	18
2.2.2. Teoría Culturalista.....	22
2.2.3. Teoría Existencialista.....	24
2.2.4. Teoría de la Maduración y el Aprendizaje..	24
2.2.5. Teoría Factorialista.....	26
2.2.6. Teoría Fisiologista.....	28
2.2.7. Teoría Conductista.....	29
2.2.8. Evaluación Crítica.....	31
2.3. CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD.....	32
2.3.1. Generalidades.....	32
2.3.2. Ansiedad Neurótica.....	33
2.3.2.1. Reacción de Ansiedad.....	33
2.3.2.2. Reacción de Ansiedad Crónica.....	34
2.3.2.3. Ataques de Ansiedad.....	35

2.3.2.4. Reacciones de Pánico.....	35
2.3.3. Estados de Ansiedad según el DSM-III.....	36
2.3.3.1. Trastornos por Angustia.....	26
2.3.3.2. Trastornos por Ansiedad Generali- zada.....	36
2.4. TECNICAS DE MEDICION DE LA ANSIEDAD.....	37
2.4.1. Generalidades.....	37
2.4.2. Medición Fisiológica.....	37
2.4.3. Medición Psicológica.....	37
2.4.4. Instrumentos Psicológicos para Medir Ansie- dad.....	40
2.5. RELAJACION.....	41
2.5.1. Antecedentes.....	41
2.5.2. Fundamentación.....	43
2.5.3. Definición de Relajación.....	45
2.5.4. Tipos de Relajación.....	45
2.5.5. Tensión Muscular y Emoción.....	46
2.5.6. Tensión Muscular y Actividades Mentales... ..	48
2.5.7. Fisiología de la Actividad Muscular.....	48
2.5.8. Cambios Fisiológicos que ocurren durante - la Relajación.....	52
2.6. LOS METODOS DE RELAJACION.....	53
2.6.1. Introducción.....	53
2.6.2. Definición.....	53
2.6.3. Diferencias entre Técnica y Método.....	53
2.6.4. Relajación Progresiva.....	54
2.6.5. Entrenamiento Autógeno.....	56
2.6.6. Sugestión, Relajación e Hipnosis.....	57
2.7. INVESTIGACIONES REALIZADAS.....	58
 CAPITULO III METODOLOGIA	
3.1. Descripción del Escenario.....	68
3.2. Población y Muestra.....	68
3.3. Diseño o Técnica de Observación.....	69
3.4. Planteamiento de Hipótesis.....	69

3.5. Material Psicométrico.....	73
3.5.1. Construcción del Instrumento.....	74
3.5.2. Validez.....	75
3.5.3. Confiabilidad.....	76
3.5.4. Conceptos de Ansiedad Rasgo y Estado.....	76
3.5.5. Correlación entre las Escalas A-Rasgo y - A-Estado.....	77
3.5.6. Investigaciones realizadas con el IDARE..	79
3.5.7. Evaluación Crítica del Instrumento.....	79
3.6. Técnica de Recolección.....	80
3.7. Procedimiento.....	80
3.8. Estudio Piloto.....	81

CAPITULO IV ANALISIS DE LOS DATOS

4.1. Presentación de Datos.....	83
4.2. Comparación de Medias utilizando la Distribución "Z".....	83
4.3. Prueba de las Hipótesis.....	83
4.4. Presentación de Datos por Departamento.....	90
4.5. Comparación de medias utilizando la Distribución "T".....	91
4.6. Prueba de Hipótesis por Departamento.....	92

CAPITULO V RESULTADOS

5.1. Registro y Promedio de pacientes ansiosos en los dos sexos.....	96
5.2. Resultados Estadísticos de las Hipótesis propues- tas.....	97
5.3. Interpretación de los Resultados.....	106

CAPITULO VI CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1. Conclusiones.....	109
6.2. Sugerencias.....	111

ANEXOS.....	115
-------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	121
---------------------------------	-----

CAPITULO I INTRODUCCION

El mundo está rodeado de diversos estímulos tanto a -- gradables como desagradables para el hombre, los cuales -- pueden ser internos como los sentimientos de cada persona -- o externos, como el contemplar un paisaje, una puesta de -- sol, el trinar de los pajarillos, el movimiento plácido de un arroyuelo, ver una flor, admirar una obra de arte, etc.

La combinación de estímulos percibidos nos conduce a presentar sensaciones de diferente índole, ya sean de -- tranquilidad o relajación o en el otro extremo, de ansie-- dad o tensión hacia dichos estímulos.

El hombre que está a punto de ser despedido de su -- trabajo, así como el que va a ser despedido por el impulso de un cañón, en un circo, responden exactamente en la mis-- ma forma psicológica. Sin embargo, uno se enfrenta a la -- amenaza física y el otro, a la psicológica. Ambos experi-- mentan tensión nerviosa, ansiedad, las cuales son males -- muy comunes en la vida diaria. Algunas personas sólo se -- angustian de vez en cuando, mientras que otras pueden es-- tarlo siempre, no habiendo forma alguna de saber si esta -- persona perderá la razón y aquella otra se las arreglará -- para calmar su nerviosismo. Todos experimentamos ciertos -- niveles de tensión nerviosa, la diferencia estriba en la -- forma de enfrentarnos a ella y así sobrellevar una vida de tranquilidad o a la inversa de tensión constante.

Existen muchos factores que son generadores de an-- siedad; uno de los temores más comunes que ha surgido a -- través del tiempo, es el hecho de tener que acudir al Odon -- tólogo. La mayoría de las personas sienten nerviosismo e -- intranquilidad al esperar su turno en el consultorio den--

tal.

El individuo primitivo percibía como temerosas las cosas de su medio ambiente: el relámpago, el estrepitoso trueno y los enemigos del reino animal. Temía a la muerte y la imaginaba como un misterio que no podía comprender. No tenía conocimiento, excepto el más elemental, de su propio cuerpo y sus funciones. No tenía conciencia de la enfermedad como un estado producido por factores dentro de sí mismo; para él, era la visita de espíritus malignos. Indudablemente, el hombre primitivo conoció el dolor. Por lo general, era algo que le era infligido por fuerzas externas, por el fuego, por una roca desprendida, o por los golpes de sus enemigos. Había otras clases de dolores que se originaban dentro de sí mismo, los cuales no podía explicar por la observación de causa y efecto. Estos dolores lo perturbaban más que los producidos por fuerzas externas, porque llevaban en su naturaleza, el misterio, la incertidumbre, lo desconocido.

A medida que el hombre fue evolucionando, sus temores y las ocasiones mismas para experiencias cada vez más dolorosas, más bien fueron en aumento. Conserva aún el -- miedo a las fuerzas elementales, pero añadidos a éstos, están los temores sociales y económicos de inseguridad y dependencia así como las dificultades de adaptación a los otros seres humanos en el plano de las relaciones interpersonales. Las posibilidades para experiencias dolorosas se han visto multiplicadas por su vida más prolongada y por las amenazas de un ambiente mecanizado. El hombre de hoy acepta de buen agrado los riesgos de mayor dolor, para vivir una vida más larga. Cree también, que la incomodidad ocasional a manos del odontólogo, es preferible a la pérdida prematura de sus órganos dentarios.

A primera vista, podría parecer que las sensaciones de temor, tensión emocional y preocupación, experimentadas por las personas que esperan su turno en la sala dental, - parten de la posibilidad de ser dañados, sin embargo, las reacciones emocionales a las situaciones angustiosas son - influidas tanto por peligros potenciales como reales. Dichas reacciones, se basan en las apreciaciones e interpretaciones de cada individuo, por lo que el grado de ansiedad difiere tanto de una situación a otra, como de una persona a otra.

La presente investigación se realizó por la inquietud de adentrarme en los sentimientos, reacciones y emociones de las personas que acuden a una sala dental.

Es un hecho observable, que toda persona presente temor ante situaciones nuevas como lo es, acudir a una consulta dental, en donde sensaciones y percepciones adquieren diferentes matices a través de los diversos estímulos que se le proporciona al paciente como son: ruidos extraños, instrumental nuevo para él, la bata blanca, los aparatos de diversas dimensiones y la idea subjetiva de que el dolor físico ha de presentarse, temiendo no evitarlo; ante estos hechos, la ansiedad es la primera reacción que presenta el paciente.

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación, al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones y las náuseas frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad.

La tensión es una interacción entre una persona y su medio ambiente; las fuentes de la tensión que nos rodean van desde los desastres naturales y artificiales como los terremotos y las guerras, hasta tener que ir a trabajar y soportar el denso tráfico al cual nos enfrentamos diariamente.

Esta investigación se llevó a cabo en las Clínicas de Odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara. Para la población se consideraron todos los pacientes que acudieron a consulta, hombres y mujeres mayores de 18 años, de diverso nivel socio-económico y cultural, que reunieran como requisito mínimo el saber leer y escribir.

El seguimiento consistió en que a todo paciente que se encontrara en la sala de espera, que cumpliera con las características antes citadas, se les aplicó el inventario de autoevaluación IDARE, que mide ansiedad, tanto en el momento actual, como también en forma generalizada. Se seleccionaron para este estudio únicamente a los pacientes que presentaron ansiedad, de acuerdo con el criterio del IDARE. Para la muestra se reunió el número de pacientes seleccionados intencionalmente, según la técnica de análisis que se utilizó. Dichos pacientes que presentaron ansiedad "estado" o ansiedad "rasgo" se formaron en dos grupos: uno experimental, aplicándole la técnica de relajación, y otro grupo control, también de pacientes ansiosos, sin la técnica de relajación. El tratamiento se aplicó en forma individual y consistió en escuchar una grabación con una duración de 15 minutos, con instrucciones de cómo relajar los diversos grupos de músculos de acuerdo con la técnica de relajación de Jacobson en forma simplificada. El grupo control esperó 15 minutos sin escuchar la grabación. Al finalizar, el grupo control se comparó con el grupo experimental, aplicándoles a los dos grupos otra vez, el Inventario IDARE, para medir nuevamente su nivel de ansiedad.

La conclusión a la que se pretendió llegar, fue la disminución de la ansiedad a través de una técnica de relajación en el grupo experimental, enfatizando que el manejo humanístico, específicamente la atención que se le brinda al paciente, es de gran importancia, ya que los sentimientos del paciente forman parte de él y no se le pueden desligar para someterse únicamente a rutinarias mecánicas y así lograr un tratamiento integral adecuado y de satisfacción tanto para el paciente como para el mismo Cirujano -- Dentista.

1.1. Planteamiento del Problema.

¿Es posible disminuir la ansiedad de los pacientes odontológicos mediante una técnica de relajación?

El Cirujano Dentista debe tomar en cuenta que el enfermo inicia su relación con él, aún antes de su primera visita personal. Generalmente cuando un paciente acude a su primer consulta, ya tiene ciertas nociones y prejuicios acerca del médico que dependen de las circunstancias tales como el que consulte por su propia iniciativa o lo haga recomendado por alguien en quien confía. Lo habitual es que cuando el enfermo y el médico se encuentran por primera vez, el paciente ya tiene una imagen de aquel, que generalmente es más o menos distorsionada. La primera entrevista se considera como la más importante para que al paciente se le trate de despertar confianza de inmediato mediante actuaciones de lenguaje, modales, gestos y expresiones atentas -escuchando detenidamente hasta los más mínimos detalles de su padecimiento, formando un ambiente agradable y de tranquilidad-.

Por otro lado, en la mayoría de los casos, la conducta observable en los pacientes odontológicos adultos -- quedaron establecidos en edad temprana. Esas maneras características de comportarse resultaron de la herencia, maduración y cultura en que vive el individuo, combinadas. - Estos esquemas de conducta suelen estar muy bien organizados, pues están orientados hacia la satisfacción de las necesidades individuales. Hay individuos en los cuales el adiestramiento inicial crea una estructura tan rígida que cualquier ligero cambio puede generar un alto grado de ansiedad y preocupación. Concurrir al consultorio odontológico, constituye una buena desviación de conducta normal - en la mayoría de las personas. Por eso no es raro que sa-

que a relucir lo peor de cada uno. Pueden mostrarse muy irritable e incómodos ante la perspectiva de someterse a una experiencia, la cual suponen va a ser dolorosa. Tanto los niños como los adolescentes y adultos están sujetos a una gran cantidad de temores y preocupaciones que pueden transmitir al profesional. El Odontólogo no debe de dar por supuesto que la persona comprende lo que está sucediendo, proporcionar y dar apoyo al paciente así como mostrarse en forma comprensiva, tendrán un largo efecto beneficioso.

El norteamericano Edmund Jacobson, investigó la influencia de la tensión especialmente muscular en diversas afecciones partiendo de experimentos sobre la reacción al susto: según el estado de tensión o relajación muscular, previos a la percepción de un estímulo brusco, la respuesta de los sujetos variaba enormemente, Jacobson observó -- que la simple indicación de relajarse, dada al paciente, no significaba que éste pudiera desembarazarse de sus tensiones patológicas. Encontró que se requería de un método a través de un entrenamiento para combatir la hipertensión neuromuscular. Este método está diseñado para liberar la tensión que no puede relajarse habitualmente sin entrenamiento y que se va acumulando, generando otro tipo de tensiones.

1.2. Objetivos.

1. Investigar a través de una técnica de relajación si es posible disminuir la ansiedad en pacientes odontológicos.
2. Detectar el grado de ansiedad entre pacientes de diferente sexo.
3. Comprobar si existe modificación de la ansiedad después del tratamiento entre el grupo control y el --

grupo experimental.

4. Comparar los resultados referente a la disminución de la ansiedad en los diversos departamentos odontológicos.
5. En base a los resultados, proponer medidas que permitan una mejor atención a pacientes odontológicos con un índice de ansiedad.
6. Obtener una base para la programación posterior de investigaciones que complementen los hallazgos expuestos.
7. Ofrecer información para que se lleven a cabo programas de conocimientos psicológicos a los alumnos de Odontología.

1.3. Hipótesis de Investigación.

- a) Se demostrará que a través de una técnica de relajación, es posible disminuir la ansiedad "estado" en pacientes odontológicos, detectando un alto grado de ansiedad por medio del Inventario de Autoevaluación IDARE.
- b) Se demostrará que no es posible disminuir la ansiedad "rasgo" mediante una sola técnica de relajación, en pacientes odontológicos, detectando el nivel de ansiedad, a través del Inventario de Autoevaluación IDARE.
- c) Se demostrará que existe diferencia en la disminución de la ansiedad "estado", aplicando la técnica de relajación en los diferentes departamentos odontológicos, detectando el grado de ansiedad, mediante el Inventario de Autoevaluación IDARE.

1.4. Importancia del estudio.

La finalidad de esta tesis, propone dar a conocer la importancia de un adecuado manejo humanístico dentro del consultorio dental; que la relación médico-paciente, no se concrete únicamente al manejo físico, sino que se tome en cuenta que el paciente es un ser bio-psico-social y que un tratamiento integral, contribuirá a la ejecución satisfactoria del tratamiento, ya que sus necesidades de comprensión humana, se manifestarán también en la sala dental.

Una técnica de relajación, ayudará al paciente a -- disminuir sus temores, angustias e inquietudes al encontrarse ante numerosos estímulos nuevos. Según Geissman y Durand (1972), la relajación consiste en liberar, soltar tensiones o descansar y tiene como lejano antecedente a -- Boerhave que en 1708 le dio importancia a la tensión y relajación e intentó clasificar al hombre según su fenómeno elemental: la fibra contractil. En 1930 Edmund Jacobson, examinó la gravitación del factor tensivo y pretende que -- el sujeto desarrolle primeramente una diferenciación de su tono muscular mediante la tensión y la relajación de gruesos grupos musculares, para llegar después sistemáticamente a la relajación total. Durante el ejercicio de las técnicas de relajación se produce una disminución más o menos importante de las percepciones visuales, auditivas y de la sensibilidad superficial, paralelamente a un aumento notable de las percepciones cenestésicas. Esta disminución de las aferencias sensoriales puede ser comparada con las experiencias de privación sensorial y también con el sueño.

De esta manera, es como se pretende hacer hincapié en una adecuada colaboración por parte del médico hacia el paciente ansioso, ya que hoy en día las tensiones se aglomeran y las necesidades de la vida moderna nos conducen a

una intensa aceleración de las actividades rutinarias y como consecuencia, una menor capacidad de tolerancia hacia los obstáculos que tenemos que afrontar. Por ello, es necesario proporcionar nuevos caminos que nos brinden una forma placentera, hacia los procedimientos dentarios; esto se logra, actuando en un mismo plano, tanto el contacto físico como humano o sea, dando relevancia a las relaciones interpersonales.

1.5. Limitaciones del Estudio.

1. El estudio se llevó a cabo específicamente en una Clínica-Escuela de Odontología en la ciudad de Guadalajara.
2. Se atendieron a pacientes de diverso nivel socio-económico y cultural.
3. La consulta estuvo a cargo de estudiantes de diverso nivel académico, con supervisión de médicos titulares.
4. El servicio odontológico se efectuó en varios departamentos como son: Diagnóstico, Parodontia, Operatoria, Endodoncia, Protodoncia, Exodoncia y Cirugía.
5. En la sala de relajación existieron variables no controladas como interferencias de las salas adjuntas y ruidos producidos fuera de la clínica.
6. En algunos departamentos odontológicos, existió la limitación con respecto al número de pacientes seleccionados.
7. El manejo humanístico, específicamente la atención que se le brindó al paciente antes de aplicar el tratamiento, pudo haber influenciado en los resultados del retest.

1.6. Definición de Términos Básicos.

1. **Castración:** Término psicoanalítico referente a un complejo sistema de emociones y sentimientos inconscientes que tienen relación con la pérdida de los órganos genitales que a nivel simbólico revela la persistencia de una angustia infantil.
2. **Condicionamiento:** Proceso en el cual, un nuevo objeto o situación viene a despertar respuestas que originalmente eran despertadas por otros estímulos.
3. **Desensibilización sistemática:** Tratamiento utilizado para modificar una conducta no deseada, que consiste en presentar en forma gradual, el estímulo que provoca la ansiedad hasta alcanzar una intensidad cada vez mayor y así lograr que con la presencia del mismo estímulo llegue a desaparecer dicha ansiedad.
4. **Endofiliético:** Resistencia a la infección desarrollada dentro del organismo.
5. **Ego:** Llamado también Yo; uno de los tres componentes del aparato psíquico dentro de la corriente psicoanalítica, el cual cumple con las funciones de percibir las necesidades de la propia persona y adaptarse a la realidad. Es responsable de las funciones defensivas para proteger a la persona de las demandas morales e instintivas, pues funge como mediador entre ambas estructuras, que son el ello y el superego.
6. **Ello:** Otro componente del aparato psíquico en la formación de la personalidad, consistente en esos fuerzas biológicas o instintivos que demandan satisfacción inmediata.
7. **Estereotipada:** Repetición persistente de una determinada conducta no adaptativa.
8. **Fijación:** Detención del desarrollo psicosexual -

- en cualquier estadio de la maduración completa.
9. **Fisiotrópico:** Que da calma al cuerpo.
 10. **Formación reticular:** Red formada por la prolongación de la sustancia gris que se extiende desde la región inferior del bulbo hasta la parte superior del tronco cerebral.
 11. **Hiperactividad metabólica:** Aumento de la actividad de las funciones básicas del organismo.
 12. **Hipocondriasis:** Preocupación exagerada por la propia salud física.
 13. **Homeostático:** Equilibrio, estabilidad.
 14. **Mecanismo de Defensa:** Proceso intrapsíquico inconsciente de naturaleza protectora. Se utiliza para disminuir la ansiedad en situaciones conflictivas a las que se enfrenta el individuo.
 15. **Neurosis:** Trastorno de la conducta caracterizado básicamente por un determinado tipo de ansiedad, que puede ser experimentada directamente o por procesos inconscientes.
 16. **Pituitaria:** Llamada también hipófisis; glándula de secreción interna localizada en la silla turca del esfenoides.
 17. **Psicosomático:** Relación entre el cuerpo y la mente tomados en conjunto.
 18. **Psicótico:** Individuo que sufre de un trastorno mental en el cual sus capacidades para reconocer la realidad se encuentran afectadas.
 19. **Refuerzo:** Estímulo que provoca aprendizaje.
 20. **Relaciones Interpersonales:** Significa que la corriente de sentimientos, va y viene de una persona a otra.
 21. **Relación Simbiótica:** Dependencia entre dos personas, en la que ambas refuerzan su enfermedad.
 22. **Sensoriomotor:** Que produce actividad motora como consecuencia de la estimulación de los nervios sen

soniales.

23. *Superego; o superyo; Parte de la personalidad descrita por Freud, la cual consta de todas las restricciones morales de la conducta que el individuo ha interiorizado, procedentes de su medio ambiente social.*

CAPÍTULO I REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. TENSION Y ANSIEDAD

2.1.1. Introducción.

Enfrentarse a la tensión y ansiedad es una necesidad diaria del crecimiento y desarrollo humanos. Asistir por vez primera a la escuela e ingresar a un nuevo trabajo, la separación de familiares, dudar de la propia capacidad de adaptación en las relaciones con las demás personas, son algunas de las fuentes potenciales de la tensión. La tensión puede tener efectos positivos o negativos, pero la respuesta negativa es la que generalmente capta la mayor parte de nuestra atención; se considera que da lugar a cosas tan desagradables como un bajo rendimiento en los exámenes, el insomnio, dolores de cabeza, erupciones en la piel, desórdenes médicos serios como las úlceras, los ataques al corazón, el cáncer, etc.

2.1.2. Antecedentes Históricos sobre la tensión y la ansiedad.

Chagoya y Maza, (1980), indican que desde la edad antigua, los Israelitas, Caldeos, Babilonios y Asirios se caracterizaban por el gran temor que sentían hacia sus dioses, así como su deseo frustrado de inmortalidad, -- siendo ambas situaciones generadoras de gran ansiedad. -- Las tragedias griegas de Sófocles, Esquilo, Eurípides, dan un tono de terapia colectiva ya que ante el posible derrumbe bélico de la nación, el pueblo padecía de ansiedad ante el panorama del caos próximo, por las derrotas de Atenas, -- por lo que era menester un remedio curativo del miedo y un aliciente en la lucha por sobrevivir. Platón ratifica el deseo universal de aspirar a la inmortalidad, cuya frustración genera una ansiedad de tipo existencial. La duda del

propio yo de alcanzar la trascendencia y la eternidad, produce en el hombre inquietud y ansiedad. ¿Cuál es la raíz de la ansiedad?, Platón responde que se debe a la frustración de inmortalidad y la realidad que ello produce.

No obstante, Epicteto, en su Enchiridion, culpa al hombre como fuente y raíz de todos sus males diciendo que cuando nos sentimos inquietos, turbados y llenos de confusión, no debemos echarle la culpa a nadie, nada más a nosotros. Lo peculiar de la escuela Estoica es su mención de que somos nosotros mismos la fuente de nuestro mal, por el indebido manejo de las situaciones. La ansiedad situacional se halla descrita en el libro del Génesis bajo la declaración de que se comerá con el sudor de la frente, se parirá con dolor a los hijos. Spinoza consideró que todos los efectos de deseo, miedo, alegría, tristeza, son actos que se producen en presencia de una situación cualquiera - por lo que al no llevarlos a cabo, constituyen otra fuente más de ansiedad.

Spielberger, (1980), indica que las primeras reflexiones sobre los efectos de las tensiones de la vida diaria sobre las enfermedades físicas y mental se iniciaron en el siglo XIX. A principios del siglo XX, Sir William Osler, un renombrado médico británico, comparó la tensión y las deformaciones con el trabajo pesado y las preocupaciones, sosteniendo que tales condiciones contribuían al desarrollo de las enfermedades cardíacas. Al comentar acerca de los atributos personales de un grupo de veinte médicos que padecían angina de pecho, Osler observó que los médicos estaban completamente absortos con el incesante ajetreo de la práctica médica, y en cada uno de estos hombres había un factor adicional en común: la preocupación. Al equiparar a la tensión con el trabajo pesado y a las deformaciones con las preocupaciones, Osler ha aplicado las de-

finiciones para adaptarlas al comportamiento humano; al sa tisfacer las necesidades de sus pacientes, los médicos se enfrentan a una gran cantidad de presiones, lo que puede producir reacciones de ansiedad y preocupaciones, dando co mo resultado enfermedades físicas.

2.1.3. Definición de Tensión.

Es una deformación, presión o fuerza ya sea externa o interna, un intenso esfuerzo que ejecuta cualquier persona al enfrentarse ante una determinada situación. En términos comunes, la tensión se refiere tanto a las circunstancias que demandan una respuesta, exigencia física o psicológica al individuo, como a las reacciones emocionales que se experimentan en dichas situaciones. La palabra tensión, al igual que las palabras éxito, fracaso o felicidad, significan cosas diferentes entre las personas; de tal manera que resulta difícil definir las. También se puede describir como un complejo proceso psicobiológico que comprende tres elementos principales. El proceso se inicia con una situación o estímulo potencialmente peligroso o nocivo, que es el agente productor de la tensión. Si este agente es visto como algo potencialmente peligroso o amenazador, se producirá una reacción de ansiedad, presentando el individuo sensaciones subjetivas de temor, nerviosismo, conflicto, preocupación y una elevada actividad del Sistema Nervioso Autónomo. (Spielberger, 1980).

2.1.4. Enfrentarse a la tensión.

El hecho de que una situación de lugar a la tensión, depende de la manera como cada persona interprete dicha situación, así como la habilidad para hacerle frente. Así la reacción de algunas personas frente al trabajo pesado y las responsabilidades, es de preocupación y ansiedad, en tanto que en otras, la misma cantidad de trabajo puede ser desafiante y gratificadora,

2.1.5. Definición de Angustia

Chagoya y Maza, (1980), señalan que Noyes en 1976 la definió como un estado de tensión exaltado y acompañado de un sentimiento vago pero muy inquietante, de desastre o peligro inmediato. La angustia tiende particularmente a perturbar las funciones fisiológicas y a encontrar expresión en síntomas psicósomáticos; puede en los estados agudos a través de la estimulación del sistema neurovegetativo, producir problemas respiratorios, sudoración, insomnio, diarrea y palpitaciones. También subraya que la angustia tiene su origen en impulsos reprimidos que se hacen particularmente amenazantes cuando la represión se debilita. Asimismo puede originarse en frustraciones, insatisfacciones, inseguridad y con mayor frecuencia de lo que pudiera creerse, directa o indirectamente en las situaciones interpersonales.

2.1.6. Definición de Ansiedad. "Es un estado de re-acción emocional que consiste en sensaciones subjetivas de tensión, temor, nerviosismo y preocupación, así como una elevada actividad del Sistema Nervioso Autónomo". - - - (Spielberger, 1980, p. 16).

2.1.7. Diferencias entre angustia y ansiedad. Existe una gran cantidad de definiciones y en algunos casos -- los autores utilizan los términos de ansiedad y angustia -- para definir un mismo estado. Chagoya y Maza (1980), mencionan que Devaux y Logre se interesaron en separar y relacionar la angustia y la ansiedad; para ellos la ansiedad -- es una emoción caracterizada por un estado de dolor moral y de incertidumbre, con frecuencia sensación de malestar físico; esta sensación constituye la angustia propiamente dicha, siendo que en la ansiedad las manifestaciones de angustia no son constantes ni necesarias; en otras palabras, la angustia es la somatización de la ansiedad. Estos auto

res destacan las reacciones físicas y psicológicas como dos elementos esenciales e indisolubles de toda emoción. Dentro del elemento psicológico de la ansiedad destacan tres aspectos constitutivos que son: la duda, la inseguridad y la irresolución, siendo la inseguridad el único aspecto específico y característico, los otros dos serían accesorios y contingentes. En cuanto al elemento físico, refieren primero los sistemas inespecíficos como rubor, palidez, aceleración del pulso y del ritmo respiratorio, temblores, etc. enfatizando que están especialmente comprometidos los órganos de la vida vegetativa, en particular las vías respiratorias y digestivas. Seguidamente describen las manifestaciones de la angustia a distintos niveles del organismo refiriéndose a la angustia respiratoria como sensación de asfixia; angustia digestiva como la diarrea y vómitos y la angustia cefálica que son los dolores de cabeza; como manifestaciones secundarias distinguen la disminución de la atención, fatiga y agotamiento debido a desperdicio de energía que la ansiedad-angustia implica.

2.2. TEORIAS SOBRE LA ANSIEDAD.

2.2.1. Teoría Psicoanalista.

Algunos psicoanalistas han sostenido que la forma de manejar la tensión durante la infancia y la adolescencia, puede tener profundos efectos en el subsecuente desarrollo de la personalidad. Creen que un recién nacido al cual se le alimenta cada vez que llora, tenga o no hambre, puede convertirse más tarde en una persona más bien pasiva y dependiente; por lo contrario, si la satisfacción de sus necesidades alimenticias se demora demasiado, aparentemente ello puede hacer que se convierta en una persona recelosa, desconfiada o exigente. (Spielberger, 1980).

En la teoría psicoanalítica la angustia ocupa una -

posición primordial, su importancia es de dos clases. Sirve primeramente como señal o indicación de conflictos y -- también como motivador de la represión. De acuerdo con -- Freud, la angustia automática es una reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una influencia de excitaciones de origen interno y externo, que es incapaz de dominar. Existe también la llamada angustia real que es una reacción del individuo ante un peligro exterior que constituye una amenaza real [Redondo, 1979].

Garfiel, [1979], enfatiza que Freud describe la ansiedad como un estado afectivo o unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con actos de descarga por vías determinadas. Supone una energía psíquica y otra física, interactuantes. Las sensaciones físicas más frecuentes afectan a los órganos respiratorios y al corazón. Dice que la ansiedad solamente la experimenta el Yo, puesto que ahí se ubica. La fuente de la ansiedad puede encontrarse en el mundo exterior, que es la ansiedad frente a un peligro real; en el Ello se localiza la ansiedad neurótica y en el Superyo la ansiedad moral. La ansiedad frente a un peligro real se presenta ante la amenaza real existente en el mundo exterior, es decir, el Yo se relaciona con el mundo exterior y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo. En la ansiedad neurótica, el Yo lucha contra el mundo de las necesidades instintivas. La ansiedad moral se presenta cuando se teme un castigo como consecuencia de haber sobrepasado un valor moral.

Tales amenazas contra el Yo, se presentan en diversos modos en las diferentes etapas del desarrollo. En los primeros años amenazan la personalidad, todavía no madura, con la pérdida del amor. En una etapa posterior, la irrup

ción de las pulsiones prohibidas expone al niño a la amenaza de la castración que es el símbolo general del castigo - y más tarde, las acciones prohibidas acarrearán la reprobación de la sociedad, lo que produce el temor de ser excluido de ella. De esta manera, cuando los peligros específicos que se experimentan en la primera infancia afectan al Yo, éste continúa actuando a través de la vida, es decir, - la primera experiencia de ansiedad ocurre cuando el Yo todavía débil por encontrarse aún en proceso de desarrollo, - esta experiencia es la que establece el patrón para la vida ulterior. Por eso cuando posteriormente afronta situaciones semejantes a las primeras experiencias, el Yo tiende a considerarlas igualmente peligrosas.

Otto Rank, descrito por Cueli [1972], desarrolla su teoría sobre el traumatismo del nacimiento, quien considera que la vida es una serie de experiencias de separación, el trauma es particularmente significativo, porque está -- vinculado con la separación del objeto amado que es la madre y posteriormente todas las situaciones productoras de ansiedad se relacionan con alguna amenaza de separación. - Enfatiza que los síntomas fisiológicos que acompañan a la asfixia transitoria que se presenta en el nacimiento son casi idénticos a los síntomas que acompañan a la ansiedad, como la taquicardia, la dificultad para respirar y la diarrea.

Spielberger (1979), explica la teoría de Freud respecto a cómo surge la ansiedad neurótica y enuncia que el castigo como expresión normal de los impulsos agresivos -- sexuales, particularmente durante la infancia temprana, -- puede hacer que una ansiedad objetiva se convierta en una ansiedad neurótica, siendo interna la fuente del peligro - por lo cual la persona no tiene conciencia del agente que la produce. Por ejemplo, un niño de tres años ha disfruta

do de la atención absoluta de sus padres, pero un nuevo -- hermano llega y tiene que compartirla. Cuando sus exigencias de atención no pueden ser atendidas por su madre, -- quien se encuentra ocupada cuidando del bebé, toma uno de los bloques con los que está jugando y lo arroja en dirección a la cuna del hermanito. Esto atemoriza y disgusta a su madre, quien lo pega en las manos y lo reprende severamente.

La interacción entre el niño y su ambiente se puede analizar como sigue: primero, cuando el niño ve que su madre pasa la mayor parte de su tiempo con el nuevo bebé, se siente abandonado y colérico, o sea impulso de ira. Al dejarse llevar por su cólera, el niño arroja el bloque en dirección de la fuente de su frustración, que es el comportamiento agresivo. Como es castigado de inmediato por su mala acción, percibe correctamente a su madre como una fuente de peligro externo. En posteriores ocasiones, siempre que tenga sensaciones de ira o pensamientos que puedan dar por resultado un comportamiento agresivo, por el cual pueda ser castigado por su madre, experimentará un temor al castigo, es decir, ansiedad objetiva.

La ansiedad objetiva es útil si ayuda al niño a -- inhibir las expresiones de impulsos inapropiados para evitar el castigo. El aprendizaje de la inhibición de la tendencia a atacar las fuentes de frustración constituye una parte esencial en la socialización de los niños. Pero el castigo severo a las actitudes agresivas pueden dar por resultado una intensa reacción de ansiedad neurótica, la -- cual inhibe el comportamiento normal, y a menudo deseablemente confiado, aún en los casos donde no existe un peligro real.

Las reacciones de ansiedad neurótica, según Freud, -

se basan originalmente en los ansiedades objetivas. El -- proceso por el cual la ansiedad objetiva se convierte en -- neurótica, se inicia cuando los estímulos internos o señales ligadas a los castigos previos, despiertan la ansiedad objetiva. Como las reacciones de ansiedad objetiva se experimentan como algo desagradable, ponen en marcha actividades mentales y conductuales a reducir o aliviar lo desagradable. Si los esfuerzos para reducir la ansiedad objetiva llevan a la represión de las señales internas, es decir a alejar de la conciencia todos los pensamientos y recuerdos ligados a los comportamientos previos castigados, -- el escenario queda listo para la futura aparición de la ansiedad neurótica. Esto se debe a que la represión no es -- total ni completa y una interrupción parcial en la represión, permite que los fragmentos o representaciones simbólicas de los acontecimientos traumáticos reprimidos irrumpían en la conciencia. Estas derivaciones de los pensamientos reprimidos constituyen las señales de peligro que provocan las reacciones de ansiedad neurótica.

2.2.2. Teoría Culturalista.

El principio de esta teoría se debió al antropólogo A. Kardiner, él quiso confirmar la teoría biológico-instintiva de Freud aplicada en las culturas primitivas, pero encontró lo opuesto. El desarrollo de la personalidad variaba en tal grado en el mundo como sus patrones sociales, costumbres y culturas. (Chagoya y Maza, 1980).

Algunos psicoanalistas de orientación cultural han hecho contribuciones sobre la teoría de la angustia, éstos son: K. Horney, H. Sullivan y E. Fromm, quienes sustentan que la amenaza es el producto de ciertas exigencias culturales, en contraste con Freud quien arguye que la amenaza interna produce la angustia.

K. Horney, (1983), destaca que la génesis de la ansiedad se encuentra en toda situación conflictiva entre la necesidad de depender de otros, especialmente de los padres en la infancia y la hostilidad que despierta esta situación. Cuando la hostilidad ha sido reprimida, surge la ansiedad; más no es determinante en los primeros años de vida, sino que la conducta de cada individuo está también intercalada con situaciones culturales y sociales. La ansiedad es diferente en cada individuo y su reacción ante amenazas de valor vital desencadena situaciones angustiantes. Mientras no se comprometa dicho valor vital, la represión por sí sola no provoca ansiedad. Señala que la situación de frustración tiende a hacer al niño hostil, porque éste a su vez, siente que el mundo es hostil y esta creencia aumenta sus sentimientos de desamparo. Según ella, existe una segunda angustia la cual se desarrolla sólo de las defensas erigidas originalmente contra la primera angustia, de este modo se forma un círculo vicioso porque la angustia produce defensas que a su vez provocan nueva angustia y así sucesivamente.

Bischof, (1982), subraya que Fromm considera que la angustia se desarrolla en el conflicto entre las necesidades de tener contacto, de obtener aceptación social y la de conservar la independencia. Hace notar que alguna de las potencialidades del individuo puede chocar con la reprobación de un padre destructivo o puede ser sacrificada en aras de la sujeción a las normas de una cultura determinada. En estas circunstancias, cualquier intento que se realice para expresar estas potencialidades puede producir angustia.

H. S. Sullivan concibió la vida humana como un proceso a través del cual el hombre lucha y se estimula para ser aceptado en sus relaciones interpersonales; para este-

autor, la ansiedad es el resultado de las relaciones de uno para con otros; la transmite la madre al hijo y resurge más tarde ante las amenazas de la seguridad de uno. Indica que los grados de ansiedad son: ligera, la cual es la que le ocurre a la gente cada día y severa cuando ocurre en la infancia y que es propia de los estados patológicos. El desarrollo del individuo siempre tiene que ver con un problema continuo y fundamental: el otro adecuado de su necesidad de satisfacción y de seguridad, siendo la ansiedad el producto de ciertas exigencias culturales.

2.2.3. Teoría Existencialista.

La tendencia existencialista de Laing y Kierkegaard, se dirige hacia la distinción de las diversas posturas que adopta la vivencia ansiosa en el ser humano. Para esta corriente, el sentido de la vida no lo da exclusivamente el principio del placer, sino que el hombre madura en dolor y crece en él. La vida es el existir, pero no se vive sin reflexión, no se existe sin entender el porqué de las cosas. Para los existencialistas, la naturaleza humana incluye contradicciones lo cual constituye una fuente de ansiedad. Es decir, el hombre es esencialmente libre, puede elegir, por lo tanto es responsable de su ser, de su situación y especialmente de su futuro. (Chagoya y Maza, 1980).

2.2.4. Teoría de la Maduración y el Aprendizaje.

Whittaker, (1977), explica que en el pasado se creía que muchas emociones aparecen en el momento del nacimiento, pues los niños recién nacidos muestran una conducta que parece ser emocional como el llorar, sonreír, agitarse, por lo que se considera que las emociones son innatas o instintivas. Watson en 1924 observó un gran número de recién nacidos durante considerable tiempo llegando a la conclusión que habla tres emociones bien definidas

e identificables en el momento del nacimiento: el miedo, - la cólera y el amor; según él, estos sentimientos son innatos; además encontró en sus experimentos que el miedo puede ser despertado en los niños por los sonidos fuertes o - la pérdida del apoyo corporal. La cólera era provocada -- por la restricción de los movimientos corporales y el amor era producido por caricias o manipulando distintas regiones del cuerpo.

Gray en 1971, afirmó que es posible integrar todos los estímulos de temor en cuatro principios generales: intensidad, novedad, peligros evolutivos especiales y estímulos sugeridos de la interacción social. Goodenough en - 1932, contribuyó a estudios sobre la maduración y desarrollo emocional en niños ciegos y sordomudos observando que las emociones se desarrollan en estos niños que no tuvieron oportunidad de estímulos previos de aprendizaje y que aparecen en determinada edad paulatinamente. Whittaker concluye que los estímulos que despiertan las emociones antes del aprendizaje son muy limitados y que el desarrollo emocional es una función de la maduración y también del aprendizaje.

Redondo y Ortiz, (1973) revisando la teoría de Bandura sobre el aprendizaje, este último opina que los desórdenes ansiosos representan las manifestaciones nacidas por conflictos infantiles reactivados, es decir, entra aquí un aprendizaje que explica que los conflictos inconscientes aprendidos en la infancia son la base de los más graves problemas emocionales de la vida posterior.

Este conflicto es el resultado de la educación paterna. El niño está necesariamente desorientado, confuso y tales circunstancias son las que crean los conflictos -- mentales inconscientes. Sustenta que una persona se comporta

tará imitando la conducta a través de la observación y que los modelos son la fuente principal de conductas aprendidas; así, la ansiedad es aprendida y reforzada a través de recompensas en determinadas situaciones.

Asimismo, refieren Redondo y Ortiz que J. Wolpe, asiente también que algunas perturbaciones emocionales son el resultado de ciertas clases de experiencias aprendidas que establecen por simple condicionamiento en las que la ansiedad, es el punto culminante como base de dichas alteraciones.

2.2.5. Teoría Factorialista.

Chagoza y Haza [1980], describen el fenómeno de la ansiedad, como un conjunto de componentes o factores e indican que esta teoría ha surgido por teóricos modernos quienes consideran que tales componentes o rasgos, son características relativamente constantes cuya magnitud varía y están organizadas de diversas maneras en el individuo. Continúan señalando que Thorndike expresa que un rasgo es una cantidad variable de conductas similares, las cuales se encuentran en diferentes grados, clasificándolas en todos los sujetos de un grupo definido, por el número de veces que aparece la misma conducta,

Cattell-Scheier han distinguido dos clases de ansiedad: la caracterológica y la situacional. Describen la caracterológica como algo que surge internamente de las diferencias temperamentales, como la timidez. Como conflicto interno, en último término, es una huella de la experiencia externa que puede ser histórica, remota y atribuible a los sentimientos y complejos del sujeto. La situacional se relaciona más con la amenaza externa y menos, con los aspectos internos del individuo, ésta puede ser normal y afustada a las estructuras de la personalidad.

(Spielberger, 1975, p.1), conceptualiza dos tipos de ansiedad: rasgo y estado y esclarece que: "la ansiedad-estado, es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo". La ansiedad-rasgo se refiere a "las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas - en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado".

Se hace hincapié que en base a estos conceptos de ansiedad rasgo y estado, se construyó el Inventario de Autoevaluación IDARE, instrumento que fue utilizado en la presente investigación.

Chagoza y Maza, (1980), mencionan que Campbell conceptualiza a la ansiedad-rasgo, como disposiciones adquiridas latentes, hasta que las señales de una situación las activan; estas disposiciones involucran residuos de experiencias pasadas.

Así, la ansiedad estado se puede comparar con la energía cinética o sea la reacción en un momento particular y en un determinado grado de ansiedad y la ansiedad rasgo como la energía potencial, indicando las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción (Spielberger, 1979).

M.S. Drause, al referirse a la ansiedad transitoria menciona seis tipos de factores que la acompañan: reportes introspectivos; signos fisiológicos, conducta o acciones - de posturas, gestos, habla, etc.; ejecución de trabajos; -

intuición clínica y respuesta a la tensión, [Redondo y Ortlz, 1973].

2.2.6. Teoría Fisiologista.

Spielberger, (1979), explica que los cambios fisiológicos ligados a las reacciones de tensión son controlados por un centro nervioso del cerebro llamado hipotálamo. Cuando un agente lo excita, se inicia una compleja cadena de procesos neurales y bioquímicos que alteran el funcionamiento de casi todas las partes del cuerpo. El Sistema Nervioso Autónomo, el cual moviliza al cuerpo para enfrentarse a la tensión, es activado directamente por el hipotálamo, el cual activa también la glándula pituitaria. Esta a su vez, segrega un agente bioquímico, la hormona adrenocorticotrófica (HACT) en la corriente sanguínea. La glándula adrenal, estimulada por la HACT, segrega adrenalina y otros agentes bioquímicos que excitan y activan los mecanismos del cuerpo.

Los cambios fisiológicos que siguen a la activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenocorticoide, por un agente, preparan al individuo para una vigorosa respuesta de lucha o escape. El corazón acelera su actividad, enviando más sangre al cerebro y a los músculos; los vasos sanguíneos se contraen y el tiempo de coagulación disminuye, lo cual da por resultado serias hemorragias por heridas que no lo son tanto; la respiración es más rápida y profunda, proveyendo así más oxígeno; la saliva y las mucosidades se resecan, aumentando el tamaño de los conductos de aire a los pulmones; y el aumento de la transpiración enfría el cuerpo.

Durante las reacciones de tensión, muchos músculos se ponen rígidos, preparando al cuerpo para una acción rápida y vigorosa. Las pupilas se dilatan, haciendo que los

ojos sean más sensibles. Se producen más glóbulos blancos para ayudar a combatir las infecciones. Las funciones - - prioritarias menores, como comer, digerir los alimentos, - se suspenden para conservar la energía. De esta manera, - todas las fuerzas del organismo amenazado se movilizan, ya sea para atacar a un enemigo o bien para escapar en busca de seguridad.

La teoría de Seyle en 1956, continúa Spielberger, - denominó a la suma de estas reacciones fisiológicas que re sultan de la exposición a estímulos nocivos, como el Síndrome General de Adaptación (SGA). El SGA consta de tres etapas principales. La primera es una reacción de alarma, producida por la exposición repentina a una situación angustiada. La mayoría de los cambios descritos ocurren en esta etapa inicial.

Cuando la exposición al agente se prolonga, a la -- reacción de alarma le sigue una etapa de resistencia. Los signos de la reacción de alarma disminuyen conforme el mecanismo homeostático intenta adaptarse a dicho agente. Pe ro esta resistencia emplea energía que puede ser necesaria para otras funciones vitales, por lo que existen ciertos - límites para la capacidad de adaptación del organismo. Fi nalmente, a la etapa de resistencia le sigue la etapa de - agotamiento. En este momento pueden reaparecer los signos de la reacción de alarma, pero si el uso y abuso de la d-- adaptación al agente ha agotado por completo los recursos - de defensa del organismo, la tensión continuada puede causar la muerte. (Spielberger, 1979).

2.2.7. Teoría Conductista.

Whittaker, (1977), analizando el conductismo refiere que es una corriente psicológica la cual explica - los fenómenos a través de una relación de estímulo-respuesu

ta para que se efectúe una conducta determinada. Para explicar el aprendizaje, el fisiólogo ruso llamado Pavlov en 1909 realizó un experimento nombrado como condicionamiento clásico, en el cual observó que al colocar alimento en la cavidad bucal de un perro, se provocaba secreción salival y gástrica, sin embargo, también se dio cuenta que estas mismas secreciones se presentaban a la vista del alimento, llegando a la conclusión de que la respuesta de salivación al gusto del alimento, se relacionaba con la vista del alimento. Probó esta hipótesis al colocar un estímulo neutro o sea que no tenía relación con el alimento; dicho estímulo era una palanca que se encendía (luz) antes de colocar el alimento. La salivación se presentaba cuando el alimento era colocado en la boca, pero no cuando se prendía la luz. Después de varios ensayos, el animal secretó saliva cuando se encendía la luz y sin que se le presentara el alimento. De esta forma se verificó que el estímulo de la luz y la respuesta de salivación se asociaron; el animal aprendió que siempre que se encendía la luz, se le daba el alimento.

El siguiente diagrama ilustra la secuencia del condicionamiento clásico para que se de una respuesta con un estímulo neutro:

<u>Alimento en la boca</u>	<u>Salivación</u>
Estímulo no condicionado E_1 no aprendido R_2	Respuesta no condicionada
<u>Luz</u>	<u>Salivación</u>
Estímulo condicionado E_2 APRENDIDO R_2	Respuesta condicionada

Según la terminología de Pavlov, la respuesta no condicionada es la que ocurre naturalmente, es decir, la que no es aprendida. De esta manera la salivación que aparece al ocurrir el gusto del alimento en la boca es una respuesta no condicionada. El estímulo que despierta una respuesta no condicionada es denominado estímulo no condicionado. Por ejemplo, el alimento citado anteriormente, es un estímulo no condicionado para la salivación. El estímulo condicionado, es el que despierta una respuesta normalmente asociada con ese estímulo, ejemplo, la luz. La respuesta condicionada es la que se hace asociada con un estímulo que normalmente no despierta respuesta. El proceso del condicionamiento clásico, comprende la sustitución de un estímulo condicionado, por un estímulo no condicionado por medio de la presentación continua de los estímulos y del refuerzo.

Aplicando la anterior teoría, se explica que la teoría común conductista es la de considerar el miedo y la ansiedad como fenómenos aprendidos, porque se pueden asignar a previas señales neutras. De igual manera, también esta corriente, arguye que la ansiedad produce ciertas respuestas que interfieren con el aprendizaje eficiente o la ejecución de tareas complejas, las personas que viven en situaciones ansiosas, rinden aprendiendo según la intensidad de su perturbación.

2.2.8. Evaluación Crítica:

Siendo la ansiedad un fenómeno universal, se puede decir, que la mayoría de los autores la conceptualizan de la misma forma, sus diferencias son sólo de grado y utilizan diferente terminología para referirse a ella; así para la Escuela Existencialista, la ansiedad se refiere al presente y al futuro en general y aparece ante las amenazas contra la integridad existencial.

En la Corriente Psicoanalítica, Freud expone que la ansiedad es una reacción ante el peligro desconocido, que proviene del interior, es decir, la primera experiencia de ansiedad ocurre cuando el Yo es todavía débil, por encontrarse aún en proceso de desarrollo, esta primera experiencia establece el patrón para toda la vida ulterior. Habiéndose visto amenazado por el peligro, el Yo tiende a -- considerar que cualquier otra situación semejante resultará peligrosa. Para los principales representantes de la -- Escuela Culturalista, la ansiedad se origina como una reacción ante la amenaza interna, producto de las exigencias culturales.

Finalmente los teóricos de la Corriente Factorialista han sugerido que la ansiedad caracterológica, es aquella que surge ante una situación objetiva no peligrosa, pero amenazante, que se ha formado a través del desarrollo -- de cada individuo y que responde con reacciones de ansiedad en un momento específico. La ansiedad rasgo es considerada como una reacción ante una fuente interna que amenaza la integridad del individuo, está relacionada con sus -- vivencias pasadas y con una fuente externa que al presentarse como una señal de alarma, el individuo reacciona en un momento determinado, siendo considerada entonces, como -- ansiedad estado.

2.3. CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD

2.3.1. Generalidades.

Existen varios criterios para clasificar la ansiedad; aquí se describirán dos: la de Norman Cameron que la analiza a través de un enfoque dinámico y la más reciente categorización que realizó la Asociación Psiquiátrica -- Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los -- Trastornos Mentales, DSM-III.

2.3.2. Ansiedad Neurótica.

Cuando existe una tensión emocional demasiado intensa sirviendo de base para el desarrollo de un determinado patrón de conducta, que se llega a un punto en el cual se limitan tanto la capacidad de una persona, al grado de que incluso la rutina le produce estrés, y las satisfacciones escapan de su vida, entonces se habla de una ansiedad neurótica; estas personas sufren de una serie de perturbaciones rutinarias en uno o varios aspectos de su vida como en sus pensamientos y sentimientos e incluso hasta en sus relaciones interpersonales. Esta ansiedad se puede manifestar de varias formas que a continuación se describirán:

2.3.2.1. Reacción de Ansiedad. - "Es un estado de aprensión, sin objeto aparente, en el que se intenta descargar la tensión de origen interno y hacer disminuir la ansiedad incrementando la actividad corporal". (Cameron, -- 1982). El paciente es víctima de una amenaza vaga y desconocida. Está vigilante y alarmado sin ser capaz de comprender por qué; reacciona con respuestas fisiológicas y se muestra predispuesto a actuar en forma inadecuada y exagerada ante cualquier provocación ligera. Las reacciones de ansiedad disminuyen la capacidad de relajación, el gozo y la eficiencia de una persona, pero rara vez la incapacita. Es raro que reconozcan que necesitan de ayuda psicológica; su intranquilidad muchas veces la aceptan creyendo que se trata de una característica de la personalidad inmodificable.

Existen personas que se adaptan a niveles muy elevados de tensión y ansiedad neuróticas sin una distorsión obvia de su percepción del mundo y sin serias limitaciones en su campo de acción. Algunas, descargan sus tensiones a través de una sobreactividad continua y con toda energía -

se inmiscuyen y tratan de resolver problemas no solamente suyos, sino de otras personas, impulsadas por una necesidad urgente de dominar la ansiedad que las consume. Suelen incluir molestias, dolores y perturbaciones de las funciones viscerales, pues los músculos y órganos internos se sobrestimulan durante el proceso de descarga. La reacción de ansiedad es adaptativa, aunque resulte costosa, porque funciona como válvula de seguridad. Al descargar continuamente el exceso de tensión a través de la hiperactividad corporal, la persona logra conservar la integración de su ego, aunque puede caer en ataques de ansiedad e incluso llegar a niveles psicóticos.

2.3.2.2. Reacción de ansiedad crónica. (Neurosis de Ansiedad). La ansiedad crónica se caracteriza por un miedo sin estructura. Por lo común, la persona no puede indicar qué es lo que le da miedo exactamente. Se siente constantemente tenso y aprensivo, como si estuviera esperando algo terrible que le va a suceder. Fisiológicamente se encuentra siempre dispuesto a cualquier emergencia, es decir tenso, expectativo y fatigado, listo para cualquier desastre que no puede especificar y que en realidad nunca llega a sucederle. Casi siempre esta reacción es inconciente al no darse cuenta de que es él quien lo genera. Necesita esforzarse continuamente para librarse de tensiones y ansiedades que se acumulan y lo atormentan.

Por lo general, la persona ansiosa se ve y actúa tensa en su postura y en sus movimientos, en la expresión de su rostro, en sus gestos, en su modo de sentarse y hablar. Estas señales musculares de tensión pueden venir acompañadas de dolores de cabeza, de una sensación de presión alrededor de ella, dolores en el cuello, espalda y piernas; a menudo le tiemblan los dedos, la lengua y los párpados. Es probable que el paciente crónicamente ansio-

so sea olvidadizo, incapaz de concentrarse y pensar claramente, muy inquieto y nervioso de no poder dedicarse por largo tiempo a una actividad. Los desórdenes del sueño -- son casi universales en las reacciones de ansiedad. La vida social de la persona perpetuamente ansiosa sufre en igual medida que su vida fisiológica y personal (Cameron, -- 1982.).

2.3.2.3. Ataques de ansiedad. "Son episodios agudos de descompensación emocional, que suelen surgir cuando existe una ansiedad crónica y que manifiestan en grado exagerado las características del miedo normal". (Cameron, 1982, - p. 264).

En los ataques de ansiedad, el miedo suele provenir del interior, de un surgimiento súbito de material inconsciente que amenaza con deshacer la integración del ego. - El ataque de ansiedad es a menudo el punto culminante de - un largo período de tensión creciente, a la que se ha venido adaptando progresivamente la persona ansiosa, pero cada vez con mayores dificultades. Finalmente se llega a los - límites de tolerancia, no puede compensarse más la situación y el estrés continuo precipita una descarga súbita a través de todos los canales disponibles.

2.3.2.4. Reacciones de pánico. "Es un ataque de ansiedad a nivel máximo, un episodio de descompensación emocional extremo". (Cameron, 1982 p. 265). Puede ser preludio de una agresión violenta de una huida frenética, de -- una desintegración del ego o del suicidio. Un miedo incontrolable es parte del cuadro clínico. No son raras las manifestaciones psicóticas, en las que el paciente puede incluso interpretar erróneamente su medio ambiente, sufrir - delirios de persecución y experimentar alucinaciones auditivas de carácter amenazador, ofensivo o insultante. El - pánico puede durar poco, tal vez unas horas o unos días; -

puede también persistir por meses, aunque es raro y la intensidad del ataque fluctúa dentro de grandes límites.

Cameron, (1982), concluye que las reacciones de ansiedad, siempre tienen sistemas de conflictos inconscientes sumamente cargados de energía y fáciles de reactivar. Esto se debe a que durante la infancia, niñez y adolescencia nunca se resolvieron adecuadamente los conflictos y existió una fijación muy a principios de la vida, a un nivel de funcionamiento inmaduro.

En un extremo tenemos una necesidad infantil que ha surgido varias veces, pero a la vez ha sido frustrada constantemente, se le ha negado satisfacción o se ha amenazado al niño con represalias. En el otro extremo, vemos que se le ha satisfecho tan intensamente y por tan largo tiempo - una necesidad infantil, que es imposible renunciar a ella - y es por eso que existe dicha fijación. Otra causa por la que se puede quedar la persona en esta etapa, es la relación simbiótica madre-hijo, en la que el niño no tenía una existencia independiente genuina como persona.

2.3.3. Estados de Ansiedad según el DSM-III.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-III-1983), clasifica los estados de ansiedad en dos:

2.3.3.1. Trastornos por Angustia, y

2.3.3.2. Trastornos por Ansiedad Generalizada.

En los trastornos por angustia, los rasgos esenciales son: crisis de angustia recurrentes que se presentan a veces de forma impredecible, aunque pueden ir asociadas a determinadas situaciones. Las crisis de angustia se definen por la aparición repentina de una aprensión intensa, -

miedo o terror. Los síntomas más comunes son disnea, palpitaciones, sensaciones de ahogo, mareo, vómito, vértigo, sudoración, debilidad, temblor, miedo de morir, de volverse loco, o hacer cualquier cosa en forma descontrolada. -- El trastorno empieza a menudo al final de la adolescencia o en la primera época de la adultez. La alteración puede limitarse a un breve y único período que dura varias semanas o meses, puede repetirse algunas veces o hacerse crónica. Como factor predisponente se señala la separación en la niñez o pérdida del objeto que ocasionaron este mismo trastorno. La incidencia se registra con mayor frecuencia en mujeres.

El criterio para el diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada debe reunir el requisito de que el estado de ánimo ansioso se haya presentado continuamente por lo menos durante un mes. Aunque las manifestaciones específicas de la ansiedad varían de un individuo a otro, generalmente existen signos de tensión motora, hiperactividad-vegetativa, expectación aprensiva que ocurre cuando el individuo se siente continuamente ansioso, preocupado, da vueltas en su cabeza y anticipa que algo malo le va a ocurrir; se vuelve irritable, se queja de falta de concentración, puede tener trastornos en el sueño y es frecuente que se asocien otros síntomas como por ejemplo un cuadro depresivo ligero.

2.4. TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD.

2.4.1. Generalidades.

Las técnicas para medir la ansiedad varían mucho y existen dudas causadas por la diversidad de opiniones sobre la ansiedad en cuanto a la posibilidad de ser medida y evaluada. Pese a todas las críticas, se ha llevado a efecto la medición y la evaluación mediante el empleo de

instrumentos, con lo que se observa que el valor del intento de medición de la ansiedad es importante como esfuerzo y como logro que contribuye a un replanteamiento de los elementos que comprenden la ansiedad.

Existen dos clases de medidas que hay que desglosar:

- Las técnicas o instrumentos de medición fisiológica.
- Los instrumentos psicológicos de medición de la ansiedad (Anastasi, 1973).

2.4.2. Medición Fisiológica.

Por tradición se ha utilizado el uso de la medida de la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la resistencia eléctrica de la piel como instrumentos capaces de ser más objetivos que los propios reportes verbales de los sujetos. Estos instrumentos detectan la existencia de síntomas angustiosos, sin lugar a dudas, pero al parecer, ofrecen ciertas desventajas. Entre las que se pueden mencionar están: un equipo costoso y procedimientos analíticos muy especializados, son individuales y no económicos. Los datos obtenidos no son confiables porque no correlacionan unos con otros, no indican el grado o intensidad del fenómeno, no todos los sujetos sudan y las condiciones orgánicas varían continuamente. Todo esto hace que el uso de tales instrumentos no sean muy adecuados para una medición fisiológica confiable, por lo que se hacen poco aceptables.

2.4.3. Medición Psicológica.

La investigación sistemática y la medición de la ansiedad, ha comenzado hace algunas décadas con Taylor en 1953. Se hace necesario distinguir dos corrientes importantes:

- 1o. Las pruebas proyectivas y los cuestionarios que miden la ansiedad como concomitante de otros factores de --

personalidad.

2o. Aquellas escalas o cuestionarios que se dirigen tan solo a la medición de la ansiedad específicamente.

Las pruebas proyectivas del primer grupo, como son el Rorschach, T.A.T., Frases Incompletas, Hollzmann y otras, son todas ampliamente utilizadas en Psicología clínica. Tienen como ventaja que el sujeto ignora lo que el Psicólogo busca, se encuentra libre de presiones y se involucra fácilmente sin poder negar su propia expresión.

Pese a ser más ventajosas que los aparatos que miden los aspectos fisiológicos, no deja por ello de ofrecer dificultades y limitaciones. El diagnóstico se hace de acuerdo al entrenamiento e interpretación del Psicólogo, algunas pruebas no pueden administrarse en grupo, otras, es difícil establecer niveles de significancia estadística y correlaciones, debido a estas razones, las pruebas proyectivas se consideran instrumentos poco utilizados con fines de medición experimental.

El inventario MMPI es uno de los instrumentos mejor estructurado y utilizado para medir ansiedad, como su nombre lo indica, es un cuestionario de la serie de ciento o falso, como alternativas de respuesta al estímulo. Consta de 566 preguntas divididas en 10 escalas clínicas y tres de veracidad. Una de esas escalas, la número siete, mide ansiedad al mismo tiempo que da datos sobre elementos psicopatológicos de la personalidad. Este inventario nos ofrece ventajas pero no es específico para medir y evaluar la ansiedad, ni nos dice su frecuencia de aparición.

La prueba de Frases Incompletas permite interpretar lo que el sujeto manifiesta, detectar si está o no ansioso y descubre sus miedos y temores, pero al igual que los an-

teriores instrumentos sucede, dejan entrever la existencia del fenómeno, pero no su especificidad.

Las pruebas psicológicas de Medición y Evaluación - específica de la ansiedad, aparecieron a partir de los años '50 y como consecuencia se han elaborado a partir de esa fecha otros instrumentos. (Anastasi, 1973).

2.4.4. Instrumentos Psicológicos para medir Ansiedad.

La primera prueba de ansiedad puesta en práctica fue el Inventario conocido con el nombre de TMAS (Taylor's Manifest Anxiety Scale), en 1953, originada del MMPI para desarrollar una escala de Ansiedad Manifiesta. Tuvo como objetivo medir el estado de ansiedad, en base a un cuestionario de 50 preguntas, abreviado a 20, que se puede usar también en niños. Consta de cinco factores: a) conocimiento de sí mismo; b) sudoración, frío y calor; c) insomnio; d) sentimientos de inadaptación insuperable; e) fatiga. El inventario pertenece al grupo de escalas de respuestas de cierto o falso y el puntaje de un sujeto depende de los reactivos que él ha marcado.

El Freeman Manifest Anxiety Test, tiene como objetivo medir la estructura nuclear de la ansiedad, su neurosis e implicaciones psicósomáticas. Consta de seis categorías y tres tipos estructurales y de cinco partes. a) 51 preguntas de sí o no; b) 21 preguntas de 1 y 2; c) preguntas de 1, 2, 3; d) preguntas de elección propia; e) 52 preguntas de marque con X.

El S-R Inventory of Anxiousness de Perkins, tiene como objetivo medir la inclinación a la ansiedad. Consta de once situaciones básicas, los sujetos indican en una escala de cinco puntos la intensidad con que experimentan cada

una de las 14 tendencias de respuesta a la situación.

El MAACL Multiple Affect Adjective Check List de Zuckermann y otros, tiene como objetivo clasificar los estados afectivos. Consta de tres dimensiones: ansiedad, hostilidad y depresión. A base de 132 objetivos en tres partes. Mide tanto rasgo como estado ansioso.

El TASC de Sarason, tiene como objetivo medir la ansiedad en niños, mide rasgo y estado y el desempeño en las tareas escolares. El DES Escala de Emoción Diferencial de Izard, su objetivo es medir las emociones. Está formado por 67 reactivos fundamentados sobre la teoría de emociones discretas y separadas. (Anastasi, 1973).

De entre estos instrumentos se eligió el IDARE en esta investigación por ofrecer grandes ventajas de tipo teórico y experimental. El problema no es tanto conocer la naturaleza de la ansiedad, sino poder encontrar un instrumento que reúna las mejores condiciones y los menores problemas de aplicación. La bondad del instrumento descansa sobre su confiabilidad y su validez, siendo en este sentido como se verá más adelante, el test IDARE es el que ofrece las mejores condiciones, por ser además sencillo y breve en su aplicación, tomando en cuenta la situación de los pacientes de esta investigación, los cuales no fue fácil someterlos a prueba.

2.5. LA RELAJACION

2.5.1. Antecedentes.

La importancia de la tensión y relajación tiene como lejano antecedente a Boerhave quien en 1708, intentó clasificar al hombre según su fenómeno elemental: la fibra contractil. En este siglo Edmund Jacobson en 1938, -

examinó la gravitación del factor tensivo en diversas afecciones. Para ello, partió de los efectos que sobre la reacción al susto, ejercía el estado previo de tensión o relajación muscular. Desarrolló un método terapéutico: -- "La Relajación Progresiva", para obtener un control superior de los músculos y así eliminar las tensiones patológicas. Esta técnica consiste en la relajación de porciones extensas de la musculatura esquelética. Jacobson parte -- del supuesto de que cualquier tensión psíquica se manifiesta en un aumento del tono muscular. Por tanto, pretende -- que el sujeto desarrolle primeramente una diferenciación -- de su tono muscular mediante la tensión y relajación de -- gruesos grupos musculares, para llegar después sistemática -- mente a la relajación total. [Lerner, 1964].

En Alemania J.H. Schultz, basándose en la autosugestión, elaboró un sistema de relajación autoconcentrativa o de entrenamiento autógeno. La influencia patógena de la tensión en las afecciones clínicas es un hecho observable desde la antigüedad, ya que la actitud del enfermo, sea optimista o pesimista hacia su dolencia, influye en la evolución de ésta. En 1933, Freeman confirmó que en todo dolor existe un componente motor y explicó que el dolor y el sufrimiento, son reacciones mixtas sensomotoras. Esto, explica Freeman, se comprueba mediante la práctica de la relajación sistemática, pues los pacientes entrenados llegan a reducir notablemente sus dolores; por tanto puede aceptarse que cualquier sufrimiento es susceptible de ser aliviado si se relaja su componente motor o tensivo. También dio a conocer la influencia beneficiosa de la relajación -- en la práctica odontológica ya que demostró su efectividad en una de sus pacientes al aplicarle el método de Jacobson para ciertos trastornos psicosomáticos asociados a hipertensión nerviosa crónica; esto trajo inesperadamente un notable alivio de síntomas periodontales. [Gelsman y Durand--

1972].

2.5.2. Fundamentación.

La comprensión de los mecanismos implicados en los estados de tensión y relajación, es de fundamental importancia para la correcta aplicación de cualquier técnica relajante. En el funcionamiento de los músculos lisos y estriados existen dos estados límites y opuestos: tensión y relajación. La tensión muscular implica un estado de hiperactividad metabólica que en el ser vivo nunca se da aislada, sino formando parte de un complejo funcional que abarca toda la economía de la salud. Esta tensión del músculo puede ser fisiológicamente sana o patológica. Desde el punto de vista psicósomático, consideramos que uno o más músculos poseen una tensión fisiológica sana cuando está al servicio de un acto útil para la vida del individuo, siempre que su intensidad sea adecuada. Consecuentemente, tensión patológica será la que corresponda a un acto inútil o perjudicial, o bien la que estando al servicio de un acto útil carece, en más o menos de la intensidad adecuada. En el polo opuesto se encuentra la relajación con una actividad metabólica disminuida que también puede ser fisiológicamente sana o patológica, aplicándose en sentido inverso, los mismos criterios que para la tensión. Freeman en 1933, confirmó que en todo dolor existe un componente, lo cual le permitió aseverar que este y el sufrimiento son reacciones mixtas sensoriomotoras. Esto se corrobora mediante la práctica de la relajación, pues afirma que el paciente reduce sus dolores. Por tanto puede aceptarse en líneas generales, que cualquier sufrimiento es susceptible de ser aliviado si se relaja su componente motor o tensivo. Se hace evidente la importancia terapéutica de la elevación del umbral doloroso a través de la relajación si se piensa que un dolor persistente va creando un estado de facilitación, por lo que cada vez, con menor estímulo el pa-

ciente experimentará una reacción dolorosa. Al relajarse, se actúa simultáneamente sobre dos planos: el somático-muscular y el psíquico, lo que permite disponer al paciente - de sus defensas con mayor eficacia frente a la enfermedad. Así considerada, la relajación tiene aplicación como coadyuvante terapéutico en la mayoría de las afecciones clínicas y quirúrgicas. (Lerner 1964).

Otra teoría sobre la fundamentación de la relajación es la de W.R. Hess, descrita por Geissmann y Durand (1972) y Zermeño, (1980). Hess asume que la relajación se basa en procesos fisiológicos endoflúcticos, los cuales protegen al organismo de sobrecargas cuidando que cambie - de un patrón de respuestas ergotrópico a un trofótropo. - El sistema ergótropo es un conjunto de componentes, capaces de poner al organismo en las mejores condiciones de activación posibles con respecto a su medio ambiente, sobre todo para el ataque y la defensa. El sistema trofótropo, - tiene la función de conservar los recursos energéticos, -- proteger los tejidos de la fatiga excesiva y ocasionar un estado en el que ocurre la reparación de los cambios estructurales. Este cambio trofótropo se caracteriza por un patrón integrado de respuestas, dirigidas por el hipotálamo y consistentes en una disminución de la acción de las - inervaciones simpáticas del Sistema Nervioso Autónomo y en un aumento de la actividad parasimpática. Las zonas trofótropas se localizan según comprobación mediante estimulación eléctrica, sobre todo en el hipotálamo anterior, en - las áreas supra y preópticas, en el septum y en el tálamo-lateral inferior. Normalmente, el estado de conciencia oscila entre estos dos extremos, ajustándose a las necesidades de cada situación.

En otras palabras, el sistema ergotrófico es el que proporciona energía, por él se ejecutan acciones volunta--

rias como el hablar, moverse; se realizan todas las funciones mentales como la atención, la concentración, el pensamiento, memoria, etc. En cambio el sistema trofótopo es el que produce los cambios autónomos involuntarios como la disminución de la frecuencia cardíaca y presión sanguínea, lentificación del ritmo respiratorio, disminución de la secreción de las glándulas sudoríparas, aumento en las funciones secretoras y gastrointestinales, sopor, somnolencia y sueño. Cuando se habla de la relajación, se hace referencia más bien a una disminución de las respuestas ergotrópicas más que a un estado puro trofótopo, pues el estado fisiológico alcanzado por la relajación no es idéntico al del sueño.

2.5.3. Definición de Relajación.

La palabra *relajación* viene del latín, *relaxatio* que significa la acción o efecto de aflojar, soltar, así como de liberar, descansar, reposar. El verbo *relaxare* parece haber sido utilizado en la antigüedad, sobre todo en sentido fisiológico o médico. En el diccionario de Benoist y Goelzar, se encontró una cita de Virgilio: *relaxare: vias et caeca spiramenta: abrir los conductos de la respiración.* *Alvus relaxatur, dice Cicerón: el vientre se suelta.* Otra cita de Cicerón: *relaxare: animus somno, serenar el espíritu con un sueño reparador; el diccionario Littré en términos de medicina, la define como sinónimo de distensión, tensión disminuida.* (Geissmann y Durand, 1972)

2.5.4. Tipos de relajación.

La relajación de tensiones puede abordarse por dos caminos: voluntario e involuntario. La voluntaria es mucho más valiosa puesto que implica una colaboración activa del sujeto y le provee de un medio para afianzar la confianza en sí mismo. La relajación involuntaria se obtiene por medios químicos, mecánicos, sugestivos, eléctricos

cos, etc. (Sapir y col., 1982).

2.5.5. Tensión Muscular y Emoción. A mediados del siglo XVII, Descartes creía que un ser vivo era un agregado de partes y que la mente en muchos aspectos constituía lo opuesto al cuerpo, no teniendo casi relación con él. De este rígido mecanismo dualista, los conceptos fueron evolucionando hacia una integración biológica de las partes implicando con ello la unificación funcional de lo psicológico y lo somático. Así fueron reconociéndose relaciones cada vez más estrechas entre la vivencia llamada emoción y los signos corporales que la expresan. Pero las relaciones entre emoción y expresión corporal fueron concebidas en forma distinta con el correr del tiempo. Lavater en 1804 y Bain en 1859 aceptaban que las manifestaciones corporales de la emoción como la risa, el llanto, el ceño, etc., eran los resultados de estímulos previos para desencadenarlas. (Lerner, 1964).

Los cambios motores observados durante la emoción fueron explicados por Wundt como una irradiación de energía nerviosa desde los centros superiores. Luego nace la inquietud entre esta relación, de cuál es primero y cómo funciona este mecanismo. Sherrington para evidenciar que los fenómenos corporales de la emoción son secundarios a la acción cerebral, cortó en perros los nervios vagos y la médula con el fin de eliminar las sensaciones viscerales; pese a ello, los perros seguían expresando signos emocionales. Surgió entonces el dilema dentro de las modificaciones orgánicas de la emoción, de esclarecer si el Sistema Nervioso Central (cerebro y médula espinal) era más importante que la periferia (sistema viscero-muscular). -- Goltz en 1882, al extirpar cerebros en animales, demostró que las reacciones emocionales se localizaban en el cerebro.

En 1924 surge la teoría de James-Lange en donde mostraron la existencia de risa y llanto en niños anencefálicos y emociones en pacientes con enfermedades cerebrales.- El complejo mecanismo orgánico de la emoción se fue aclarando cuando Cannon y Britton en 1925 observaron la falsarabía en gatos decorticados.

Bard y Rioch en 1937 repitieron la experiencia y observaron que las manifestaciones emocionales sólo desaparecían cuando también se extirpaba el hipotálamo que es un grupo de núcleos que se encuentran en la porción ventral del cerebro. Las emociones, además de relacionarse con centros corticales e hipotalámicos cabe mencionar que también se localizan en regiones periféricas víscero-musculares incluyendo todos los tipos de músculos. Para demostrar esto último, Masserman en 1943, introdujo electrodos directamente en el hipotálamo de un gato, y con ello, se produjo un estado pseudoemocional. La estimulación causó salivación, arqueamiento del lomo y erección del pelo como si el gato estuviera enfurecido. Masserman señala a este respecto que la actividad inducida por la estimulación del hipotálamo es mecánica, difusa, estereotipada, ligada a un estímulo que pudiera parecerse a la contracción de un músculo estriado inducida por la estimulación de un nervio en dicho músculo. Por lo tanto, aunque el hipotálamo representa un papel importante en la emoción, las actividades producidas en esta parte del cerebro "solas", no son suficientes para explicar la experiencia emocional genuina y la conducta. [Whittaker, 1977 y Ardila, 1981].

Se comprueba entonces que siendo el músculo el órgano donde se asienta fundamentalmente el fenómeno de la tensión emocional, se hace evidente su considerable participación en las afecciones que aquejan al individuo y el impor tante valor terapéutico de la relajación.

2.5.6. Tensión Muscular y Actividades Mentales.

En 1895 K pfe señalaba que en la actividad mental siempre existia un elemento motor; Wundt y Fechner observaron que en la tensión y relajación interviene el -- proceso de la atención. Ribot describió la tensión muscular presente en toda percepción. Jacobson en 1930 comprobó la existencia constante del elemento motor en toda actividad mental, al registrar mediciones eléctricas musculares. Así, la presencia de lo psíquico con la relajación muscular, coexisten tanto en el plano normal como en el patológico. (Geissmann y Durand, 1972).

2.5.7. Fisiología de la Actividad Muscular.

La unidad funcional de los músculos es la unidad motora que consta de una sola neurona llamada motoneurona. Una placa motora terminal es un grupo de células musculares inervadas por su axón, las cuales se contraen cuando se transmite un impulso por la motoneurona. Las células musculares, pueden ser excitadas química, eléctrica y mecánicamente. Los músculos se dividen en tres tipos: - el esquelético o estriado, el cardiaco y el liso. El esquelético comprende la musculatura del cuerpo, tiene estrías transversales bien desarrolladas, no se contrae normalmente en ausencia de estímulos nerviosos, carece de conexiones anatómicas y funcionales entre las fibras individuales y usualmente se encuentran bajo el gobierno de la voluntad. (Ganog, 1976).

La mayoría de los músculos esqueléticos comienzan y terminan en tendones que es la finalización del músculo para insertarse en el hueso. Los principales efectores del movimiento son los músculos, que están compuestos de células contráctiles especializadas; un músculo esquelético es una masa alargada de tejido compuesta por millones de fibras musculares individuales unidas por fibras de tejido -

conectivo. Toda la estructura está rodeada de una capa lisa y fuerte de tejido conectivo de modo que puede moverse libremente sobre los músculos adyacentes y otras estructuras con un mínimo de fricción. Los músculos se contraen en grupos y pueden ejercer una atracción pero no un empuje, por lo que están dispuestos en pares antagónicos, uno tira en una dirección y el otro a la inversa. Siempre que un flexor se contrae, el extensor se relaja para que exista un movimiento. Para que ocurra la contracción muscular debe existir un evento de excitación o estimulación, luego la contracción propiamente dicha y por último la relajación. (Guyton, 1977).

El tono muscular es un estado de contracción parcial mantenida en todos los músculos estriados; esta actividad de esforzamiento corporal, ocurre sin que exista una modificación de la longitud del músculo. La plasticidad es la actividad del músculo que le permite una adaptación sin resistencia a una modificación de las fuerzas del mundo exterior, lo que supone un cambio en la elongación del músculo, pero sin que exista o se desarrolle una tensión muscular.

Un haz muscular o un músculo, puede sufrir dos modificaciones: una en su talla ya sea al contraerse o dilatarse y otra en su tono, que es una ligera tensión que afecta a los músculos estriados en reposo, les da una consistencia característica y desaparece por sección del nervio motor o de las raíces medulares posteriores correspondientes. Estos dos tipos de acción pueden ser independientes uno del otro. La tensión de los músculos es la que mantiene correctamente las posiciones del cuerpo y asimismo, la que se opone a las modificaciones pasivas de tales posiciones. (Ganong, 1976).

Para el fisiólogo Morgan, la base del estudio del tono muscular reside en las investigaciones de los reflejos miotáticos. Estos reflejos se manifiestan por un aumento progresivo y constante de la tensión de los músculos en respuesta a elongaciones por tracción progresivas y constantes. El aumento de tensión proporcional al estiramiento, es refleja. Cuando se suprime el nervio que conduce a este músculo, el reflejo desaparece. Este reflejo del músculo, al ser estirado tiene su origen en un pequeño órgano situado en la parte carnosa del músculo llamado huso neuromuscular. Este órgano es el que hace reaccionar al músculo cuando se golpea con el martillo un tendón por ejemplo en el tendón rotuliano.

Estos reflejos de estiramiento, según Morgan, tienen una importancia muy grande en el tono de la postura. Están especialmente desarrollados en los músculos que tienen que luchar contra la pesantería. El reflejo de tensión se establece a través de la conexión músculo-médula-músculo que informa permanentemente a las células nerviosas de la médula espinal o sea, las motoneuronas que inervan el músculo del estado de tensión de los músculos en que mandan; esta conexión es lo que constituye uno de los circuitos de retroalimentación más simples del sistema nervioso central.

Las fibras nerviosas que hacen contraerse a los músculos son fibras anchas, resultantes de células de gran tamaño llamadas motoneuronas alfa y otras, de talla pequeña denominadas gamma, que también hacen contraerse al músculo. Cuando nos proponemos un acto motor, es la actividad gamma la que precede a tal movimiento.

Los estímulos provenientes de la corteza cerebral, de la base del cerebro o del bulbo, son susceptibles de ac

tuar sobre la actividad gamma. La sustancia reticular de la base del cerebro, es la responsable de mantener constantemente el control tónico que la actividad gamma ejerce sobre los husos neuromusculares y es también el lugar de convergencia de todas las influencias capaces de modificar el control.

Morgan subraya que el sistema gamma está sometido - al influjo de dicha formación reticular, por lo que hace - que se modifique esa actividad en función del grado de vigilancia. Es decir, por medio de un sistema extremadamente fino, se ven influenciadas las funciones de vigilancia, atención, las emociones y en el polo opuesto, los estados de somnolencia y el sueño; así se demuestra fisiológicamente la relación del estado del tono muscular con las actividades antes mencionadas.

Sin embargo, sobre el tono muscular actúan otros factores no musculares ni en relación con la vigilancia: son reflejos que parten de los músculos del cerebelo y del oído interno y la posición de los miembros.

Así pues, los estudios de los fisiólogos nos dan a entender la existencia de relaciones estrechas y reacciones mutuas constantes entre el tono muscular, por una parte, y la actividad cerebral por otra. La regulación de este sistema se halla al nivel de la sustancia reticular, en relación con los centros superiores del cerebro por un lado, y la periferia muscular, por el otro. De esta manera, los términos de tensión psicológica o de tensión nerviosa, reciben una base sólida y pueden ser estudiados en forma - valiedera.

Por lo tanto, las técnicas de relajación intervienen para disminuir el umbral de excitabilidad de los husos

neuromusculares, influyendo así en el estado de la tensión muscular. (Geissmann y Durand, 1972).

2.5.8. Cambios Fisiológicos que ocurren durante la Relajación.

Cualquiera que sea el método de relajación utilizado, se produce durante el ejercicio, una disminución más o menos importante de las percepciones visuales, auditivas y de la sensibilidad superficial, paralelamente a un aumento notable de las percepciones cenestésicas. Esta -- disminución de las aferencias sensoriales puede ser comparada con lo que sucede en las experiencias de privación -- sensorial en donde se coloca a los sujetos en recintos oscuros y aislados acústicamente, desarrollando estados de conciencia muy particulares. También puede compararse con el sueño que tiene un papel reparador, produce distensión y calma que también lo proporcionan la meditación y el estado de éxtasis del yoga. En estas experiencias, el sujeto que se ha vuelto insensible a las percepciones sensoriales, se encuentra enteramente concentrado, no sobre su -- cuerpo, sino sobre sus procesos mentales. (Ryan, 1980).

De acuerdo con Vaitl, los siguientes cambios fisiológicos son características de la relajación: lentificación y ritmicidad de la respiración, reducción de la utilización de oxígeno, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento de la resistencia eléctrica de la piel, disminución del tono de la musculatura esquelética, aumento o disminución de ondas Alfa en el EEG, o bien un aumento en su sincronización. También existen cambios cognitivos que se pueden detectar por medio de cuestionarios que midan la -- excitabilidad cortical y por medio de baja producción de ondas Beta en el EEG. Asimismo, Vaitl propone cambios motores que pueden evaluarse mediante medidas de ejecución -- al medir el tiempo de reacción y el reflejo rotuliano. En

estados profundos de relajación, la persona mostrará una mínima actividad cognitiva excitante, tiempos de reacciones aumentados y reflejos disminuidos. [Zermeño, 1980].

2.6. LOS METODOS DE RELAJACION

2.6.1. Introducción.

Con anterioridad, se hizo referencia a la estrecha relación que existe entre la actividad de la relajación y las tensiones psicológicas; ahora se expondrán los diversos métodos y técnicas para obtener estados de relajación. Asimismo, proponer que si un fenómeno psíquico conciente determina una variación muscular simultánea, se supone también que todo dinamismo psíquico inconciente deberá tener su concomitante muscular.

2.6.2. Definición.

Los métodos de relajación son procedimientos terapéuticos bien definidos que tratan de obtener en el individuo una descontracción muscular y psíquica con la ayuda de ejercicios apropiados; la descontracción neuromuscular produce un tono de reposo, base de una distensión física y psíquica. Por tanto, la relajación es una técnica que busca un reposo lo más efectivo posible, al mismo tiempo que la economía de las fuerzas nerviosas puestas en juego por la actividad general del individuo. La relajación es un método que permite al sujeto alcanzar un cierto estado de conciencia paralelamente a un cierto estado fisiológico. [Geissmann y Durand, 1972].

2.6.3. Diferencias entre Técnica y Método.

El concepto de método es más amplio que el de técnica porque designa la intención y el proyecto del autor; el método implica un camino que hay que seguir utilizando técnicas. Supone la noción de una aportación crea

dora, de un espíritu original. El concepto de técnica implica la necesidad de una utilización inmediata con el fin de resolver un problema preciso. Puede decirse que Jacobson descubrió un método con miras terapéuticas, lo que le indujo a describir una técnica original. Schultz fue el inventor de un método terapéutico: el entrenamiento autógeno, que le impulsó a utilizar técnicas específicas. Por otra parte diversos terapeutas practican un método particular de relajación. Lo más frecuente, es que esos métodos utilicen las técnicas de relajación de Schultz o de Jacobson que a continuación se describirán y que son las más utilizadas. Existen otras variantes terapéuticas como son: la técnica del análisis del carácter de W. Reich, la Retroalimentación Biológica, la Desensibilización Sistemática, la Meditación, el Yoga, la Hipnosis, el Ejercicio Flúico, etc. (Zermeño, 1980).

2.6.4. Relajación Progresiva.

El autor de este método fue el norteamericano Edmund Jacobson quien en 1938 investigó las reacciones que variaban entre los individuos previos a un estímulo brusco, según el estado de tensión o relajación muscular. Observó que la simple indicación de relajarse, dada al paciente, no significaba que éste pudiera desembarazarse de sus tensiones patológicas. Encontró que tal tarea requería un entrenamiento previo y desarrolló su método el cual está especialmente diseñado para combatir la tensión residual que es la que habitualmente no puede relajarse y que es la principal responsable de los trastornos de origen tensivo. Para demostrar su efectividad, Jacobson reportó sus aplicaciones clínicas dentro de los desórdenes exitosamente tratados que incluyen entre otros casos la hipertensión, insomnio, desórdenes de ansiedad, depresión, colitis asma.

El procedimiento consiste, como ya se indicó anteriormente, en relajar porciones extensas de la musculatura. La técnica comprende seis diferentes pasos que incluyen ejercicios sucesivos de tensión y relajación de los siguientes grupos musculares: 1) brazos; 2) piernas; 3) respiración; 4) frente; 5) ojos y 6) músculos y órganos del habla (Zermeño, 1980).

Procedimiento: Se busca ante todo que el paciente perciba la sensación que produce un músculo contraído, localizando correctamente su ubicación y luego se le guía para que paulatinamente relaje la tensión muscular así localizada. El paciente se encuentra en decúbito dorsal, cómodo y en un ambiente apto para concentrarse. Puede utilizarse también un sillón de brazos con respaldo para apoyar cómodamente la cabeza. Se pide al paciente que lleve su mano izquierda hacia el hombro correspondiente mientras el operador ofrece una cierta resistencia contra la muñeca del paciente. Se advierte que no se debe hacer una fuerza extrema sino la necesaria para que se produzca la tensión muscular en cierta parte de su brazo; luego se le dan indicaciones de que afloje poco a poco la tensión de esa parte de su brazo hasta que esté totalmente relajado. Se continúa de la misma forma con cada grupo de músculos. El ejercicio se practica continuamente hasta adquirir destreza para que el sujeto adquiera esta habilidad por sí solo. Esta técnica de producir tensiones musculares, localizarlas y luego relajarlas, se aplica progresivamente a todo el cuerpo, culminando en los músculos oculares y de la expresión facial. (Lerner, 1964).

Actualmente se han diseñado versiones abreviadas de la técnica de Jacobson como la de Rimm y Masters; Bernestein y Borckovec, traducidas por Zermeño en 1975. Estas técnicas abreviadas de relajación han sido utilizadas con-

excelentes resultados sobre todo como parte integrante -- del procedimiento de Desensibilización Sistemática.

Como es sabido, la desensibilización sistemática no es una técnica, sino que implica un paquete terapéutico -- con diferentes procedimientos como creación, relajación, - desensibilización de los estímulos nocivos. Con respecto a la relajación, estudios de Tunner en 1975 y O'Brien en - 1977, han concluido que es un ingrediente necesario para - lograr disminuir la ansiedad en pacientes muy tensos. (Zermeño, 1980).

2.6.5. Entrenamiento Autógeno.

Esta técnica fue desarrollada en Alemania -- por Schultz en 1950, como una alternativa al procedimiento de la hipnosis, consistente en una serie de ejercicios que combinan la relajación con técnicas autosugestivas. Se -- compone de ejercicios de un grado inferior, que son propiamente ejercicios físicos de relajación y de grado superior que fomentan más intensamente un estado concentrativo y de meditación.

Los ejercicios de grado inferior se deben practicar en una habitación tranquila, sentado en una silla reclinable y con las extremidades sostenidas en ángulo aproximado de 90 grados. Para comenzar, el sujeto logrará una actitud de tranquilidad y practicando los siguientes ejercicios: 1) pesadez en las extremidades; 2) calor en las extremidades; 3) regulación cardíaca; 4) regulación respiratoria; 5) regulación de los órganos del estómago y 6) enfriamiento de la frente. Reportes de Vaitl en 1978 y de Luthe en 1969, esta técnica se ha utilizado exitosamente - en los siguientes trastornos: respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales, endócrinos, de ansiedad y para -- disminuir el dolor. (Lerner, 1964 y Zermeño, 1980).

En el laboratorio también se ha demostrado el control muscular y visceral mediante las fórmulas autogénicas según Luthe en 1969 y 1970. (Zermeño, 1980).

2.6.6. Sugestión, Relajación e Hipnosis.

Para distinguir estos tres conceptos, se presentará una reseña en forma breve de la relación y distinción de dichos fenómenos.

Según Lerner, (1964), la sugestión es un proceso de comunicación y aceptación total de una idea, lo que determina una modificación del sujeto, con localizaciones corporales específicas más acentuadas según la idea sugerida y aceptada, pudiendo incluir la falta de bases lógicas para su desarrollo ya que durante este proceso no existe el juicio crítico. La concentración del pensamiento durante esta etapa puede generar consecuencias patológicas o terapéuticas. En determinadas situaciones como en el sueño, la relajación y las emociones intensas, los mecanismos sugestivos se presentan con mayor intensidad. Durante la hipnosis se presenta la hipersugestión.

La relajación es un método que permite al sujeto alcanzar un cierto estado de conciencia paralelamente a un cierto estado fisiológico. (Geissmann y Durand, 1972).

La hipnosis es una cierta forma de relación interpersonal en la que opera la sugestión del hipnotizador. - Bajo los efectos de la hipnosis, puede hacerse dormir a un sujeto, pero entonces se trata de sueño. Se requiere entonces, que realice determinados actos que el hipnotizador le indique y que son utilizados generalmente con fines terapéuticos. (Muñozcano, 1979).

2.7. INVESTIGACIONES REALIZADAS.

Se han realizado diversas investigaciones sobre la ansiedad, existiendo la mayor parte de ellas en E.U.A. en -- las que se han utilizado diferentes instrumentos. En México lo que se ha reportado sobre ansiedad son varias tesis, que tienen como base principal el instrumento IDARE y el - TASC.

El Dr. Diaz-Guerrero (1982), quien hizo la traducción del inglés al español del inventario IDARE, realizó una investigación sobre las "Fuentes de Ansiedad en la Cultura Mexicana", trabajo que fue presentado por vez primera en el XVIII Congreso Interamericano de Psicología en 1981. El estudio es de naturaleza exploratoria, ilustra una aproximación de las fuentes de la ansiedad dentro de la cultura mexicana al variar el sexo y la clase social. La alternativa metodológica fue la de presentar 20 conceptos representativos de situaciones potencialmente amenazantes a 200 estudiantes adolescentes de secundaria y medir sus reacciones a estos conceptos a través de una medida confiable y -
válida de significado afectivo. Los 20 conceptos juzgados como potencialmente provocadores de ansiedad fueron: la agresión, el cáncer, el crimen, la muerte, la borrachera, -
el divorcio, el miedo, el funeral, el hambre, el insulto a la madre, la locura, el Yo, la familia, la separación de -
la escuela, la enfermedad y el suicidio; estos 20 conceptos se intercalaron con el Inventario IDARE y se formó una matriz de intercorrelaciones por sexo y clase social. Los resultados se establecieron como altamente homogéneos respecto a la propensión de la ansiedad; los grupos de diferente clase social y sexo no variaron.

Con el instrumento IDARE, han trabajado para efecto de tesis, Redondo-Ortiz en 1973, Redondo en 1975 y 1979, -

con muestras de pacientes no internados, médicos y estudiantes universitarios.

Redondo y Orliz, (1973), realizaron una tesis en donde investigaron los efectos de la ansiedad Rasgo-Estado sobre la inteligencia en la Práctica Quirúrgica, la muestra se dividió en dos grupos: Internistas y Cirujanos; todos los sujetos fueron del sexo masculino, el grupo de Internistas fue de 23 y el de Cirujanos de 80. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE y la prueba BETA del Ejército de E.U.A. que mide rendimiento intelectual. Las pruebas fueron aplicadas a ambos grupos antes y después de la actividad ordinaria de consulta. Reportaron que la ansiedad produce una disminución de las habilidades intelectuales y bajo condiciones de tensión hay bloqueo franco y positivo de ellas. Analizando las medias de los grupos encontraron que el grupo de cirujanos era el más elevado significativamente en tensión y ansiedad emocional.

Redondo (1979), llevó a cabo un estudio transcultural donde midió la ansiedad Rasgo-Estado con el instrumento IDARE. La muestra constó de dos grupos universitarios de primer ingreso, del sexo masculino y femenino, de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Nacional de Colombia; la muestra fue de 345 sujetos.

Los resultados no reportaron diferencias significativas a nivel transcultural; el factor sexo no pareció ofrecer diferencias, lo que indica que el fenómeno de ansiedad en el grupo estudiado es común en hombres y mujeres. Las condiciones de cultura tampoco proporcionaron diferencias significativas. Por lo que se concluyó que la ansiedad es un fenómeno general y parece indicar a su vez que solamente las amenazas a la propia estima o adecuación per

sonal están representados por el rasgo.

Martínez Urrutia, investigó los efectos sobre la ansiedad (A-Estado) y la percepción al dolor en pacientes de cirugía, en una muestra de 59 hombres. Utilizó el MELZACK TORSERSON Cuestionario del Dolor, el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, y el FSS, Escala de Miedo a la Cirugía. Las pruebas fueron aplicadas un día antes de la cirugía y diez días después de ésta. Los resultados indicaron que la cirugía como tratamiento físico tiene un efecto sobre la Ansiedad-Estado pero no sobre la Ansiedad-Rasgo. La correlación de Ansiedad-Estado y la magnitud del dolor informado después de la cirugía, es atribuida a la existencia de una pequeña varianza de dolor antes de la cirugía y a una preocupación realista del dolor posterior a la cirugía. (Chagoya y Maza, 1980).

Redondo, (1979), hace mención a Newmark quien estudió los efectos de la intervención de la Psicoterapia Racional Emotiva sobre la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo, en dieciséis pacientes psiquiátricos de consulta externa, con edades de 18 a 35 años. El número de sesiones varió entre 20 y 46. En la primera sesión semanal y al finalizar ésta, los sujetos llenaron ambas formas del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Entre cuatro semanas anteriores a la finalización del tratamiento, los sujetos nuevamente contestaron el IDARE. Se presentó que la puntuación de A-Estado, decreció significativamente una vez iniciada la psicoterapia y permaneció relativamente estable después de ejecutarse. En contraste, los puntajes de A-Rasgo permanecieron relativamente estables solamente antes de dicha ejecución, después se informó que estos puntajes estuvieron sujetos a cambios.

Chagoya y Maza (1980), realizaron un Estudio Compa-

nativo de la Ansiedad con el Instrumento IDARE, antes y después de una Terapia de Apoyo en un grupo de pacientes - en Salas de Terapia Intensiva. La muestra estuvo formada por 56 pacientes del sexo masculino, con edades de 16 a 72 años.

Fueron seleccionados al azar y por disponibilidad - formándose dos grupos en cada uno de los Servicios: el grupo control y el grupo experimental; los resultados obtenidos indicaron que al introducir la variable Terapia de Apoyo hubo una disminución significativa de la Ansiedad-Estado en los grupos experimentales. Dichos pacientes de Terapia Intensiva se dividieron en dos grupos: el grupo de Urgencias y el de Neurología. En el grupo control de Neurología se disminuyó el nivel de ansiedad a pesar de no haber recibido tratamiento; esto se atribuyó a que mejoraron las relaciones de los pacientes con todo el personal de salud. Asimismo, se esperaba que la Ansiedad-Rasgo no se modificara en ningún grupo con la utilización de la variable Terapia de Apoyo, sin embargo, en el grupo experimental de Urgencias, sí se modificó significativamente la Ansiedad-Rasgo, pese a que la Terapia de Apoyo no es reconstructiva.

La investigación con mayor similitud a este estudio fue realizada en E.U.A. "El Efecto de un Tratamiento Breve de Relajación para la Ansiedad Dental con Medición de la Ansiedad Rasgo y Estado". Para la muestra se tomaron en cuenta 39 pacientes dentales con citas repartidas en un periodo de cuatro semanas. Los sujetos variaron en sexo: 25 mujeres y 14 hombres.

El nivel socio-económico fue diverso, desde primaria hasta doctorado; la edad fluctuó entre 11 y 70 años -- con una media de 36 años; el tipo de tratamiento fue limpieza, extracciones y amalgamas. Diseño: los 39 pacientes

se repartieron al azar en dos grupos: 20 sujetos en el grupo experimental y 19 en el control. El grupo experimental pasó por los siguientes cuatro periodos durante cada cita dental, aplicándoseles en cada periodo la escala de ansiedad: 1o. - sala de espera, 2o. relajación, 3o. tratamiento dental y 4o. post-tratamiento. Para la relajación se utilizó una grabación con una duración de 14 minutos con instrucciones de cómo relajar los diversos grupos de músculos de acuerdo con la técnica de Jacobson. El grupo control, pasó por los mismos periodos pero sin recibir la relajación.

A ambos grupos se les aplicó en cada uno de los cuatro periodos, la escala de ansiedad rasgo y estado, al principio y al final de cada periodo. Resultados: se encontró que el tratamiento de relajación disminuyó la ansiedad estado desde la sala de espera hasta el periodo post-tratamiento; en contraste, la ansiedad rasgo permaneció estable. Esto indicó que un tratamiento de relajación breve puede reducir la ansiedad-estado, que es temporal, pero no tiene efecto en niveles de ansiedad generalizados. Este estudio también sugiere que un procedimiento breve de relajación se puede utilizar con efectividad en las visitas dentales sin interferir con la rutina normal. Este procedimiento es práctico y puede ser practicado por asistentes con un mínimo de entrenamiento, no perturba las actividades normales de una visita dental y requiere una cantidad mínima de tiempo. (Lamb y Srand, 1972).

En otro estudio realizado por Corah, Gale y J. Illing (1979), utilizaron como técnicas para reducir la tensión durante el procedimiento dental, la relajación y la distracción. Para efecto se aplicó este proceso, en una clínica escuela de la Universidad del Estado de New York, exclusivamente para esta investigación. Para la

muestra, se seleccionaron 96 estudiantes, 48 hombres y 48 mujeres con el único requisito de que el tratamiento consistiera como mínimo en la restauración de por lo menos -- dos amalgamas, por ser el procedimiento más común, dentro de la práctica dentaria. Se utilizó la escala de ansiedad "Corah", para detectar a los pacientes ansiosos. El método practicado durante la relajación, fue el escuchar música calmada a la vez que se indicaba al paciente, que relajara su mandíbula. Este proceso tuvo una duración de 3 a 4 minutos antes de anestesiar. La distracción se basó en un juego de ping-pong presentado en una pantalla de televisor en donde el paciente fue participante de este proceso. Los resultados sugirieron que la relajación fue más efectiva en mujeres que en hombres y la distracción en forma inversa, pese a que esta última técnica fue la de mayor grado para ambos sexos.

Una de las finalidades de mayor relevancia para cumplir con los objetivos propuestos en esta tesis, es la de proporcionar medidas objetivas como lo es sugerir impartir los conocimientos en la materia de Psicología dentro del - curriculum en la profesión Odontológica.

Para ello, se describe un breve resumen del surgimiento y realización de programas encaminados a motivar y capacitar a los estudiantes de Odontología en algunas universidades de los E.U.A. enunciando algunas contribuciones de la Psicología en la educación del área dental.

Las contribuciones secuenciales en la investigación de la conducta en la práctica dentaria, no se adjudica únicamente a la actividad bucal, sino que existen ramas afines íntimamente unidas en las relaciones humanas como lo son la Psicología y la Sociología.

En un principio no fue fácil unir la Psicología con la práctica dentaria, pues muchas personas no aceptaban la función que tendrían en común. Fue entonces cuando un grupo de psicólogos comenzaron a exponer sus conocimientos en escuelas de Odontología y explicar la función que el departamento de las ciencias de la conducta tiene en común con esa área.

Unos 50 artículos combinando estas dos áreas aparecieron desde antes de 1940. Hasta 1974 ya existían cerca de 685 artículos según The American Dental Association.

Las investigaciones inclulan estudios acerca de la motivación en los pacientes para mejorar la higiene bucal, modelos para preparar a los niños en tratamientos dentales procedimientos para modificar conductas inapropiadas como el bruxismo; ediciones relevantes acerca de las controversias sobre la fluoridación y otros tópicos.

En 1959, Grant Phipps un Odontólogo y Psicólogo a la vez, empezó un programa de investigación en la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Pittsburgh. Años más tarde, se fundó The National Institute for Dental Research en donde se graduaron estudiantes de Psicología interesados en el campo de la investigación conjuntamente -- con la Odontología.

La primera mención de la psicología como participante dentro del programa educativo de la escuela dental fue aprobado en The American Dental Association's Survey of -- Dentistry, apareció durante el periodo de 1958-1959. Las primeras contribuciones dentro del curriculum dental sólo consistieron en lecturas acerca de temas psicológicos. El contenido central fueron aspectos sobre tensión y ansiedad así como bases psicológicas sobre reacciones físicas ante-

el dentista, con un enfoque de orientación psicoanalítica. De esta forma, la enseñanza de las ciencias de la conducta empezaron a llevarse a cabo particularmente la Psicología y la Sociología.

Durante el periodo comprendido entre 1975-1976, The Dental School Faculty of the American Association of Dental Schools, registraron un personal de 234 sujetos formado por investigadores, maestros y administradores, dedicados por tiempo completo, al área de las ciencias de la conducta en 59 escuelas americanas.

Existen dos organizaciones de particular importancia que relacionan lo psicológico con lo dental. La primera institución interesada en la investigación de las ciencias de la conducta, fue formada por un pequeño grupo de investigadores durante 1967 y 1968. Este grupo se afilió con The International Association for Dental Research en 1971 y con The Federation Dentaire Internationale. La segunda organización fue The Behavioral Science Section of the American Association of Dental School dedicada a la enseñanza de las ciencias de la conducta en escuelas dentales, así como la asistencia de programas de higiene dental en otras instituciones.

Para capacitar a los estudiantes, el programa contiene durante el primer año de estudios, un entrenamiento básico de habilidades interpersonales para la intervención y manejo de los pacientes, además de conocimientos anatómicos y fisiológicos del Sistema Nervioso con el fin de entender la expresión emocional, el aprendizaje y la motivación. Durante este año, se inician experiencias con niños y le dan énfasis a los procesos del desarrollo infantil. En el segundo año, el programa contiene estudios relacionados con el adolescente y el joven. Los estudiantes tam-

bién seleccionan cursos para cubrir los temas pertenecientes a conductas que se presentan durante la atención periodontal y proslodóncica. El último y tercer año, está encaminado a entender el desarrollo de la conducta en adultos. Los cursos ofrecen una psicología elemental y un desarrollo en programas de higiene dental. En algunas instituciones como en The University Health Center se ofrecieron por algunos años, en algunas áreas, cursos sobre hipnosis.

Otro centro multidisciplinario ofrece programas que requieren tratamientos especiales como anomalías anatómicas o afecciones de apariencia física; también patologías especiales, pediátricas, otorrinolaringológicas, de ortodoncia, cirugías plásticas y desajustes que requieren atención psicológica. La clínica de psicología interviene en todas estas áreas para brindar una estabilidad emocional y preparar a los pacientes para todo tipo de tratamiento. El Psicólogo interviene en la prevención de sucesos que puedan interferir en la conducta durante la aplicación de tratamientos dentarios; los problemas de comportamiento incluyen entre otros, reacciones fóbicas, miedo, estrés, disfunciones maxilofaciales, temporomandibulares, bruxismo, y hábitos de limpieza dental; asimismo, se atienden casos severos de problemas psicológicos que afectan directamente la conducta del individuo, dentro del consultorio dental.

Se planea para el futuro, introducir disciplinas del área psicológica para la intervención de problemas selectos; este departamento capacitará a los estudiantes para identificar problemas relevantes tanto psicológicos como dentales, seleccionando una apropiada metodología a través de investigaciones apropiadas, basadas en experiencias de aspecto tanto dental como psicológico y proponer un mo-

delo de programa definitivo. (Sachs, Eigenbrode & Kruper, 1979).

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Descripción del escenario.

Esta investigación se realizó específicamente en la Clínica-Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara en donde se atiende una variedad de pacientes de diversos estratos socio-económico y cultural. Para la atención de los pacientes, se condicionó un departamento exclusivamente para este estudio en la entrada de la clínica junto al departamento de registro con el fin de captar a los pacientes, antes de su atención propiamente odontológica.

A todos los sujetos que cumplieran con los requisitos señalados para la realización de esta investigación, se les indicó que contestaran en forma voluntaria "un cuestionario", sin especificar que se trataba de una prueba -- que mide el nivel de ansiedad, ya que al mostrarlo esclarece que se trata de un inventario de autoevaluación y por lo tanto no interferir en sus respuestas.

3.2. Población y muestra.

Las características de la población fueron:

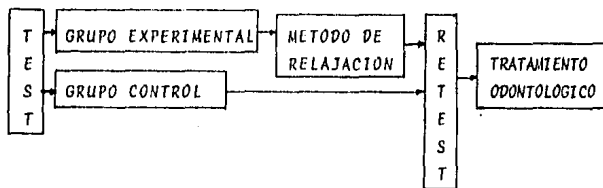
- Todos los pacientes del área odontológica que acudieron a la Clínica de Odontología de la UAG durante los meses de febrero a junio de 1987 y que cubrieron los siguientes requisitos:
 - a) Que fueran mayores de 18 años.
 - b) Que supieran leer y escribir.
 - c) Con presencia de un alto nivel de ansiedad de acuerdo con el cuestionario de autoevaluación IDARE.
 - d) De sexo masculino y femenino.

La muestra fue seleccionada utilizando el tipo de muestreo intencional hasta completar el número total de pacientes ansiosos requeridos. Este procedimiento no influye en los resultados de los datos ya que se procesaron con análisis estadísticos confiables.

3.3. Diseño o Técnica de Observación.

El tipo de investigación elegida fue el experimento de campo con un grupo control y un grupo experimental; el procedimiento consistió en un estudio de investigación dentro de una situación real, donde una o más variables independientes fueron manipuladas por el experimentador, bajo condiciones controladas con el máximo cuidado que permitió la situación.

DISEÑO EXPERIMENTAL



3.4. Planteamiento de Hipótesis.

- 1.- *H₁*: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo control.
- 2.- *H₁*: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo experimental, en relación-

con la segunda aplicación del grupo experimental.

- 3.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa en tre los índices de ansiedad "estado" en la primera-aplicación del grupo control en relación con la primera aplicación del grupo experimental.
- 4.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa en tre los índices de ansiedad "estado" en la segunda-aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental.
- 5.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa en tre los índices de ansiedad "rasgo" en la primera -aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo control.
- 6.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa en tre los índices de ansiedad "rasgo" en la primera -aplicación del grupo experimental, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental.
- 7.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa en tre los índices de ansiedad "rasgo" en la primera -aplicación del grupo control en relación con la primera aplicación del grupo experimental.
- 8.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa en tre los índices de ansiedad "rasgo" en la segunda -aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental.
- 9.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa -- entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "diagnóstico" en relación con la segunda aplicación del grupo -- control de "diagnóstico".
- 10.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa - entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "parodoncia", en relación con la segunda aplicación del grupo -- control de "parodoncia".

- 11.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "operatoria", en relación con la segunda aplicación del grupo control de "operatoria".
- 12.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "endodoncia", en relación con la segunda aplicación del grupo control de "endodoncia".
- 13.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "exodoncia" en relación con la segunda aplicación del grupo control de "exodoncia".
- 14.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de "diagnóstico", en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "diagnóstico".
- 15.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de "parod^oncia", en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "parod^oncia".
- 16.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de "operatoria" en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "operatoria".
- 17.- H₁: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de "endodoncia", en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "endodoncia".

- 18.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de "exodoncia", en relación con la segunda aplicación -- del grupo experimental de "exodoncia".
- 19.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "diagnóstico", en relación con la primera aplicación del -- grupo experimental de "diagnóstico".
- 20.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo control de "parodoncia" en relación con la primera aplicación del grupo - experimental de "parodoncia".
- 21.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "operatoria", en relación con la primera aplicación del - grupo experimental de "operatoria".
- 22.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "endodoncia", en relación con la primera aplicación del - grupo experimental de "endodoncia".
- 23.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de "exodoncia" en relación con la primera aplicación del grupo - experimental de "exodoncia".
- 24.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de "diagnóstico", en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "diagnóstico".

- 25.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de "parodoncia" en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "parodoncia".
- 26.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de "operatoria", en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "operatoria".
- 27.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de "endodoncia", en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "endodoncia".
- 28.- Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de "exodoncia", en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de "exodoncia".

Se hace la aclaración que cada hipótesis alterna -- contiene implícita su hipótesis nula.

3.5. Material Psicométrico.

Esta investigación se realizó con ayuda de un instrumento de medición de ansiedad llamado IDARE que a continuación se describirá: se seleccionó este inventario por ser rápido, sencillo y práctico, tanto para el entrevistado como para el evaluador. Un instrumento será tanto más útil, cuanto más se pueda generalizar al fenómeno estudiado en este caso la ansiedad.

3.5.1. Construcción del Instrumento.

El Inventario de La Ansiedad Rasgo-Estado -- IDARE, versión en español del STAI-State Trait Anxiety Inventory, está constituido por dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

1. Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo).
2. Ansiedad-Estado (A-Estado).

La escala A-Rasgo del inventario consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también -- consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Una copia del protocolo del inventario para el estudio de la ansiedad, se encuentra en la sección de anexos.

Se ha demostrado que este inventario, es útil en la medición de la ansiedad tanto en sujetos normales, como en pacientes neuropsiquiátricos, de medicina general y cirugía. Los investigadores han utilizado la escala A-Estado para determinar los niveles de ansiedad, inducidos por procedimientos experimentales de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión. Se ha demostrado que la escala de este tipo de ansiedad se incrementa en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuye como resultado en procedimientos de relajación. Esta escala es un indicador del nivel de ansiedad únicamente transitoria.

La escala A-Rasgo es utilizada para identificar a las personas propensas a la ansiedad, para evaluar el grado hasta el cual son solicitados los servicios de consejo psicológico o de orientación, así como los problemas de ansiedad neurótica. Esta escala detecta patrones de conduc-

ta generalizada o sea cómo es el comportamiento o reacciones de las personas en su vida diaria.

3.5.2. Validez.

Las condiciones necesarias para que un instrumento-psicológico sea eficaz y en buen plan de medición, debe -- reunir los siguientes criterios:

10. La objetividad o grado en que se han evitado los errores personales.
20. La confiabilidad o libertad relativa en la varianza de error.
30. Validez, que mida realmente lo que se pretende medir, - sin influencia de error constante.
40. Estandarización o control de grado de errores de interpretación. Kerlinger, (1985).

La validez del Idare se fundamenta en el supuesto - de que el examinado entiende claramente que en las instrucciones que se le dan en relación con el "estado", él debe-reportar, cómo se siente en un momento específico y que -- las instrucciones que se le dan con el "rasgo", se le pide que indique cómo se siente generalmente.

Ante estas características, el IDARE es un instrumento cuidadosamente desarrollado desde el punto de vista-técnico y metodológico, que prueba su objetividad o sea -- que se sometió a múltiples comprobaciones experimentales y los procedimientos de construcción de Spielberger en 1966, fueron muy rigurosos y sofisticados.

La validez de este test también se comprueba con la correlación de otros instrumentos como el TMAS, AACL e - - IPAT que ya se habló de ellos. (Redondo y Ortiz, 1973).

Redondo (1979), en su tesis doctoral ya mencionada,

propone que sujetos expuestos constantemente a tensiones, pueden desarrollar respuestas específicas a lo que en Psicología se denominan "mecanismos de defensa", por lo que se supone disminuye el estado de ansiedad. Además sugiere que es posible que se presenten condiciones de tensión como la influencia del investigador, la cultura, la clase social, el sexo y las condiciones sociopolíticas.

3.5.3. Confiabilidad.

La confiabilidad pretende que cada vez que se utilice el mismo procedimiento, los resultados deben ser semejantes en todos los casos.

En un estudio, reporta (Spielberger, 1975), acerca de la confiabilidad del IDARE, el proceso experimental fue el someter a un test-retest a cinco subgrupos de sujetos universitarios no graduados, a situaciones experimentales de breve entrenamiento de relajación, una prueba difícil para medir el coeficiente intelectual y a una película de accidentes con lesiones y muertes. Los resultados fueron altamente confiables. Para la naturaleza transitoria que tienen los estados de ansiedad, se eligió el coeficiente alfa, que es una medida de consistencia interna, que proporciona un índice más adecuado de confiabilidad.

3.5.4. Conceptos de Ansiedad Rasgo y Estado.

La ansiedad estado es conceptualizada como una "condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo". -- Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. (Spielberger, 1975).

La ansiedad rasgo se refiere a "las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la-

ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas - en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado". (Spielberger, 1975).

Como concepto psicológico, la Ansiedad-Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson en 1964 llamó "motivos" y que Campbell en 1963 conceptualizó como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en una forma especial, como a manifestar tendencia de respuesta siempre iguales.

Los conceptos de ansiedad rasgo y estado pueden concebirse como similares en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La ansiedad estado, como energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La ansiedad-rasgo, como energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. (Spielberger, 1975).

3.5.5. Correlación entre las Escalas A-Rasgo y A-Estado.

La correlación entre las escalas A-Rasgo y A-Estado, dependen fundamentalmente del tipo de la intensidad de tensión que caracterizan las condiciones bajo las cuales la escala A-Estado es aplicada. Las correlaciones entre las escalas variaron entre .44 y .55, cuando el IDARE fue aplicado con instrucciones estándar a cuatro muestras distintas de estudiantes no graduados del sexo femenino. -

En cambio, las correlaciones entre las escalas para los varones variaron entre .51 y .67. El consistente hallazgo de que las correlaciones entre las escalas son típicamente más altas para los hombres que para las mujeres, sugiere que los hombres que obtienen altas calificaciones en A-Rasgo están generalmente más predispuestos a experimentar estados de ansiedad, que las mujeres con alta calificación de A-Rasgo.

Para determinar las correlaciones entre las escalas bajo condiciones experimentales diferencialmente tensionantes, la escala A-Rasgo fue aplicada al principio y al final de una sesión de examen psicológico en la cual se expresan estudiantes universitarios a cantidades variables y a distintos tipos de tensión experimental. La escala A-Estado fue aplicada en cuatro ocasiones durante la misma sesión. Para las mujeres, las correlaciones entre las escalas de A-Estado y A-Rasgo, variaron entre .11 y .53 con una correlación mediana de .30.- Las correlaciones correspondientes para los varones, variaron entre .37 y .67 con una correlación mediana de .74.7

Por lo general, se obtienen correlaciones más altas entre las escalas, bajo condiciones en las que hay alguna amenaza a la auto-estima, o bajo circunstancias en las cuales se evalúa la eficacia personal, que cuando se obtienen medianas en situaciones caracterizadas por peligros físicos. Los cambios en A-Estado provocados por amenazas de peligro físico aparentemente no están relacionados con el nivel de A-Rasgo. Las correlaciones de A-Estado tienden a ser ligeramente más altas cuando las escalas del IDARE son aplicadas una inmediatamente después de la otra, en la misma sesión de examen, pero tales correlaciones son marcadamente menores si los sujetos son expuestos o amenazados -- con algún tipo de peligro físico. (Spielberger, 1975).

3.5.6. Investigaciones realizadas con el IDARE.

Se realizaron investigaciones de correlación del IDARE con pruebas de personalidad, siendo más consistentes las que se efectuaron con la escala A-Rasgo, puesto que estas calificaciones, reflejan disposiciones de constancia de la personalidad; también se comprobó que las personas predispuestas a experimentar ansiedad, forjan problemas en muchas áreas y esta escala, podría servir como instrumento efectivo para identificar pacientes que tienen mayores probabilidades de buscar ayuda en los centros de orientación y servicios de salud mental. (Redondo, 1979).

En otros estudios, Redondo también detectó una correlación de cero, del IDARE con pruebas de inteligencia y aprovechamiento; esto indica que no existe ninguna relación de estos factores, por lo que se le asigna mayor validez al IDARE en cuanto a que mide realmente lo que se pretende, la ansiedad.

3.5.7. Evaluación Crítica del Instrumento.

El IDARE, es un instrumento que posee cuatro alternativas que se supone detectan adecuadamente el grado o frecuencia de la ansiedad en un sujeto. Esta forma permite obtener medidas estadísticas aceptables como efecto del estímulo propuesto. Como se puede observar, el instrumento contiene una redacción adecuada, están expresados por las frases "estoy" o "me siento" para la escala Estado y "soy" para la de Rasgo; esta forma de expresión semántica, describe atinadamente un grado de ansiedad correspondiente a la adecuada situación ya sea del momento o generalmente. En particular se considera al IDARE como un instrumento útil y económico para diagnósticos múltiples y rápidos ya sea en sesiones terapéuticas como en cualquier situación que se considere amenazante para colaborar adecuadamente en actividades específicas.

3.6. Técnica de Recolección.

La técnica utilizada para la recolección de los sujetos fue de tipo intencional al seleccionar los casos típicos del universo según el criterio del experimentador, en este caso al basarse en el estudio piloto. El número total de pacientes entrevistados ascendió a 500 de los cuales, 95 sujetos que presentaron un alto grado de ansiedad, - fueron seleccionados para formar la muestra; 48 sujetos se agruparon en el grupo control y 47 en el grupo experimental.

3.7. Procedimiento.

Se entrevistó a todos los sujetos que acudieron a consulta dental con las características deseables, explicándoles que contestarían el cuestionario antes de pasar a su cita. Se procedió a aplicar el IDARE, primero en forma -- Ansiedad-Estado (SXE), ya que esta escala es sensitiva a las condiciones emocionales del paciente al tiempo de aplicar el inventario y para que no se alteraran los resultados si se les aplicara primero la forma de Ansiedad-Rasgo (SXR). Esta última no se afecta bajo la influencia de las condiciones de aplicación.

Se dieron instrucciones y explicaciones cuidadosas para obtener una respuesta clara de los pacientes, dando lectura a los reactivos de los que el paciente escogió sólo una de las cuatro opciones. En los reactivos que los pacientes no entendieron se les ayudó, proporcionándoles un sinónimo adecuado, siendo siempre el mismo para todos.

Inmediatamente se calificó la prueba, seleccionando únicamente para esta investigación, a los individuos que presentaron como mínimo, el nivel de ansiedad requerido de acuerdo con el criterio de estandarización para pacientes de medicina general y cirugía del IDARE.

Los pacientes ansiosos se dividieron en dos grupos: uno control y otro experimental. A cada sujeto del grupo experimental se le indicó que escuchara una grabación antes de entrar a su cita para sentirse más cómodo y así su procedimiento dental fuera más satisfactorio. Al asentimiento de la persona, se le trasladó a una sala separada del ambiente de espera y se le sentó cómodamente en un sillón reclinable, indicándole que escuchara la grabación y tratara de seguir las indicaciones de la misma.

La técnica de relajación consistió en una grabación con una duración de 15 minutos durante los cuales se trató de relajar los diferentes grupos de músculos de todo el cuerpo, enfatizando los de la cara, para obtener los resultados deseados. Esta técnica es una modificación del método utilizado por Jacobson y el detalle del procedimiento se encuentra en el apartado de anexos.

Al terminar el tratamiento, los sujetos contestaron el retest para medir nuevamente su nivel de ansiedad. Enseguida se les indicó que pasaran a su consulta. En cambio, a los pacientes ansiosos seleccionados dentro del grupo control, después de la aplicación del test no recibieron ningún tratamiento y después de 15 minutos, se les aplicó el retest, antes de que pasaran a su cita dental.

3.8. Estudio Piloto.

El estudio preliminar se llevó a cabo en la Clínica-Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Guadalajara. El procedimiento consistió en que a todo paciente de nuevo ingreso, mayor de 18 años, hombre o mujer se le entrevistó para que contestara el Inventario de Autoevaluación IDARE, que mide ansiedad tanto en el momento actual, así como la tendencia a responder en forma general a situaciones amenazantes.

La finalidad de este estudio se realizó para detectar el nivel de ansiedad de los pacientes de nuevo ingreso que acudieron a la Clínica mencionada. El total de los pacientes entrevistados durante cuatro meses, ascendió a 127 de los cuales, 76 sujetos resultaron normales y 51 se consideraron como ansiosos tanto en la escala de ansiedad Estado como en la de Rasgo, según el criterio del IDARE.

Los resultados arrojaron un porcentaje de un 60 por ciento de pacientes como normales y de un 40 por ciento resultaron ansiosos.

En base a esta investigación preliminar, se consideró relevante, el papel que desempeña la ansiedad dentro de la consulta dental y proponer medidas de utilidad que ayudarán a disminuir la tensión a través de una técnica relajante con la finalidad de un mejor manejo médico-paciente.

CAPITULO IV ANALISIS DE LOS DATOS

4.1. Presentación de Datos.

A continuación se presentarán las puntuaciones naturales de los test aplicados a los grupos control y experimental de la ansiedad estado.

Los datos de la tabla 4-1 que se presenta enseguida describe la clasificación en cuatro grupos:

- A - Test sin tratamiento.
- B - Retest sin tratamiento
- C - Test con tratamiento.
- D - Retest con tratamiento

Cada grupo contiene el cálculo de la media y la desviación estándar.

4.2. Comparación de Medias utilizando la Distribución "Z"

Una vez clasificados los datos y calculados los estadígrafos principales, se procedió a comparar los grupos de la tabla 4-2 de acuerdo a la media de cada uno de ellos, utilizando la distribución "Z" para comprobar si existe diferencia significativa entre ellos.

4.3. Prueba de las Hipótesis.

Se elaboraron los cálculos para contrastar las medias y comprobar la veracidad o falsedad de las hipótesis propuestas.

Para contrastar la primera hipótesis de investigación la secuencia es:

- 10.- H_0 : No existe diferencia estadísticamente significativa de la ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo control, en relación con la segun-

da aplicación del grupo control.

- III: Existe diferencia estadísticamente significativa de la ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo control.

PUNTUACIONES NATURALES DE LA 1ra. y 2da. APLICACION DEL IDARE DE ANSIEDAD ESTADO (SXE)

SIN TRATAMIENTO				CON TRATAMIENTO			
TEST		RETEST		TEST		RETEST	
		ANSIEDAD		ESTADO			
1	35	23	51	1	35	23	55
2	37	24	51	2	37	24	61
3	39	25	51	3	41	25	48
4	40	26	52	4	42	26	49
5	41	27	52	5	44	27	44
6	42	28	52	6	46	28	54
7	42	29	52	7	42	29	48
8	44	30	52	8	55	30	54
9	44	31	52	9	38	31	59
10	44	32	52	10	48	32	48
11	45	33	53	11	31	33	39
12	48	34	54	12	40	34	58
13	48	35	54	13	42	35	49
14	48	36	55	14	53	36	57
15	48	37	55	15	45	37	57
16	48	38	56	16	45	38	56
17	49	39	56	17	48	39	56
18	49	40	56	18	52	40	56
19	49	41	57	19	45	41	56
20	50	42	57	20	50	42	53
21	51	43	58	21	52	43	53
22	51	44	58	22	44	44	54
		45	60			45	61
		46	61			46	72
		47	61			47	60
		48	64			48	67
$\Sigma x = 2421$				$\Sigma x = 2379$			
$\bar{X} = 50.4375$				$\bar{X} = 49.5625$			
$S = 6.5033$				$S = 8.5549$			
				$\Sigma x = 2521$		$\Sigma x = 1691$	
				$\bar{X} = 53.6383$		$\bar{X} = 35.9787$	
				$S = 9.6918$		$S = 8.9211$	

TABLA 4-1

TABLA 4-2 COMPARACION DE MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE A- ESTADO.

SIN TRATAMIENTO		CON TRATAMIENTO	
T	$\bar{X} = 50.4375$		$\bar{X} = 53.6383$
E	$S = 6.5033$		$S = 9.6918$
S	$n = 48$		$n = 47$
T			
R			
E	$\bar{X} = 49.5625$		$\bar{X} = 35.9787$
T	$S = 8.5549$		$S = 8.9211$
E	$n = 48$		$n = 47$
S			
T			

Donde:

\bar{X} = Media

S = Desviación Estándar

n = número de sujetos

Traducción a hipótesis estadísticas:

$$10. \quad H_0: \mu_{c1} = \mu_{c2}$$

$$H_1: \mu_{c1} \neq \mu_{c2}$$

Donde: μ_{c1} = media del nivel de ansiedad "estado" del - grupo control en la primera aplicación.

μ_{c2} = media del nivel de ansiedad "estado" del - grupo control en la segunda aplicación.

Para contrastar la hipótesis con cálculos estadísticos se utilizó la distribución "Z" en base a la diferencia de medias para muestras grandes.

$$Z_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Sustituyendo los datos de la tabla 4-2 se obtiene:

$$Z_c = \frac{50,4375 - 47,9625}{\sqrt{\frac{(6,80)^2}{48} + \frac{(8,15)^2}{48}}}$$

$$Z_c = 0.5641$$

Una vez calculada Z_c se procedió a seleccionar el nivel de significancia $\alpha = 0.05$ y contrastando con Z_{α} de tablas = 1.96, la regla de decisión es: Si $Z_c < Z_{\alpha}$, se rechaza H_0 .

Como $Z_c > Z_{\alpha}$, se acepta H_0 , concluyendo que no existe diferencia estadísticamente significativa de la ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo control, -

en relación con la segunda aplicación del grupo control.

En las hipótesis 2, 3 y 4 que a continuación se describen, se condensan los resultados estadísticos, los cuales se desarrollaron de la misma forma que la hipótesis anterior en la tabla 4-3.

$$20. H_0: \mu_{E1} = \mu_{E2}$$

$$H_1: \mu_{E1} > \mu_{E2}$$

$$30. H_0: \mu_{C1} = \mu_{E1}$$

$$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{E1}$$

$$40. H_0: \mu_{C2} = \mu_{E2}$$

$$H_1: \mu_{C2} > \mu_{E2}$$

Donde:

C = Grupo control

E = Grupo experimental

1 = Test-

2 = Retest

TABLA 4-3 DECISION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS	ANSIEDAD		ESTADO
	Z_c	Z_t	REGLA DE DECISION
Hipótesis 1°	0.5641	+ 1.96	Se acepta H_0 .
Hipótesis 2°	9.191	- 1.64	Se rechaza H_0 .
Hipótesis 3°	-1.8862	+ 1.96	Se acepta H_0 .
Hipótesis 4°	7.5726	- 1.64	Se rechaza H_0 .

Se procedió de la misma manera para obtener los datos de la ansiedad "rasgo", los cuales se condensan en la tabla 4-4 la comparación de medias y la desviación estándar; en la tabla 4-5 también se registra la regla de decisión de las hipótesis propuestas.

TABLA 4-4 COMPARACION DE MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR DE LA A-RASGO

	SIN TRATAMIENTO	CON TRATAMIENTO
T E S T	$\bar{X} = 49.70$ $S = 9.81$	$\bar{X} = 53.70$ $S = 8.50$
R E T E S T	$\bar{X} = 48.93$ $S = 10.64$	$\bar{X} = 52.34$ $S = 10.06$

Donde:

C = Grupo control

E = Grupo experimental

1 = Test

2 = Retest

Al traducir las hipótesis de investigación de la ansiedad - Rasgo en hipótesis estadísticas tenemos:

$$5a. H_0: \mu_{c1} = \mu_{c2}$$

$$H_1: \mu_{c1} \neq \mu_{c2}$$

$$6a. H_0: \mu_{E1} = \mu_{E2}$$

$$H_1: \mu_{E1} > \mu_{E2}$$

$$7a. H_0: \mu_{O1} = \mu_{E1}$$

$$H_1: \mu_{O1} \neq \mu_{E1}$$

$$8a. H_0: \mu_{C2} = \mu_{E2}$$

$$H_1: \mu_{C2} > \mu_{E2}$$

TABLA 4-5 DECISION DE HIPOTESIS ANSIEDAD-RASGO

HIPOTESIS	Z_c	Z_t	REGLA DE DECISION
1.-	0.4593	\pm 1.96	Se acepta H_0
2.-	0.7075	1.64	Se acepta H_0
3.-	- 2.075	\pm 1.96	Se rechaza H_0
4.-	- 1.60	1.64	Se acepta H_0

4.4. Presentación de datos por Departamento:

El número total de pacientes con un nivel de ansiedad - estado, se agruparon en los diversos departamentos que se mencionan a continuación, clasificándolos en grupo - control y grupo experimental, con aplicación de test- re- test.

Estos departamentos son:

1. Diagnóstico.
2. Parodontia.
3. Operatoria.
4. Endodoncia, y
5. Exodoncia.

4.5. Comparación de Medias utilizando la Distribución "t".

En la tabla 4-6 se registran los datos de la media y desviación estándar de cada uno de los departamentos, utilizando la distribución "t" para datos de muestras pequeñas, con el fin de comprobar si existe diferencia estadísticamente significativa en cada departamento.

TABLA 4-6 COMPARACION DE MEDIAS Y DESV. ESTANDAR DE A-ESTADO POR DEPARTAMENTO.

SIN TRA- TA- MIEN- TO.	T E S T	Dx	PARODONCIA	OPERATORIA	ENDODONCIA	EXODONCIA
		\bar{X}	50.65	53.4	48.25	49.5
S	30.6	15.8	121.35	20.3	21	
n	23	5	8	6	3	
R E T E S T	\bar{X}	49.43	52.4	50.25	44.66	46.33
	S	52.07	52.3	202.21	45.06	2.33
n	23	5	8	6	3	
CON TRA- TA- MIEN- TO	\bar{X}	50.22	53.75	61	57.75	55.11
	S	82.88	56.91	450	70.91	78.61
n	18	4	2	4	9	
R E T E S T	\bar{X}	37.38	41.5	37.5	31.5	35.11
	S	108.60	71	84.5	113.66	33.86
n	18	4	2	4	9	

4.6. Prueba de Hipótesis por Departamento.

Se procedió a elaborar los cálculos para contrastar -- las medias y comprobar la veracidad o falsedad de las hipótesis propuestas.

Para contrastar la primera hipótesis de investigación por departamento la secuencia es:

10.- H_0 : No existe diferencia estadísticamente significativa de la ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de diagnóstico, en relación con la segunda aplicación del grupo control de diagnóstico.

H_1 : Existe diferencia estadísticamente significativa de la ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de diagnóstico, en relación -- con la segunda aplicación del grupo control de -- diagnóstico.

Traducida a hipótesis estadística:

9.- Diagnóstico $H_0: \mu_{c1} = \mu_{c2}$

$H_1: \mu_{c1} \neq \mu_{c2}$

donde: μ_{c1} = media del nivel de ansiedad "estado" del grupo control de diagnóstico, en la primera aplicación.

μ_{c2} = media del nivel de ansiedad "estado" del grupo control de diagnóstico, en la segunda aplicación.

Para contrastar la hipótesis con cálculos estadísticos se utilizó la distribución "t" en base a diferencia de medias para muestras pequeñas.

INDEPENDIENTES

$$A) T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{n_1 s_1^2 + n_2 s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}}}$$

DEPENDIENTES

$$B) T_c = \frac{\bar{D}}{\sigma_D} \quad \sigma_D = \frac{\hat{\sigma}_D}{\sqrt{n}} \quad \hat{\sigma}_D = \sqrt{\frac{\sum D^2 - (\sum D)^2/n}{n-1}}$$

$$\bar{D} = \frac{\sum D}{n}$$

Sustituyendo los datos en la fórmula B se obtiene:

$$T_c = 1.10$$

Una vez calculada T_c se procedió a seleccionar el nivel de significancia $\alpha = 0.05$ y contrastando con T_t de tablas = 2.074, la regla de decisión es: si $T_t < T_c$, se rechaza H_0 .

Como $T_t > T_c$ entonces se acepta H_0 .

Concluyendo que no existe diferencia estadísticamente significativa de la ansiedad "estado" en la 1ra. aplicación en el grupo control de dx, en relación con la segunda aplicación del grupo control de dx.

Enseguida se presentan las hipótesis de la 10 a la 28 de su respectivo departamento, las cuales se desarrollaron de la misma forma que la hipótesis anterior.

- | | |
|--|---|
| 10. Diagnóstico $H_0: \mu_{E1} = \mu_{E2}$
$H_1: \mu_{E1} > \mu_{E2}$ | 18. Exodoncia $H_0: \mu_{E1} = \mu_{E2}$
$H_1: \mu_{E1} > \mu_{E2}$ |
| 11. Parodoncia $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{C2}$ | 19. Diagnóstico $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{C2}$ |
| 12. Parodoncia $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} > \mu_{C2}$ | 20. Diagnóstico $H_0: \mu_{C2} = \mu_{C1}$
$H_1: \mu_{C2} > \mu_{C1}$ |
| 13. Operatoria $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{C2}$ | 21. Parodoncia $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{C2}$ |
| 14. Operatoria $H_0: \mu_{E1} = \mu_{E2}$
$H_1: \mu_{E1} > \mu_{E2}$ | 22. Parodoncia $H_0: \mu_{C2} = \mu_{C1}$
$H_1: \mu_{C2} > \mu_{C1}$ |
| 15. Endodoncia $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{C2}$ | 23. Operatoria $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{C2}$ |
| 16. Endodoncia $H_0: \mu_{E1} = \mu_{E2}$
$H_1: \mu_{E1} > \mu_{E2}$ | 24. Operatoria $H_0: \mu_{C2} = \mu_{C1}$
$H_1: \mu_{C2} > \mu_{C1}$ |
| 17. Exodoncia $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{C2}$ | 25. Endodoncia $H_0: \mu_{C1} = \mu_{C2}$
$H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{C2}$ |

26. Endogeneidad $H_0: \mu_{C2} = \mu_{E2}$
 $H_1: \mu_{C2} > \mu_{E2}$
27. Exogeneidad $H_0: \mu_{C1} = \mu_{E1}$
 $H_1: \mu_{C1} \neq \mu_{E1}$
28. Exogeneidad $H_0: \mu_{C2} = \mu_{E2}$
 $H_1: \mu_{C2} > \mu_{E2}$

En la tabla 4-7 se condensan los resultados con su decisión de hipótesis correspondiente.

TABLA 4-7 DECISION DE HIPOTESIS A-ESTADO POR DEPARTAMENTO

HIPOTESIS	T_c	T_t	REGLA DE DECISION
9	1.10	2.074	Se acepta H_0
10	4.08	2.11	Se rechaza H_0
11	0.182	2.021	Se acepta H_0
12	4.25	2.021	Se rechaza H_0
13	0.3409	2.776	Se acepta H_0
14	12.94	3.182	Se rechaza H_0
15	- 0.0768	2.365	Se acepta H_0
16	1.840	2.365	Se acepta H_0
17	- 1.2472	2.365	Se acepta H_0
18	-.-	-.-	No hubo datos
19	- 1.054	2.306	Se rechaza H_0
20	1.079	2.306	Se acepta H_0
21	1.254	2.571	Se acepta H_0
22	3.677	3.182	Se rechaza H_0
23	- 1.79	2.306	Se acepta H_0
24	2.142	2.306	Se acepta H_0
25	0.273	4.30	Se acepta H_0
26	5.87	2.306	Se rechaza H_0
27	- 1.386	2.228	Se acepta H_0
28	3.014	2.228	Se rechaza H_0

CAPITULO V RESULTADOS

5.1. Registro y promedio de pacientes ansiosos en los dos sexos.

Analizando los objetivos del primer capítulo de esta investigación se identificó el número de pacientes ansiosos en los dos sexos, registrándose un total de 80 pacientes -- con un alto nivel de ansiedad del sexo femenino y 16 del -- sexo masculino, ascendiendo esta cifra a 95 pacientes ansiosos, los que conformaron la muestra.

Al detectar el grado de ansiedad "estado", se registró un promedio de 50.37 en el test del grupo control en mujeres y 45.9 en hombres; en el retest del mismo grupo se obtuvo un promedio de 49.51 en mujeres y 49.18 en hombres, comprobando que no existió diferencia significativa en el grupo control o sea al cual no se le aplicó el tratamiento.

En cambio en el grupo experimental, también al analizar el grado de ansiedad "estado" durante la aplicación del test, las mujeres obtuvieron un promedio de 53.5 y los hombres de 55, mientras que en el retest el promedio de mujeres fue de 36.25 y el de los hombres de 33 lo que significó que el método de relajación sí tuvo efecto para disminuir el grado de ansiedad en el grupo experimental.

Los promedios en el nivel de ansiedad entre hombres y mujeres no tuvieron fluctuaciones en general a pesar de -- que el número total de pacientes en los dos sexos estuvo -- conformado por una muestra en donde se registraron mayor número de pacientes del sexo femenino. Esto se atribuye a -- que las mujeres tienen mayor facilidad y libertad para expresar sus emociones, debido a que nuestra sociedad es más

permissiva al enjuiciar a la mujer como "sexo débil" y tener la libertad para sacar a flote sus sentimientos y emociones.

A la inversa, al hombre se le enseña desde pequeño a reprimir sus estados naturales emotivos y es por ello que se registró en la muestra, un mayor número de mujeres con un alto nivel de ansiedad.

5.2. Resultados Estadísticos de las Hipótesis propuestas.

Al contrastar las hipótesis de investigación de la ansiedad-estado en forma global entre el grupo control y el grupo experimental, los resultados estadísticos fueron los siguientes:

1. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo control. Esta nulidad de hipótesis indica que no hubo cambio en el grupo al cual no se le aplicó el tratamiento.
2. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo experimental, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental. En contraste con la hipótesis anterior, al existir cambio en el grupo al cual se le aplicó la técnica de relajación, se cumplió con el objetivo propuesto.
3. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación del grupo control, en relación con la primera aplicación del grupo experimental. Esto significa que los índices de ansiedad entre el grupo control y el grupo experimental partieron de una misma línea base.

4. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental. Se cumplió con el objetivo al utilizar el método de relajación en el grupo experimental con el fin de disminuir el grado de ansiedad.

En lo que se refiere a ansiedad-rasgo se concluyó lo siguiente:

5. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "rasgo" en la primera aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo control.
6. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "rasgo" en la primera aplicación del grupo experimental, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental.
7. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "rasgo" en la primera aplicación del grupo control en relación con la primera aplicación del grupo experimental. La ansiedad-rasgo no partió de una misma línea base.
8. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "rasgo" en la segunda aplicación del grupo control, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental.

De las hipótesis 5, 6, 7 y 8 se comprobó que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los Índices de ansiedad "rasgo", concluyendo que este tipo de ansiedad, se caracteriza por patrones de conducta relativamente permanentes y que una técnica de relajación no es suficiente pa-

ra tratar de inducir cambios arraigados en el comportamiento de las personas.

No influye el hecho de que el grado de ansiedad no inici6 de una misma lnea base, la diferencia fue minima y - adn asi no disminuy6 la ansiedad entre el grupo control y - el grupo experimental.

Al analizar los departamentos de Diagn6stico, Paro-- doncia, Operatoria, Endodoncia y Exodoncia, las conclusiones a las que se lleg6 fueron:

9. No existe diferencia estadisticamente significativa entre los lndices de ansiedad "estado" en la primera aplicaci6n en el grupo control de diagn6stico, en relaci6n con la segunda aplicaci6n del grupo control de diagn6stico.
10. No existe diferencia estadisticamente significativa entre los lndices de ansiedad "estado" en la primera aplicaci6n en el grupo control de parodoncia, en relaci6n - con la segunda aplicaci6n del grupo control de parodoncia.
11. No existe diferencia estadisticamente significativa entre los lndices de ansiedad "estado" en la primera aplicaci6n en el grupo control de operatoria, en relaci6n - con la segunda aplicaci6n del grupo control de operatoria.
12. No existe diferencia estadisticamente significativa entre los lndices de ansiedad "estado" en la primera aplicaci6n en el grupo control de endodoncia, en relaci6n - con la segunda aplicaci6n del grupo control de endodoncia.
13. No existe diferencia estadisticamente significativa en-

tre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de exodoncia, en relación -- con la segunda aplicación del grupo control de exodoncia.

Referente a la hipótesis 9, 10, 11, 12 y 13 se comprobó que sin tratamiento, no se modificó el grado de ansiedad en ningún departamento.

14. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de diagnóstico, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de diagnóstico.
15. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de parodoncia, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de parodoncia.
16. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de operatoria, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de operatoria.

Las anteriores hipótesis 14, 15 y 16 al aplicar la técnica de relajación se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad en los departamentos de diagnóstico, parodoncia y operatoria.

17. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo experimental de endodoncia, en rela-

- ción con la segunda aplicación del grupo experimental de endodoncia. En este departamento, la técnica de relajación no tuvo efecto significativo.
18. No existen datos consistentes con referencia a la primera aplicación en el grupo experimental de exodoncia en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de exodoncia, al aplicar el tratamiento, debido a que no se registraron datos suficientes en este departamento.
 19. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de diagnóstico, en relación con la primera aplicación del grupo experimental de diagnóstico. Los índices de ansiedad entre los grupos control y experimental en el departamento de diagnóstico no partieron de una misma línea base.
 20. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de parodoncia, en relación con la primera aplicación del grupo experimental de parodoncia.
 21. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de operatoria, en relación con la primera aplicación del grupo experimental de operatoria.
 22. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de endodoncia, en relación con la primera aplicación del grupo experimental de en-

odoncia.

23. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la primera aplicación en el grupo control de exodoncia, en relación -- con la primera aplicación del grupo experimental de exodoncia.

En los departamentos de parodoncia, operatoria, endodoncia y exodoncia, los índices de ansiedad "estado", partieron de una misma línea base.

24. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de diagnóstico, en relación -- con la segunda aplicación del grupo experimental de -- diagnóstico.

En el departamento de diagnóstico no fue consistente -- el cambio entre los dos grupos, al aplicar el tratamiento.

25. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de parodoncia, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de parodoncia. En este departamento sí tuvo efecto la técnica de relajación.

26. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de operatoria, en relación -- con la segunda aplicación del grupo experimental de operatoria. En este departamento no fue significativa la técnica de relajación.

27. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de endodoncia, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de endodoncia. Si tuvo efecto la técnica de relajación entre los dos grupos en este departamento.

28. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los índices de ansiedad "estado" en la segunda aplicación en el grupo control de exodoncia, en relación con la segunda aplicación del grupo experimental de exodoncia. La técnica de relajación si tuvo efecto significativo.

RESULTADOS ESTADISTICOS

ANSIEDAD - ESTADO	ANSIEDAD - RASGO
<p>SE CUMPLIO CON EL OBJETIVO PROPUESTO AL UTILIZAR LA TECNICA DE RELAJACION PARA DISMINUIR EL GRADO DE ANSIEDAD.</p> <p>*Se comprobó estadísticamente que los resultados fueron significativos y los índices de ansiedad entre los grupos control y experimental partieron de una misma línea base.</p>	<p>NO EXISTIO CAMBIO SIGNIFICATIVO ENTRE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL AL APLICAR LA TECNICA DE RELAJACION</p> <p>* Este resultado se adjudica a que este tipo de ansiedad es relativamente estable y no cambia con el solo hecho de aplicar una técnica relajante, es preciso entonces, la intervención de un tratamiento psicoterapéutico.</p>

ANSIEDAD-ESTADO ANALIZADO POR DEPARTAMENTO

INTERGRUPAL

TEST Y RETEST GRUPO CONTROL	} Sin tratamiento no se modificó significativamente el nivel de ansiedad en los departamentos;	} diagnóstico parodoncia operatoria endodoncia exodoncia
--------------------------------------	--	--

TEST Y RETEST GRUPO	} Con tratamiento si hubo modificación en el grado de ansiedad en:	} diagnóstico parodoncia operatoria
---------------------------	--	---

EXPERI MENTAL	} Con tratamiento no existió diferencia significativa en:	} endodoncia.
------------------	---	---------------

* En el departamento de exodoncia no se obtuvieron resultados consistentes.

HETEROGRUPAL

TEST GPO. CONTROL Y TEST GPO. EXP.	} El grado de ansiedad partió de una misma línea base en:	} parodoncia operatoria endodoncia exodoncia
---	---	---

EXP.	} El grado de ansiedad no partió de una misma línea base en:	} diagnóstico
------	--	---------------

RETEST GPO. CONTROL Y	} Con tratamiento si hubo modificación significativa en el grado de ansiedad en:	} parodoncia endodoncia exodoncia
--------------------------------	--	---

RETEST GPO. EXP.	} Con tratamiento no hubo modificación significativa en el grado de ansiedad en:	} diagnóstico operatoria.
------------------------	--	------------------------------

5.3. Interpretación de los Resultados.

En forma esquemática se registraron los resultados -- que se obtuvieron con la aplicación de la técnica de relajación. El desglose es el siguiente:

En lo que se refiere a la ansiedad-estado, en forma global si existió una disminución significativa entre los índices de ansiedad en contraste con el grado de ansiedad rasgo en el cual se suponía y así sucedió que en este tipo de ansiedad no se llegaba a un cambio significativo, puesto que es relativamente permanente.

Analizando los resultados de los diferentes departamentos se consideraron dos clasificaciones: Intergrupales -- (test con relación al retest grupo control y test en relación al retest grupo experimental), en el cual sin la técnica de relajación no existió cambio significativo; en cambio, donde si se aplicó el tratamiento, si hubo modificación significativa de la ansiedad-estado con excepción del departamento de endodoncia aclarando también que en el departamento de exodoncia no hubo los suficientes datos consistentes para probar esta hipótesis.

Enfocándose a la relación heterogrupal (test grupo control en relación con test grupo experimental y retest grupo control en relación con retest grupo experimental), no hubo modificación significativa de la ansiedad aplicando el tratamiento en los departamentos de diagnóstico y operatoria aclarando que el primero no partió de una misma línea base entre los índices de ansiedad, en cambio si hubo modificación significativa de la ansiedad en los departamentos de parodoncia, endodoncia y exodoncia utilizando la técnica de relajación.

Si partimos del punto donde se comienza todo trata--

miento odontológico o sea en el departamento de diagnóstico es donde el paciente todavía no tiene contacto con este tipo de experiencias, lo más lógico sería que en esta área se detectara un mayor índice de ansiedad, sin embargo no hubo una disminución significativa en esta investigación a lo -- cual se puede atribuir este resultado a que la aplicación - del test en el grupo control con relación al test en el gru - po experimental no partieron de una misma línea base en - - cuanto a grado de ansiedad, aún cuando se aplicó el paráme - tro del cuestionario autoevaluativo IDARE.

En cambio en el departamento de operatoria los resul - tados no fueron satisfactorios en cuanto a la aplicación de la técnica de relajación sugiriendo que aquí el paciente ya se encuentra preparado para recibir su tratamiento puesto - que ya tuvo que haber pasado por otros departamentos.

En los departamentos de parodontia, endodoncia y exo - doncia los cuales sí partieron de una misma línea base en - cuanto a grado de ansiedad, la técnica de relajación sí fue efectiva para disminuir la ansiedad, proponiendo que en es - tas áreas los procedimientos dentarios se pueden apreciar - como más sofisticados y que es necesario que el paciente se encuentre en mejores condiciones emocionales para soportar - dichos procedimientos.

Se hace la aclaración que los departamentos de próte - sis, protodoncia y cirugía no se tomaron en cuenta para es - ta investigación debido a que no se atendió el número de pa - cientes suficientes dentro del parámetro utilizado para la - selección de la muestra.

Todos estos resultados indican que existe discrepan - cia en los diferentes departamentos, sugiriendo una aten - - ción especial dentro de cada área y aún en cada paciente --

según sus necesidades, explicando de esta forma, la estrecha relación entre la Psicología y la Odontología.

C A P I T U L O V I

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1. Conclusiones.

El acelerado crecimiento de la vida moderna, ha dado como resultado un mayor incremento de la tensión nerviosa en varios aspectos de la vida diaria. Mientras que algún grado de tensión es necesario en el quehacer diario, sus efectos adversos requieren de la habilidad de cada persona para controlarlo.

Cada individuo está expuesto a todo tipo de adversidades a las cuales se enfrenta de diferente manera de acuerdo con su tipo de personalidad, el cual varía y se expresa con fluctuaciones relacionadas con ciertas experiencias de su vida. Los patrones de personalidad varían en términos de las condiciones físicas y emocionales del sujeto, en el momento en que el estímulo es aplicado. En caso de la experiencia odontológica, es más probable que el paciente reaccione desfavorablemente si se encuentra en un ciclo depresivo, fatiga, mala salud o en estado de tensión emocional aguda o crónica. A la inversa, el paciente que está libre de tensiones y estímulos negativos, reacciona con más ecuanimidad a la experiencia odontológica.

Siendo la cavidad bucal, uno de los órganos de mayor receptividad y la que realiza numerosas actividades como el comer, hablar, comunicarse, se considera relevante el escudriñar cada una de sus funciones e integrarlas para proporcionar una mayor atención y cuidado de esta área corporal.

Como la mayoría de los pacientes parece sentir un temor mayor por el tratamiento dental que cualquier otro procedimiento médico, es aconsejable que el odontólogo se val

ga de todos los métodos terapéuticos seguros a su alcance para tornar más aceptable su labor.

El objetivo principal de esta investigación se cumplió satisfactoriamente al realizar a través de una serie de cuestionarios autoevaluativos de la ansiedad ante numerosos pacientes que de alguna forma contribuyeron a este estudio, el cual fue realizado con una gran inquietud para lograr esclarecer y comprobar que la rama de la Psicología tiene un vínculo bastante estrecho con la práctica odontológica.

Para dar a conocer esta unión, se logró dar énfasis al trato humanístico, proponiendo una técnica de relajación como un medio eficaz en la ayuda terapéutica y como coadyuvante para el manejo de pacientes que presentan disyuntivas ante la posible amenaza de la intervención dental. Si se piensa por ejemplo, que el temor al dolor bucal es muy exagerado, al involucrar un tratamiento mediante la su gestión psicológica, se podrá provocar la relajación y así lograr una elevación real del umbral doloroso a la vez que se reduce el nivel de tensión emocional.

El paciente relajado, ahora está preparado para un tratamiento dental eficiente, aceptará con mejor disposición el manejo del médico, apreciará y querrá más lo que le brinde la Odontología. El paciente preparado mediante la relajación, se encuentra en un estado de ánimo más apropiado para cuidar los planes de su tratamiento, que aquel que entra al consultorio lleno de tensiones y temores.

Se demostró claramente la importancia que este tratamiento proporciona, al decentralizar la actividad puramente mecánica y poder conocer a la persona como un ser integrado y enfocarse también a la parte emotiva utilizando es

te método no tanto como terapéutica psicológica, sino más bien como una actividad complementaria cuando lo es necesario en el tratamiento dentario. Este método el cual resultó ser exitoso no requiere de habilidades especiales para ejercer su práctica, basta con la experiencia propia de la vida del dentista, su comprensible manera y su interés hacia el paciente ya que se considera como paciente, sencillo y fácil de ser utilizado además de que no requiere mucho tiempo para ser empleado.

Ampliando el punto anterior, se especifica que este método de relajación, está también diseñado para liberar la tensión acumulada habitualmente y para ello es necesario un entrenamiento para obtener resultados exitosos a largo plazo.

Ahora bien, existen muchas otras formas de conducir a la relajación e inducir al paciente a estados de tranquilidad, para ello, el Odontólogo puede hacer uso de su capacidad creadora para que al paciente se le facilite su tratamiento dental. Lo puede lograr, mediante su habilidad para describir paisajes y escenas relajantes mediante el empleo de palabras inductoras de tranquilidad, calidez, afirmación y seguridad. El ánimo que el médico emplee sobre el paciente, aliviará el nivel de tensión. Es preciso emitir toda palabra que denote acción o ansiedad, pues estimula el Sistema Nervioso Central, en cambio sugerir movimientos lentos y letárgicos induce a la relajación, pues las palabras de movimiento rápido causan tensión muscular y dental.

6.2. Sugerencias.

Una de las sugerencias relevantes en esta investigación, es la de dar a conocer y amplificar la temática de unificar y consolidar las áreas humanísticas con la atención Odontológica. Se considera que la conducta del ser

humano aunque compleja y muchas veces no valorada, es imprescindible su manejo, ya que en toda actividad existen las relaciones humanas.

Como objetivo primordial se sugiere la idea de impartir la materia de Psicología dentro del programa académico de la profesión del Cirujano Dentista; ya en investigaciones previas, se describió con mayor detalle la importancia del conocimiento y las numerosas áreas con las que se relaciona así como las ventajas que proporciona el asimilar conocimientos básicos para practicarlos dentro del consultorio dental.

Específicamente con más detalle los puntos sugeridos para ampliar esta investigación incluyen:

- Dar relevancia al manejo humanístico entendiéndolo como una relación bio-psico-social.
- Identificar los "tips" para reconocer a los pacientes de nominados como "pacientes problema" dentro del área dental.
- Investigar los obstáculos que se pueden presentar para que el paciente no concluya satisfactoriamente su tratamiento odontológico.
- Efectuar investigaciones experimentales acerca de los tipos de personalidad que puedan influir en el adecuado manejo del tratamiento dental.
- Proponer como materia dentro del programa de Odontología el estudio del desarrollo de la personalidad en sus diferentes etapas de la vida.
- Llevar a cabo campañas de higiene bucal y mental y su interrelación.
- Utilizar la hipnosis como un medio analgésico sobre todo en personas a las cuales la anestesia química no produce efectos satisfactorios.

- Comprobar las hipótesis de algunos trastornos dentarios de base psicogénica como comprobar que las caries dentales sean producidas por estímulos o tensiones emocionales; esta hipótesis sugiere que los tejidos bucales, como todos los otros, están bajo la influencia del Sistema Nervioso Central y que pueden ser iniciados o agravados por irritaciones provenientes del hipotálamo.

Existe una gran variedad de componentes psicológicos que pueden ser seleccionados para llevar a cabo la actividad dental con los cuidados pertinentes para ejercer apropiadamente y sin dificultades toda experiencia Odontológica; entre otros detalles se sugiere seleccionar para el consultorio un lugar tranquilo con una sala discreta y sencilla así como un ambiente acogedor y con colores apropiados.

Otros medios eficaces para la práctica dentaria es la utilización de la música tranquila y suave en la sala de espera; la enseñanza audiovisual como método para reforzar la confianza de aquellos pacientes que requieren de un conocimiento más objetivo de su tratamiento, además de facilitar la orientación profiláctica que debe llevarse a cabo con todos los pacientes en general, asimismo el motivar los para obtener una mayor colaboración en su tratamiento haciéndole ver las ventajas y desventajas.

También la primera entrevista es de vital importancia para despertar la confianza del paciente, cuidando el lenguaje, modales, vestido, gestos y el escuchar con detenimiento hasta el más mínimo detalle de sus padecimientos y así formar un ambiente amable con el fin de disminuir temores, angustias y prejuicios que con seguridad contribuirán a la salud mental del paciente.

En algunas ocasiones es recomendable al atender al paciente con demasiado estrés no efectuar ningún tipo de tratamiento clínico, basta con entablar empatía que se logra a través de la plática, su historia clínica, toma de impresiones y algunos consejos para su próxima cita; esto ayuda a que el paciente, regrese con más tranquilidad y confianza para el desarrollo de su tratamiento normal.

En fin, si se piensa que toda persona tiene derecho a ser bien tratada y lo que significa para los seres humanos el recibir con agrado un servicio, el ser tratado con respeto utilizando todo ello con Etica Profesional y comprensión humana, facilitará la realización de todo tipo de disciplina humanitaria.

ANEXOS

Procedimiento de relajación.

Vea que el paciente esté cómodamente sentado en el sillón, con las piernas descruzadas y estiradas y sin que las ropas le estén oprimiendo. Sus manos deben estar abiertas, con los brazos en suave descanso sobre los apoyos del sillón. Explique al paciente que al relajarlo primero, el tratamiento odontológico por realizar será mucho más cómodo. Cuidado de utilizar sólo operaciones afirmativas, es decir, instrucciones positivas, no negativas. Elija las palabras que connoten placer y liberación de todo lo dañoso o doloroso. Jamás sugiera una posibilidad de dolor o malestar; por ejemplo, "su tratamiento será más cómodo". Emplee una técnica similar a la siguiente. Con el ejercicio constante desarrollará su propio estilo y la conexión entre usted y sus pacientes se tornará fácil y natural. Hable lenta y claramente; con expresión, carente de monotonía.

El siguiente texto contiene la grabación que se utilizó como técnica de relajación:

Por favor, relájese con la cabeza hacia atrás, los brazos descansando suavemente sobre los del sillón y con las piernas estiradas. No cruce las piernas ni las doble. Inspire profundamente. Yo lo acompañaré. Llene los pulmones de aire. Reténgalo unos cinco segundos. Ahora espire, muy bien. Ahora una segunda inspiración, llene los pulmones, retenga el aire, exhale, muy bien. Ahora una tercera vez inspire, pero no espire mientras yo no se lo diga. Llene bien sus pulmones, más, más. Retenga, ahora espire. Si lo prefiera cierre los ojos, pues esto lo ayudará a seguir me

por la escena que voy a describirle; deseo que usted piense que todas las tensiones abandonan su cuerpo, que cada músculo se torna flojo y flexible. Quiero que se concentre solo en lo que estoy diciendo y que piense solo en la relajación. La relajación es un estado maravilloso en el cual sus temores y tensiones quedan olvidados. Mencionaré las diversas partes de su organismo para ayudarlo a relajarse y no tará que maravillosa sensación cálida abraza su cuerpo. Quiero que ahora piense en sus - - pies, piense que todos los músculos de sus - - pies se aflojan y relajan. Déjelos relajarse. Recuerde que no puede forzarlos a relajarse. - Tiene que dejarlos que se relajen. Al relajar se estos músculos sentirá la calidez que gradualmente toman sus pies. Es una sensación de suma comodidad. Piense que la relajación va - ascendiendo por los tobillos, si no siente esta placentera sensación, imagínela y entonces la experimentará. Es tan maravilloso sentir - que las pantorrillas se van relajando. Ayúdelas a relajarse. Cuando usted piensa que los - músculos de las pantorrillas se están relajando, lo hacen. Esa cálida sensación comienza a extenderse a través de sus rodillas hacia los - músculos de los muslos. Ayude a esos músculos a relajarse. Recuerde que esos poderosos músculos de los muslos realizan para usted una -- gran cantidad de trabajo durante el día, y están bueno sentir que uno los deja aflojarse y relajarse.

La calidez se extiende gradualmente por las ca - deras hacia los músculos del abdomen. Al co--

menzar a relajarse los músculos y nervios del abdomen observe la desaparición de la tensión de la boca del estómago. Es una sensación tan agradable dejar que el calor lo abrace y se extienda por el torax. Su respiración se torna profunda, lenta, rítmica.

Esta sensación de relajación se extiende por los músculos de la espalda. Cuando usted piensa que esos músculos se relajan, lo hacen. Su cuerpo se hace pesado y parece hundirse más profunda y cómodamente en el sillón. Esta cálida sensación de relajación se extiende por todos los músculos de su columna y los hombros. Afloje los hombros y deje que sus músculos se relajen. Sienta como desaparece la tensión de sus hombros y observe como la calidez se extiende a los músculos del cuello. A menudo los músculos del cuello están duros y doloridos por causa de las tensiones del día. Estos músculos, tan cercanos a su cerebro, se relajarán cuando usted los deje hacerlo. Entonces piense en la cálida sensación que se extiende a los músculos de la cara. Los que rodean su boca y labios se relajan y sus maxilares cuelgan flojos y blandos. Los dientes están separados. La relajación se extiende a los músculos de los ojos y los circundantes. Permita que realmente se relajen los músculos de los ojos y apreciará la cálida sensación de bienestar.

Esta sensación se extiende por su frente. Las arrugas de la frente desaparecen al dar usted oportunidad a esos músculos para que se relajen cada vez más. Usted siente realmente como se relajan los músculos de su cabeza y nota como la -

relajación va por detrás del cuello hasta los hombros y brazos.

Todos los músculos y nervios de los brazos se están relajando. ¡Qué cálida y agradable es la sensación que se extiende por las manos!, sus brazos y manos están muy, muy pesados, y el último poco de tensión escapa de su cuerpo por la punta de los dedos.

Ahora están relajados todos los músculos y nervios de su organismo. Usted se hunde cada vez más en la placentera sensación de relajación. Es tan maravilloso dejar que se aflojen todos los músculos y relajarse. De este modo, todas las partes de su organismo están relajadas y usted se siente maravillosamente seguro. (Cinotti y Grieder, 1970, p.p.-84-86).

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Relgosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

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

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

120

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1983). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III. Barcelona: Masson.
- Anastasi, A. (1973). Test Psicológicos. Madrid: Aguilar.
- Ardila, R. (1981). Psicología Fisiológica. (2a. ed.). México: Trillas.
- Bischof, L. (1982). Interpretación de las Teorías de la Personalidad. México: Trillas.
- Cameron, N. (1982). Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México: Trillas.
- Cinotti W. y Grieder A. (1970). Psicología aplicada en Odontología. Buenos Aires: Mundi.
- Corah, Gale e Illing, (1979). The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental procedures. Journal Odontology, 98. 390-394.
- Cueli, J. (1972). Teorías de la Personalidad. México: Trillas.
- Chagoya, F. y Maza, A. (1980) Estudio Comparativo de la Ansiedad con el Instrumento IDARE, antes y después de una Terapia de Apoyo en un Grupo de Pacientes en Sesiones de Terapia Intensiva. Tesis Inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F.

- Díaz Guerrero, R. (1982). Fuentes de la Ansiedad en la Cultura Mexicana. Enseñanza e Investigación en Psicología. 8 (1), 65-75.
- Freedman, Kaplan y Sadock. (1982). Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- Ganong, W. (1976). Manual de Fisiología Médica. (5a. ed.)- México: El Manual Moderno.
- Garfield, S. (1979). Psicología Clínica. México: El Manual Moderno.
- Geissmann P. y Durand, R. (1972). Los Métodos de Relajación Madrid: Guadarrama.
- Guyton, A. (1977). Tratado de Fisiología Médica. (5a. ed.). México: Interamericana.
- Horney, K. (1983). La Personalidad Neurótica de Nuestro -- Tiempo. México: Paidós.
- Ibáñez Brambila, B. (1984, abril). Guía para la elaboración de Proyectos de Investigación o Tesis Profesionales. (Disponible en Escuela de Psicología, CETYS-Tijuana, Apdo. Postal 4012, Centro, 22000, Tijuana, B.C.).
- Kerlinger, F. (1985). Investigación del Comportamiento. - (2a. ed.). México: Interamericana.
- Lamb, D. & Strand, K. (1980). The effect of a brief relaxation treatment for dental anxiety on measures of -- state and trait anxiety. Journal of clinical psychology, 36 (1), 270-273.

- Lerner, M. (1964). Hipnosis Clínica, Relajación e Hipnoanálisis. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Muñozcano, A. (1979). La Aplicación de la Hipnosis en Odontología. Tesis Inédita de Licenciatura en Odontología México: UNAM.
- Redondo, P. (1979). Estudio Transcultural del IDARE en Universitarios de la UNAM y UNC de México y Colombia. - Tesis Inédita de Doctorado en Psicología, México: -- UNAM.
- Redondo y Ortiz, (1973). Efectos de la Ansiedad Rasgo-Estado sobre la Inteligencia en la Práctica Quirúrgica. Tesis Inédita de Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Ryan, J. (1950) Fundamentos Psicobiológicos en Odontología. -- Buenos Aires: Mundi.
- Sachs, R., Eigenbrode, Ch. & Kruper, D. (1979). Psychology and Dentistry. Professional Psychology. 10 (4), - - 521-527.
- Sapir, M. y col. (1982). Psicología Aplicada y Relajación. México: Paidós.
- Spielberger, Ch. (1980). Tensión y Ansiedad. México: Harla.
- Spielberger y Diaz-Guerrero. (1975). IDARE: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México: El Manual Moderno.
- Whittaker, J. (1977). Psicología. (3a. ed.). México: - - Interamericana.

Zermeño, E. (1984). Técnicas Experimentales en el Tratamiento de los Trastornos Psicofisiológicos. Enseñanza e Investigación en Psicología. 10 (2), 195.