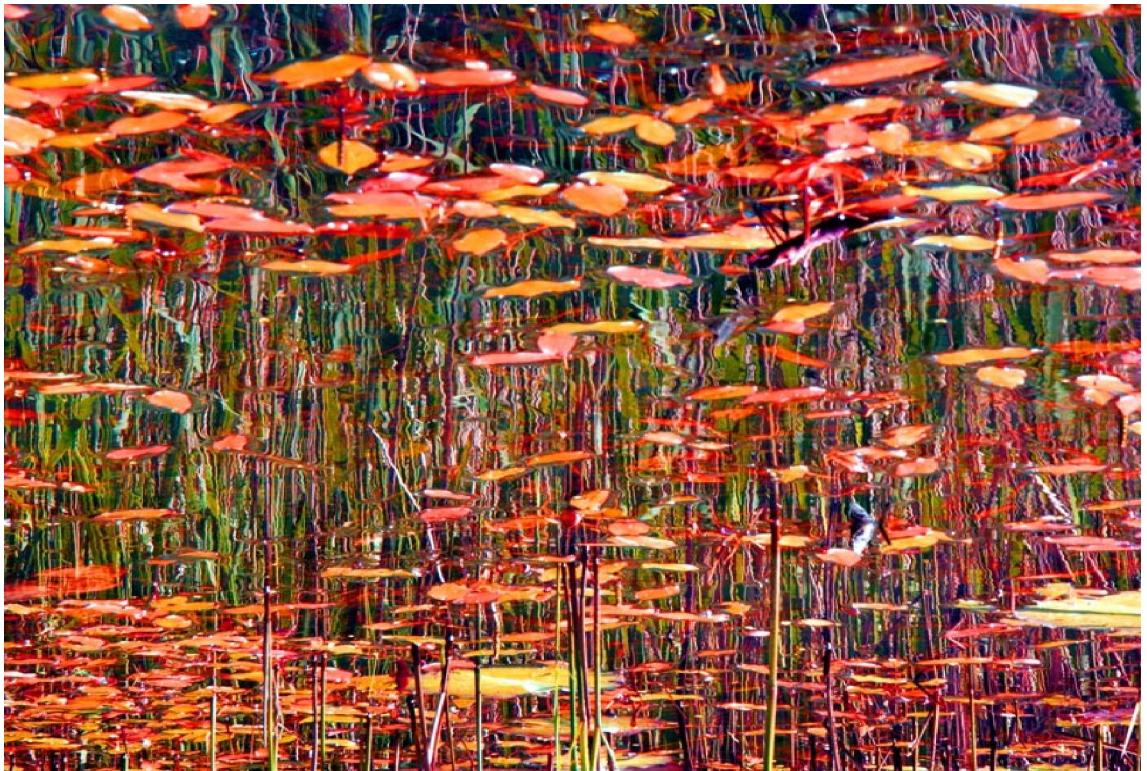




Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

“Representación semántica del implante dentario, Ansiedad y Percepción Psicológica del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía de implante oral.”



Alumna: Lamas, Verónica
Mat.: 07873/07

Cátedra de Psicología Cognitiva

Supervisor: Dr. Vivas, Jorge
Co-Supervisor: Dra. Richard's, María



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Título del proyecto: *“Representación semántica del implante dentario, Ansiedad y Percepción Psicológica del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía de implante oral”.*

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S 143/89

Integrante:

Lamas, Verónica Gabriela – Mat.: 07873/07

Supervisor:

Dr. Vivas, Jorge Ricardo

Co-supervisor:

Dra. Richard's, María Marta

Cátedra o seminario de orientación:

Psicología cognitiva.

Fecha de presentación: 24/02/14

Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal, es propiedad exclusiva de Lamas, Verónica, Matricula 07873/07 de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de los autores.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna Lamas, Verónica, Matricula 07873/07 conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes de febrero del año 2014.

.....

Supervisor

.....

Co-Supervisor

Informe de Evaluación del Supervisor y Co-Supervisor

El objetivo general del presente proyecto fue explorar el nivel de asociación entre la configuración semántica previa del implante dental y el nivel de ansiedad con la percepción psicológica del dolor postoperatorio orofacial, en una muestra de pacientes sometidos a cirugía de implante oral. El planteo es original y está debidamente documentado y fundamentado. Los objetivos son claros y la metodología utilizada es apropiada y acorde a los objetivos. Además se utiliza tecnología informática novedosa, desarrollada localmente como lo es el software Natural Finder para analizar la elicitación de redes semánticas naturales.

En síntesis, la apreciación global es positiva ya que la alumna ha realizado una revisión profunda de la bibliografía disponible en el tema y ha adquirido conocimientos sobre el manejo de herramientas informáticas apropiadas para el análisis de los datos. En todo momento ha demostrado elevado grado de implicación y compromiso con el proyecto lo cual se refleja en el resultado final elaborado.

Presentación ante la Comisión Asesora

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Lamas, Verónica, Matricula 07873/07.

Firma:

Fecha de Aprobación:



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Plan de Trabajo

Proyecto de Investigación de Pregrado
Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)

Alumna. Lamas, Verónica

Matricula y Año. 07873/07

Cátedra o seminario de Radicación. Catedra de Psicología Cognitiva

Supervisor. Dr. Vivas, Jorge

Co- Supervisor. Dra. Richard's, Maria M.

Título del proyecto: Representación semántica del implante dentario,
Ansiedad y Percepción Psicológica del dolor postoperatorio en pacientes
sometidos a cirugía de implante oral.

INDICE GENERAL:

Capítulo I: El dolor: consideración a través del tiempo y concepciones actuales

1.1 El dolor en la Antigüedad..... Pág. 1

1.2 Aportes a la concepción del dolor a partir del S.XVIII.....Pág. 3

1.3 El dolor en el SXX: Teorías multidimensionales..... Pág. 7

Capítulo II: Definiciones de dolor: Dolor agudo, dolor postoperatorio y dolor orofacial

2.1 El Dolor Agudo..... Pág. 12

2.2 Dolor Postoperatorio.....Pág. 13

2.3 Dolor Orofacial..... Pág. 15

Capítulo III: Valor de la construcción social de la experiencia dolorosa.

Aspectos semánticos.

3.1 Importancia del aprendizaje y expresión verbal del dolor...Pág. 17

3.2 Teoría del Marco Relacional..... Pág. 18

3.3 Redes Semánticas y construcción del dolor..... Pág. 20

Capítulo IV: La ansiedad y su relación bidireccional en la percepción psicológica del dolor.

4.1. Emociones negativas: ansiedad y salud.....	Pág. 22
4.2 Ansiedad Estado/Rasgo.....	Pag.23
4.3 Emociones y experiencia dolorosa.....	Pág. 25
4.4 Relación ansiedad-dolor.....	Pág. 26
Capítulo V: Objetivos e Hipótesis.....	Pág. 28
Capítulo VI: Metodología	
6.1 Materiales y método.....	Pág. 29
6.2 Diseño.....	Pág. 31
Capítulo VII: Resultados.....	Pág. 33
Capítulo VIII: Discusión general y Conclusión.....	Pág. 48
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 53
Anexos.....	Pág. 60

Agradecimientos:

A todos los miembros de mi familia, que me otorgaron su apoyo incondicional durante todos los años de estudio. Espero que este pequeño logro les brinde alegría.

Gracias a mis formadores, que de una u otra forma transmitieron su conocimiento y dejaron su huella.

Por último, a mis directores de tesis, en especial al Dr. Jorge Vivas, por su calidez y por compartir sin miramientos todo su conocimiento, su espacio y un pedacito de su propia experiencia que me llevo conmigo.

“No hay dolor sin sufrimiento, es decir, sin significado afectivo que traduzca el desplazamiento de un fenómeno fisiológico al centro de la conciencia moral del individuo”. (Le Breton, 2010, pp. 18)

Capítulo I: El dolor: consideración a través del tiempo y concepciones actuales

El dolor es una experiencia que acompaña a la humanidad desde siempre. A través del tiempo las concepciones acerca de cómo se considera el estímulo doloroso, es decir, su definición, sus causas y sus formas de tratamiento han variado considerablemente por lo cual se considera pertinente realizar un breve recorrido a través de la historia identificando las diferentes concepciones que se le han atribuido.

1.1. El dolor en la Antigüedad:

En las civilizaciones antiguas el dolor era considerado producto de posesiones demoníacas; humores malignos o espíritus muertos que ingresaban y se localizaban en el cuerpo produciendo el padecimiento, en consecuencia, el tratamiento estaba dado a partir de rituales de expulsión de dichos entes del cuerpo del afectado.

La primera referencia histórica del uso del opio como analgésico se puede rastrear en la sociedad de los Sumerios (4000 a.C.) quienes lo llamaban “planta de la alegría”. La utilización de plantas medicinales como tratamiento para el dolor también se refleja en sociedades como la Egipcia, los Asirios y las sociedades indígenas quienes, en general, consideraban al

dolor como un castigo de los dioses. En las sociedades indígenas sudamericanas (400-700 a. C.), específicamente se utilizaba la hoja de coca como anestésico local, éstas eran vertidas sobre las heridas mezcladas con cal o cenizas y saliva del hechicero quien desempeñaba un papel esencial en el ritual de curación (Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz y Pérez, 2005).

Los primeros en señalar un componente psicológico del dolor, aunque de una forma un tanto exagerada fueron las sociedades orientales. Los Budistas (500 a. C.) consideraban al dolor como una frustración de los deseos, razón por la cual ubicaban el centro del dolor en el alma; los chinos consideraban al dolor como la pérdida del equilibrio del ying y el yang poniendo como centro del dolor el corazón. En este último caso el tratamiento estaba dado por plantas medicinales y el desarrollo de puntos de analgesia a través de la acupuntura (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

En la antigua Grecia, Aristóteles y Descartes conciben al dolor como una forma particular de emoción o sensación producida por el cuerpo. En este momento de la historia, la biología contaba el privilegio de estudiar el proceso del influjo doloroso, describir con la objetividad requerida el recorrido exacto de un estímulo. La filosofía relataba la anécdota del dolor, es decir, la experiencia subjetiva del individuo (Le Breton, 2010).

A medida que nos acercamos al Renacimiento, se puede decir que, es a partir del avance de la imprenta que se pueden crear textos para su divulgación en las recién creadas universidades europeas respecto del tratado del cuerpo. El Renacimiento impuso un cambio radical en la

concepción del mundo y de la humanidad, pero es recién a partir del Siglo XVIII que se puede ubicar un punto de inflexión.

1.2 Aportes a la concepción del dolor a partir del Siglo XVIII

El desarrollo de la anatomía, física y química, es lo que permite en este siglo pasar de un tratamiento analgésico-anestésico completamente “vago” basado en el ensayo y el error, a una época científica la cual, sienta las bases farmacológicas de nuestros días. En este período de tiempo se escriben los primeros ensayos químicos de los anestésicos antiguos generados a partir de elementos naturales, y el desarrollo de anestésicos a partir de gases como el óxido nitroso. Si bien se puede decir que coexisten dos corrientes originales frente al dolor, el mesmerismo, basada en el poder curativo de las manos o hipnosis; es la teoría fundamentada en los avances de química moderna, concretamente en el campo de los gases la que tiene mayor desarrollo. Esta última teoría va a impulsar el desarrollo de la anestesia (Clément, 1993; Fernández-Torres, Márquez y Mulas, 1999; Pérez et al., 2005).

Es a partir del siglo XIX que se desarrolla más detalladamente el uso de la morfina como paliativo del dolor y comienzan a generarse nuevas fórmulas para los anestésicos locales y generales que hacen posibles las intervenciones quirúrgicas más prolongadas redefiniendo la experiencia (Pérez et al., 2005). A principios de siglo se produce un gran desarrollo y reestructuración de la medicina clínica que precede y posibilita la aparición de la fisiología como una ciencia experimental que permite el estudio

detallado de la importancia del sistema nervioso en la transmisión de la sensación en general y del dolor en particular, sentando las bases de la moderna neurofisiología (Fernández-Torres et al., 1999).

Varios autores coinciden en que en estos primeros ensayos existieron numerosas contribuciones en la comprensión del dolor, en las propuestas de tratamientos, así como importantes estudios de la función de diferentes centros nerviosos, pero no hubo ningún ensayo que considerara el cerebro de forma global; esto a causa de la imposibilidad de los investigadores para trabajar simultáneamente en varias líneas que permitieran arribar al análisis de algo tan complejo y desconocido hasta el momento, como el sistema nervioso y sus vías de transmisión (Fernández-Torres et al., 1999; Rey, 1998a).

Es de destacar la concepción del dolor que tenían los cirujanos de la época: gran parte de ellos continuaban creyendo que el dolor es necesario para el éxito de una intervención (Rey, 1998a), esta idea refleja una lenta evolución en el pensamiento que permite considerar al paciente y su régimen terapéutico en términos no sólo de la eficacia de la intervención, sino también de los sufrimientos que pueden evitarse. Además debe considerarse que aun después de vencer las barreras de la resistencia a utilizar opio en caso de dolor agudo crónico, hay una historia muy diferente para el dolor quirúrgico, como si hubiera dos entendimientos distintos del estímulo doloroso, dependiendo de las características del mismo (Perez et al., 2005). Al respecto Fernández hace una cita de Velpeau de 1840 que

afirma en sus *Leçons orales de clinique chirurgicale*: “eliminar el dolor por métodos artificiales es un mito...Instrumentos afilados y dolor son palabras que están inseparables en la mente de los pacientes” y “estas prácticas son una quimera, porque es mejor tener afilados escalpelos, conocimientos detallados y confianza, y la resignación del paciente” (Fernández-Torres et al., 1999)

Frente al auge de la utilización de la morfina, se establecen dos teorías sobre dolor: la teoría de la especificidad por un lado, y la teoría de la intensidad por el otro. Los autores que defienden la primer propuesta consideran que el dolor es una sensación equiparable a cualquier otro de los sentidos, es decir, concibe al dolor como una sensación específica independiente de los otros sentidos. Esta idea había sido sugerida por Galeno y Descartes, y fue formulada definitivamente por Schiffen en 1858 continuando su desarrollo de la mano de los avances científicos de la época acerca de los receptores del dolor, vías de transmisión o centros nerviosos, convirtiéndose en el pensamiento dominante a lo largo de todo el siglo XIX (Bonica, 1990; Melzack y Wall, 1970; Rey, 1998b).

La segunda teoría, la de la intensidad, fue inicialmente formulada por Darwin y basada en criterios Aristotélicos. Dicha teoría afirmaba que el dolor nacía de la excesiva estimulación del sentido del tacto, presión, frío o calor. El punto de partida del estudio científico de la sensación y del dolor lo constituyen los trabajos que permitieron disociar sensibilidad y movimiento de los nervios espinales. (Bonica, 1990).

Posteriores investigaciones logran con el correr de los años identificar una serie de estructuras nerviosas que tienen conexión con células cutáneas. Este descubrimiento abre las puertas a la investigación en la disociación de las sensaciones de presión y de tacto que permiten conformar una base anatómica a la noción de la especialización (Martínez-Torres et al, 1999).

Fue Alfred Vulpian (1826-1887) quien, a partir de considerar al dolor como una sensación exacerbada de sensibilidad general que se transmite por las mismas fibras nerviosas, pudo acercarse a la noción de que todas las fibras nerviosas tienen las mismas propiedades fisiopatológicas diferenciándose únicamente en sus funciones, según obtengan conexiones centrales o periféricas. La difusión de sus estudios permitió que en años posteriores, la atención de los anatomistas y fisiólogos se dirigiera a la investigación de receptores específicos cutáneos para el dolor y las otras sensaciones (Pérez et al., 2005).

Siguiendo los avances de la época, algunos teóricos habían llegado a la conclusión de que la sensación específica de las fibras nerviosas táctiles podía, con un estímulo de intensidad adecuada, originar la impresión de dolor; además suponían que la diferencia percibida entre las sensaciones no era a causa de la existencia de diferentes receptores cutáneos, sino que se trataba de vías diferentes de transmisión. En resumen, establecían que no había fibras específicas para el dolor sino que la modificación se producía en

“el camino” del estímulo doloroso, según la intensidad de la estimulación y de la densidad del mismo.

A finales del siglo XIX, según Fernández-Torres, existen tres teorías que explican la naturaleza de dolor; por un lado están las mencionadas teorías de la especificidad y las de la intensidad como principales rivales; posteriormente en un intento de conciliar los distintos puntos de vista, Strong propuso un nuevo enfoque en el cual confluyen sensación original estimular y una reacción psíquica provocado por tal evento en la percepción del dolor (Fernández-Torres et al., 1999). Esta hipótesis tuvo importantes repercusiones y fue posteriormente adoptada por otros autores, como Sherrington, para elaborar los primeros esbozos que permitieron considerar al dolor como un estímulo compuesto de dos dimensiones: sensorial y afectiva (Bonica, 1990).

1.3 El dolor en el Siglo XX: Las Teorías Multidimensionales

A principios del siglo XX la propuesta biologicista era la más aceptada. Se habían descubierto la existencia de receptores periféricos específicos para las distintas sensaciones, aunque la existencia de receptores específicos para el dolor no había sido confirmada definitivamente, aunque sí era incuestionable que el tracto espinotalámico anterolateral era la principal de transmisión que seguían los estímulos dolorosos (Le Breton, 1999; Pérez et al, 2005).

Se pueden considerar algunos hitos que marcaron la investigación del dolor durante la primera mitad del siglo: el estudio de la velocidad de conducción del impulso nervioso y de la sumación temporal, trabajos orientados a establecer la relación entre el desarrollo embrionario del sistema nervioso y los procesos emocional e intelectual del individuo. (García Villalón, 2004). Las teorías localizacionistas del cerebro también florecieron en esta época; sin embargo, cualquier intento de establecer una correlación entre estructura cerebral y función intelectual o emocional era fallido debido a la gran rivalidad existente entre materialistas y espiritualistas (Fernández-Torres et al., 1999).

En este contexto la propuesta de Sherrington se muestra original: encuentra la combinación entre análisis y síntesis enfocando la atención en una de las actividades más simple del sistema nervioso, el arco reflejo (Sherrington, 1913). Estableció a partir de éste las acciones complejas, que eran producto de una coordinación específica y propuso que un estímulo no sigue una trayectoria simple desde un punto de partida a un término. Además logró clasificar los estímulos en propioceptivos, exteroceptivos e interoceptivos procedentes de músculos, receptores cutáneos y visceral respectivamente (Rey, 1998b). Supone que el dolor no es una verdadera sensibilidad en el sentido lineal del tacto, a partir de observar que no necesariamente un mismo estímulo produce una misma respuesta, que a veces el dolor no es proporcional a la intensidad del estímulo y además que un estímulo mantenido en tiempo no producía necesariamente un dolor

constante. Renuncia a asociar de forma rígida la experiencia dolorosa a la sensibilidad y propone el nombre de “sensibilidad nociceptiva” (Mazars, 1988).

Hasta 1950, la investigación sobre el dolor estaba dividida entre las concepciones biologicistas y algunas metafísicas debido a la imposibilidad de hallar un lenguaje compatible entre sí que permitiera abordar de forma global la percepción del dolor, pero en los últimos 30 años esta tendencia se ha modificado (Pérez et al., 2005). Tal acercamiento estuvo influenciado por el establecimiento de un lenguaje común, la importancia otorgada a la interrelación entre mecanismos pro y antinociceptivos del estímulo doloroso y, el enfoque cada vez mayor en las manifestaciones del dolor en especial al lenguaje como la vía específica de expresión (Cambier, 1998).

La presentación en 1965 por parte de Melzack y Wall de la Teoría de la Compuerta (Melzack y Wall, 1965; Melzack y Casey, 1968), abre paso a todo un nuevo campo cognitivo que reconceptualiza la forma de pensar la experiencia de dolor. En esta teoría se otorga un papel central a la mente a la percepción final que cada sujeto realiza ante un estímulo doloroso. Es decir, se sugiere que existe un sistema que bloquea, a nivel del sistema nervioso central, la apertura o cierre de las vías relacionadas al dolor. La compuerta o bloqueo puede abrirse o cerrarse permitiendo la transmisión del dolor a través de las conexiones nerviosas desde y hacia el cerebro. Son esencialmente los impulsos de salida los que pueden verse afectados por una variedad de factores psicológicos que influyen sobre el cerebro. Esta

influencia se ve reflejada en la interpretación definitiva de la experiencia final del dolor. Existen diversos factores que eventualmente influyen en esta interpretación, siendo los más estudiados las experiencias tempranas y las emociones, por lo cual se considera una experiencia sumamente compleja este sentido ya que se incluyen factores tanto biológicos como cognitivos y emocionales (Camacho y Anarte, 2001; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007; Le Breton, 2010; Moretti, 2010; Rodríguez Franco, García y Picabia, 2000).

La Teoría de la Compuerta integra tres dimensiones esenciales a la hora de definir la experiencia dolorosa: la dimensión sensorial-discriminativa, incluye la transmisión de la información relacionada con las propiedades físicas del estímulo nociceptivo de forma neuroquímica; la dimensión motivacional-afectiva basada en la experiencia emocional desagradable y conductas de escape ante el estímulo doloroso y, finalmente, la dimensión cognitivo-evaluativa, referida al rol de las variables cognitivas como son los pensamientos, creencias y valores asociadas a aprendizajes anteriores (Moretti, 2010).

En concordancia con esta nueva visión, a partir de 1979 el dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño” (IASP, 2013). La noción central de esta definición es que se considera que el dolor es determinantemente subjetivo. No escapa a la condición

antropológica de las otras percepciones. Si bien no deja de considerarse que la percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos tisulares (Pinto, Lima, Castro-Lopes, Tavares, 2003); la nociocepción puede estar influida por diversos factores; el sistema nervioso periférico, central y vegetativo, el sistema endocrino, factores psicológicos, en especial los que se refieren a la personalidad del sujeto, factores históricos, ambientales, circunstanciales, emocionales y motivacionales (Puebla Díaz, 2005; Vilas et al., 2003).

En resumen, el recorrido histórico abarca desde las primeras concepciones del dolor con un enfoque centrado en rituales mágicos y tratamientos exorcistas, pasando por concepciones del dolor como castigo y la necesidad del sufrimiento; siguiendo por los primeros usos de elementos naturales como anestésico. El desarrollo de la ciencia permitió los avances en el conocimiento del funcionamiento de los circuitos del dolor a nivel biológico que perduró como dominante hasta hace no muchos años. Actualmente las investigaciones consideran casi en su totalidad que el dolor es un fenómeno complejo y multideterminado, resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales (Boersma y Linton, 2005; Gatchel et al., 2007; Moretti, 2010). Son variados los factores ambientales, psicológicos y culturales que pueden modificar la intensidad del dolor que perciben los diferentes individuos. Es en este sentido que se dirige la exploración de este trabajo.

Capítulo II: Definiciones de dolor: Dolor agudo, dolor postoperatorio y dolor orofacial

2.1 Dolor agudo

Han sido muchos los intentos de clasificar los diferentes tipos de dolor, proponiéndose clasificaciones basadas en la etiología, expectativa de vida, según la región afectada, la intensidad, y el tiempo de duración entre otras.

En este trabajo nos interesa destacar la clasificación que tiene que ver con el tiempo de duración según la cual se propone la división de dolor agudo vs. dolor crónico, siendo la diferenciación que permite establecer diferencias en cuanto a la modulación central del dolor, efectos sobre el paciente y enfoque terapéutico.

El dolor agudo es una compleja conjunción de sensaciones displacenteras asociadas a algún tipo de daño tisular ya sea por inflamación o ruptura. La aparición del estímulo álgido está relacionado directamente a la lesión pero la intensidad no siempre está determinada por ella. Este está asociado a respuestas autonómicas, psicológicas y conductuales de amplio rango que son provocadas por estímulos que resultan nocivos a nivel del cuerpo. Aunque biológicamente se describa como una injuria tisular que activa los niciceptores, generando una cascada de eventos asociados a la liberación de neuromediadores, mecanismos homeostáticos endógenos antinociceptivos y la conducción de impulsos nerviosos hacia el sistema nervioso central. El dolor agudo produce una serie de efectos indeseables,

como consecuencia de la llegada del estímulo doloroso a distintos niveles del SNC. Su duración en general es corta, bien localizada, y la mayor parte de las veces se acompaña de ansiedad que incrementa los signos autonómicos tales como la taquicardia, hipertensión, sudoración y alerta sensorial. Puede ser superficial incluyendo la piel y las mucosas, profundo, que afecta a tejidos como músculos, huesos, articulaciones, ligamentos o visceral (Finkel y Schlegel, 2003; López Timoneda, 1996).

Se diferencia del dolor crónico, ya que este último persiste mucho más en el tiempo (de tres a seis meses) y no se ha hallado una terapéutica adecuada que permita la extinción del mismo. Pedrajas y Molino lo definen como: “aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente” (Pedrajas y Molino, 2008). Cuando el dolor crónico no está asociado con el cáncer o SIDA se denomina Dolor Crónico Benigno.

2.2 El dolor postquirúrgico

En tanto el dolor agudo se define como efecto de una lesión tisular, se considera entonces al dolor postoperatorio como el máximo representante del dolor agudo y se define como un dolor de inicio reciente, duración probablemente limitada y que aparece como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la lesión producida por la intervención quirúrgica sobre los distintos órganos y tejidos. La característica más

destacada del dolor postoperatorio es que su intensidad es máxima en las primeras 24hs y disminuye progresivamente (Finkel y Schlegel, 2003; Verges et al. 2009).

Martínez y Torres proponen que “la incidencia, intensidad y duración del dolor postoperatorio varían considerablemente de uno a otro paciente, de una a otra intervención quirúrgica, de uno otro hospital e incluso de un país a otro” (Martínez y Torres, 2000). En consecuencia, estos y otros autores afirman que los principales factores que condicionan el grado de dolor postoperatorio son los siguientes:

- Intervención quirúrgica: Que abarca diferentes técnicas utilizadas, tipo de intervención, indicaciones postoperatorias, etc.
- El paciente: Tales como características de personalidad, experiencias previas, influencia cultural, expectativas sobre la intervención, relación médico-paciente y estado emocional al momento de la intervención.
- La preparación preoperatoria: Incluye el grado de información acerca del procedimiento y grado de comprensión de la misma y trato del personal médico.
- Las posibles complicaciones postoperatorias
- El tratamiento anestésico
- La calidad de los cuidados postoperatorios: Claridad de las indicaciones y adecuado tratamiento analgésico (Finkel y Schlegel, 2003; Martínez y Torres, 2000).

2.3 El dolor orofacial

El dolor orofacial, y en particular el de localización oral han sido objeto de consideración desde los tiempos más remotos hasta la actualidad. No obstante, si bien es un tipo de dolor que se sitúa como uno de los problemas más comunes con los que la medicina y la odontología se enfrentan diariamente, no son frecuentes los trabajos de investigación que se publican en este campo (Abalo et al, 1999).

Este tipo de dolor en particular es sumamente complejo, lo cual podría explicarse a partir de varios factores tales como la compleja inervación nerviosa orofacial, en la que intervienen los nervios craneales Trigémino, Facial, Glossofaríngeo, Vago y los tres primeros nervios cervicales; un segundo factor es la alta prevalencia de patologías en esta área que aumentan la incidencia de este tipo de dolor; un tercer factor: la amplia representación cortical sensitiva de dichas estructuras y las numerosas ramificaciones o dolores reflejos en esa zona (Peñarrocha, 1997) además de los características moduladoras del dolor general antes mencionadas.

Como consecuencia, debido a esta nueva concepción podemos afirmar que si bien se considera que el dolor postquirúrgico oral es consecuencia directa del trauma originado por el acto quirúrgico y de la respuesta del organismo al mismo, es importante tener en cuenta que hay una gran variedad de factores psicológicos que terminan de definir la experiencia final de cada paciente (Romero-Ruiz, Herrero-Climent, Torres-Lagares, Gutiérrez-Pérez, 2006).

Capítulo III: Valor de la construcción social de la experiencia dolorosa.

Aspectos semánticos.

Existen claras diferencias en cuanto a la actitud de cada individuo frente a la experiencia dolorosa. Dentro de uno de los moduladores de la percepción final de la misma se encuentra la influencia de las valoraciones del entorno sociocultural. En algunas sociedades el dolor se soporta sin manifestaciones externas, como sucedía con las sociedades guerreras antiguas, siendo este un símbolo muy valorado; mientras que en otras se acostumbra a expresar públicamente que se está experimentando gran dolor. La cultura no solo determina cual es el umbral de “dolor normal”, sino también utiliza el dolor como herramienta de usos múltiples. En *Vigilar y Castigar*, Michel Foucault desarrolla un detallado repertorio de los usos sociales del dolor como suplicio y castigo (Foucault, 1975), lo cual contribuye a modificar la percepción del mismo.

Según Mathew & Mathew, cada individuo aprende la aplicación de las palabras relacionadas con la percepción álgida durante la niñez según la concepción del dolor que tenga su entorno cultural. Esta representación ha guiado la investigación científica hacia el reconocimiento de los componentes afectivos y emocionales del estímulo doloroso que se modulan a través de experiencias pasadas y de la memoria (Mathew & Mathew, 2003).

3.1 Importancia del aprendizaje y expresión verbal del dolor

El aprendizaje es un factor que cobra vital relevancia en la influencia de la percepción dolorosa (Mc Grath, 1990). Lo que caracteriza nuestra subjetividad es el contacto social, desde que nacemos estamos en contacto con diferentes aspectos y normas culturales que forjan nuestras ideas y creencias. El dolor en todas sus facetas no es una excepción a esta norma y, por tanto, también tiene un fuerte componente social. Se puede afirmar que la experiencia del dolor siempre es singular, nadie reacciona frente al dolor de la misma forma. Cada individuo responde de una manera diferente a una herida, aunque éstas sean idénticas o aun la misma persona en momentos distintos, ya que el umbral de sensibilidad es diferente (Soucase Lozano, Soriano Pastor y Monsalve Dolz, 2005). La fisiología no es suficiente para explicar dichas variaciones, pero sí lo son la influencia cultural, social, personal o de circunstancias que afectan a un individuo en la definición final del dolor, en tanto que éste es producto de un contexto, es la expresión de una educación social (Martínez y Soriano, 2006).

Varias investigaciones sostienen que es desde la infancia que aprendemos a manifestar y expresar su dolor por imitación de lo que observación de los modelos más cercanos (Álvarez y Marcos, 1996; Repolles y Brañas, 2010), formando un sistema de creencias asociadas.

Las creencias pueden ser definidas como constructos personales acerca de la naturaleza de la realidad que nos rodea, que modifican las percepciones dando forma o permitiendo interpretar el significado de los

eventos y tomar decisiones en consecuencia (Lazarus & Folkman, 1984). Es decir, estas creencias asociadas definen nuestra forma particular y única de conceptualizar las experiencias de dolor atribuyéndole una comprensión específica para cada persona sobre qué es el dolor y como se manifiesta, es decir, cómo se expresa verbalmente (Moretti, 2010; Rodríguez Franco y Cano García, 2003). Se generan por tanto, un cúmulo de cogniciones positivas o negativas según las experiencias vividas en torno a diferentes actividades o eventos de la vida y las modificaciones emocionales que cada uno le atribuye a dicha experiencia y que, en consecuencia, influyen en la percepción de los mismos (Boston, Paerce y Richardson, 1990; Osman, Bunker, Osman y Fisherl, 1993).

Según lo antedicho, las experiencias tempranas son influidas por factores sociales que nos permiten interpretar y expresar un determinado episodio doloroso, por lo cual se asigna gran importancia a la construcción lingüística que se realiza alrededor de la noción de dolor. En función de esta hipótesis se propone la Teoría del Marco Relacional (Hayes et al., 2001) como formulación mejor articulada a la hora de ofrecer una explicación contextual verbal del dolor.

3.2 Teoría del Marco Relacional

La Teoría del Marco Relacional (RTF), propone que el aprendizaje es relacional (Hayes, 1991; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Luciano y Gómez, 2001). En este sentido, el aprendizaje relacional se caracterizaría por relaciones establecidas o derivadas entre diferentes estímulos percibidos

a través del tiempo. Estas relaciones no estarían basadas en las características formales de dichos estímulos, sino en claves contextuales que señalan qué tipo de relación es aplicable (Gómez, López y Mesa, 2007). Establecida cierta historia de aprendizajes respecto de lo que es el estímulo doloroso podrá extrapolarse a múltiples ejemplos en presencia de ciertas claves contextuales. En palabras de Gómez, López y Mesa:

“Una vez que la conducta de establecer y derivar relaciones, sea dentro del marco relacional que fuere, es aprendida, un número infinito de estímulos pueden ser relacionados, independientemente de sus propiedades formales, dadas las claves contextuales apropiadas. Así, por ejemplo, la palabra “mejor” puede cumplir la función de clave contextual para relacionar un número infinito de estímulos dentro de un marco de comparación en el lenguaje natural, con la correspondiente transformación de funciones que se derivan” (Gómez et al., 2007, pp. 494).

De acuerdo a la RFT, “la conducta verbal es bidireccional, combinatoria y aplicada arbitrariamente” (Martínez & Soriano, 2006). A partir de la relación de un sujeto con una determinada situación, las características de la misma se codifican semánticamente en forma de redes, estos caracteres pueden extenderse a otros estímulos por su participación en redes de relaciones arbitrarias establecidas entre ellos. Debido a la naturaleza bidireccional del lenguaje, se puede decir que varias reacciones a la propia conducta tienen que ver con este tipo de asociaciones semánticas indirectas determinadas en función de experiencias previas.

Se propone entonces que, según las propiedades verbales de bidirección, combinación y transformación de funciones, una experiencia

dolorosa no es únicamente conformada por experiencias físicas, sino que consiste en una amplia colección de eventos relacionados verbalmente. Así, cuando una persona discrimina un tipo específico de dolor, ésta estará influenciada por las concepciones semánticas que se asocian entre sí en forma de redes específicas aprendidas para definir ese dolor, lo que es normal y anormal (Martínez & Soriano, 2006).

2.3 Redes Semánticas y Construcción del dolor.

Las redes de significados son las concepciones que las personas crean de sus experiencias a partir de una particular codificación en la memoria. Es a través del lenguaje cotidiano que se puede determinar la configuración que tienen estas concepciones para cada individuo. En una red semántica (Collins y Loftus, 1975), se puede determinar el nivel de relación de dos conceptos a partir de cuán próximos se hallen en la red, es decir, a partir de la distancia literal entre sí (Vivas, 2009). Siguiendo a Vivas:

“En estas redes, los conceptos no son representados como una unidad simbólica sino como un patrón de activación específico de un gran número de unidades de proceso (neuronas). Cada nodo puede ser pensado como codificando un rasgo semántico particular que puede participar de varios conceptos. Desde esta perspectiva, los conceptos no tienen ningún significado si se los considera aisladamente; sólo muestran su sentido en tanto son vistos en relación a otros conceptos con los cuales están conectados por arcos” (Vivas, 2009, pp. 30).

Las investigaciones se orientaron a estudiar los procesos denominados “de propagación de la activación” que el sistema cognitivo utiliza para modificar dichas representaciones (Barsalou, 1992). Además han florecido

los estudios enfocados en determinar cuáles son los procedimientos a partir de los que se pueden llegar a conocer la organización y jerarquía natural de dichas redes semánticas a base de la relación entre los conceptos y sus definidoras (Cabrero y Vidal, 1996, citado en Vivas, 2009).

En suma, las personas desarrollan diferentes conceptos alrededor de las experiencias obtenidas en la vida cotidiana, tales como creencias, expectativas, opiniones, que luego utilizan para interpretar los estímulos de manera selectiva. Como consecuencia sus reacciones, actitudes frente a tales estímulos están mediadas por las cogniciones conformadas a través del desarrollo que le otorgan sentido (Morales et al., 1994). De este modo, teniendo en cuenta los marcos de relación entre eventos, los aspectos específicos de un acontecimiento en relación con una vivencia dolorosa se codificaran en forma de red semántica, de forma tal que, dentro de un contexto verbal determinado, podrán transmitirse hacia otros eventos que se “vivirán” también como dolorosos (Martínez & Soriano, 2006).

En este sentido, el presente trabajo tiene por objeto presentar a consideración, entre otras variables, cual es el sentido que los pacientes le otorgan a una situación que tendrá como consecuencia un efecto doloroso, a través de la particular configuración semántica de tal evento.

Capítulo IV: La ansiedad y su relación bidireccional en la percepción psicológica del dolor.

4.1. Emociones negativas: ansiedad y salud

El término de emociones negativas ha cobrado mucha fuerza en los últimos años y es utilizado para describir a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como son la ansiedad, la ira y la depresión (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999). Mientras que las emociones negativas tienden a desencadenar acciones físicas defensivas o autónomas como palpitaciones o preparación musculoesquelética; las emociones positivas en general tienden a desencadenar cambios que se reflejan mayormente en la esfera cognitiva. De este modo, mientras que las emociones negativas restringen momentáneamente la capacidad de racionalidad, las emociones positivas, al no estar vinculadas a situaciones de riesgo, permiten el desarrollo del pensamiento racional (Fernández y Palmero, 1999).

Numerosos estudios sugieren que las emociones negativas tienden a disminuir el estado general de salud de los pacientes, generando respuestas somáticas igualmente negativas (Fernández y Palmero, 1999; Martínez-Sánchez y Fernández-Castro, 1994). Una de las reacciones emocionales que más se ha estudiado a lo largo de la historia es la ansiedad como estado emocional asociado a otros trastornos, especialmente los trastornos de ansiedad y psicofisiológicos (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1995).

La ansiedad es una emoción que puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones que implican riesgo vital y en los que el individuo necesita de la activación de recursos de defensa-huida. En este sentido, la mayor parte de las situaciones que suscitan la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, posibles consecuencias amenazantes para el individuo por lo cual se considera una respuesta adaptativa. Pero aun siendo la ansiedad una emoción que permitiría prevenir o escapar de situaciones nocivas, puede ser parte de procesos que pueden llevar a respuestas defensivas exageradas o a la enfermedad. Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad, durante tiempos prolongados, su bienestar psicológico se ve seriamente perturbado; al igual que sus sistemas fisiológicos, inmune y cognitivo, provocando innecesaria evitación de situaciones, reacciones intensas de activación y temor ante situaciones que no requieren de tal dimensión, afectando diferentes ámbitos: vida personal, socio-familiar o laboral del individuo (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Cano-Vindel, 2004; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2010).

4.2 Ansiedad Estado/Rasgo e intensidad del dolor

La ansiedad se define como una condición emocional relativamente transitoria que trae aparejados sentimientos de tensión, nerviosismo, temor y elevadas respuestas del sistema nervioso autónomo (Valenzuela-Millán, Serrano & Aguirre, 2010); pero Spielberger sostiene que para definir la ansiedad de forma adecuada es necesario dar cuenta de la diferenciación

entre la ansiedad propia de los rasgos de personalidad y la ansiedad como estado de personalidad, por lo cual propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger,1972).

La ansiedad rasgo es una característica que se mantiene relativamente estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones y se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa al percibir situaciones como peligrosas o amenazantes respondiendo ante estas situaciones con un alto nivel de ansiedad. Además se considera que tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes y a responder con estados de ansiedad de gran intensidad. La ansiedad estado hace referencia a una combinación única de sentimientos y reacciones fisiológicas ante un evento vivido como peligroso. Es un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo (Ríes, Vázquez, Mesa y Del Castillo Andrés, 2012).

En general ambos conceptos están relacionados, es decir, los sujetos con un nivel elevado de ansiedad rasgo presentan una percepción más sensible ante un rango más amplio de situaciones amenazantes y son, por lo tanto, propensos a padecer una ansiedad estado también elevada. No obstante, un sujeto con un nivel de ansiedad rasgo mínimo puede mostrar de en situaciones específicas que perciba como amenazantes reacciones de ansiedad de elevada (Ríes et al., 2012).

Actualmente algunos autores sugieren que la ansiedad ya sea tanto estado como rasgo, aparece relacionada con la intensidad del dolor (Ackerman y Stevens, 1989). Sin embargo otras investigaciones sugieren

4.4 Relación ansiedad-dolor

En lo que se refiere específicamente a la ansiedad y su relación con el dolor, se destacan gran cantidad de estudios que establecen correlación entre la elevada presencia de síntomas de ansiedad entre pacientes con dolor crónico (Beesdo et al., 2010; Monsalve, Cerdá-Olmedo, Mínguez y De Andrés, 2000; Pérez et al., 2004; Turk y Okifuji.,2002; Velázquez, Muñoz, Sánchez, Zenner y Velázquez, 2012), y en menor medida del dolor agudo (Chapman, 1985; Martínez y Torres, 2000; Muñoz-Blanco, Salmerón, Santiago y Marcote, 2001; Nelson et al., 1998), estableciendo así que a mayores niveles de ansiedad mayor es la percepción del dolor. Sin embargo, a pesar de los numerosos aspectos analizados en lo que se refiere la dupla ansiedad-dolor, no existe consenso acerca del sentido explícito de esta relación (Truyols et al., 2010).

En este sentido se pueden hallar diferentes hipótesis (Pérez, et al., 2004; Turk et al., 2002); por un lado, podemos encontrar las que suponen un doble efecto de la ansiedad sobre el grado de tensión muscular haciendo que el estímulo nociceptivo se prolongue, al actuar de modo reflejo sobre el área afectada, provocando en consecuencia, un agravamiento del dolor y un círculo negativo de dolor-ansiedad-tensión-dolor (Jansen y Arntz, 2002; Tuyols et al., 2010); y por otro lado, están las hipótesis que conciben la ansiedad dentro del circuito natural de respuesta ante el dolor, propiciando la percepción de un mayor estímulo doloroso, reduciendo así los niveles de tolerancia (Linton y Kamwendo,1987; Tuyols et al.,2008).

Otras alternativas proponen una visión atencional, es decir, explican la mayor percepción de dolor a partir de considerar que la ansiedad favorece una mayor focalización del paciente en las sensaciones corporales internas y en la experiencia álgida; aumentando la reacción de estrés ante el dolor (Martin y Bulbena, 2006; Moix-Queraltó, 2005). Por último, la hipótesis atribucional puntúa que existe la posibilidad de que la ansiedad modifique la percepción de la situación, permitiendo discriminar cuáles estímulos serán dolorosos y cuáles no, como cuáles situaciones se reconocerán como más o menos nocivas (Janssen y Arntz, 1996; Truyols et al., 2010).

En resumen, la ansiedad ya sea estado o rasgo, en su conexión directa con el dolor agudo, establece una relación bidireccional: ésta última facilita el influjo del estímulo nociceptivo siendo innumerables los factores que pueden modificar cuantitativamente esta relación en un sentido u otro, como se mencionó anteriormente; agravando así la percepción final del dolor generando a su vez grados cada vez más crecientes de ansiedad ante similares o iguales situaciones (Muñoz-Blanco et al., 2001).

A partir de los antecedentes propuestos que apoyan la tendencia actual a definir la percepción del dolor de forma multidimensional, el propósito de este trabajo es conocer cuál es el nivel de relación existente entre el nivel de ansiedad, la representación semántica del dolor, y la percepción final del dolor postoperatorio.

Capítulo V: Objetivos e Hipótesis

Objetivo General:

Explorar el nivel de asociación entre la configuración semántica del dolor previa al implante dental, como representante de una situación quirúrgica que tendrá como consecuencia una experiencia de dolor agudo y el nivel de ansiedad Estado/Rasgo con la percepción psicológica del dolor postoperatorio orofacial, en una muestra de pacientes sometidos a cirugía de implante oral.

Objetivos Específicos:

Establecer el grado de relación existente entre el nivel de ansiedad de cada paciente con la percepción psicológica del dolor que tiene el mismo.

Indagar la relación entre las representaciones semánticas del implante dental y la percepción psicológica del dolor.

Determinar el nivel de relación que presentan las representaciones semánticas con el nivel de ansiedad.

Hipótesis:

Existen diferencias significativas en la percepción del dolor postoperatorio según los aprendizajes socioculturales o experiencias previas, reflejados en la construcción semántica de la situación dolorosa y el nivel de ansiedad. Se presenta una relación entre la representación semántica asociada al dolor y niveles de ansiedad.

Capítulo VI: Metodología

Materiales y Método:

Sujetos

La muestra tiene características no probabilísticas, intencional. Los sujetos evaluados fueron pacientes que asistieron voluntariamente a un servicio de odontología de carácter privado. La muestra total consistió en 30 pacientes de un rango etario de entre 25 y 75 años, de los cuales 18 eran mujeres y 12 varones. Todos los participantes fueron evaluados luego de dar su consentimiento informado

Materiales

Para el presente trabajo se utilizaron tres instrumentos:

- *Cuestionario de dolor español (CDE)*. (Badía, Salamero y Alonso, 2002).-

Se basa en que la percepción del dolor es multidimensional: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. El autor del cuestionario original argumenta que estos tres aspectos de la experiencia dolorosa se localizan en diferentes áreas del cerebro e intenta valorar cuantitativamente estas tres dimensiones del dolor (Badía, Salamero y Alonso, 2002; Melzack, 1975). Sin embargo, al momento de la toma de datos, el estímulo doloroso no fue lo suficientemente significativo para ser evaluado según los adjetivos propuestos para las diferentes áreas que proponía el instrumento, por lo cual solo se tomó en consideración la escala

analógica visual (EVA), en la cual los pacientes pudieron calificar en una escala del 1 al 10 la intensidad del estímulo doloroso.

- *Natural Finder* (Vivas, 2009): Este método permite capturar las estimaciones de proximidad semántica brindada por los sujetos y su inclusión en una matriz, sobre la cual es posible visualizar y comparar cuali y cuantitativamente las redes semánticas de los pacientes con un único nivel de restricción dado por el número limitado de conceptos previamente definidos. Permite extraer la constitución de una red semántica en base a las distancias entre significados, constituir su matriz semántica, describir, analizar y visualizar su relación y distribución en 2 dimensiones y comparar distintas matrices entre sí evaluando su proximidad con una configuración propuesta como correcta. (Vivas, Huapaya, Lizarralde, Arona, Comesaña, Vivas & Garcia, 2009; Vivas & Ledesma, 2010). Pudiendo de este modo realizar un análisis cualitativo de la existencia de cogniciones positivas o negativas en torno al procedimiento, construidas a través de experiencias previas.

- *STAI* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982): El Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo permite evaluar la Ansiedad Estado (A-E), es decir, el nivel de ansiedad del paciente en un momento determinado y evaluar la Ansiedad Rasgo (A-R), la cual pretende identificar cómo el sujeto se siente en general (ver instrumentos en Anexo 1).

Diseño:

Se trabajó con un diseño exploratorio, ya que no existen estudios anteriores que analicen el nivel de asociación de las redes semánticas naturales que se configuran alrededor de un evento doloroso con el nivel de ansiedad Estado/Rasgo y el grado de dolor postoperatoria sufrido por el paciente 24 horas después del evento. El procedimiento se llevó a cabo en dos fases. En un primer encuentro, previo al procedimiento quirúrgico, se evaluó la representación semántica del implante dental, la cual se eligió como situación representativa que genera como consecuencia un daño en los tejidos, es decir, una situación de dolor agudo. En este primer momento se le pidió a cada paciente que enumerara todas las palabras que se le ocurrían cuando pensaba en “Implantes Dentales”. Una vez que logró consignar no menos de cinco conceptos asociados, se les presentó aleatoriamente las respuestas dadas en la primera fase y se le solicitó que enunciara las palabras que se le ocurrían cuando pensaba en cada uno de ellos.

Luego se procesó cada planilla con el software denominado Natural Finder (Vivas y col., 2009) y se obtuvo un esquema que permite observar los conceptos asociados en Clusters según el peso otorgado a cada uno de ellos, determinando cuales cogniciones se asocian con mayor fuerza al concepto disparador central. Una vez obtenida la totalidad de la red, se plantean esquemas generales que nuclean los conceptos contenidos en cada uno de los Clusters para determinar su valoración positiva o negativa.

Posteriormente en esta misma etapa, se le otorga al paciente un cuestionario para evaluar la ansiedad tanto Estado como Rasgo, a partir de cuarenta frases que le permiten describirse cómo se siente en el momento previo a la cirugía y en su vida diaria a través de una escala Likert.

En la segunda fase, luego de un periodo de 24hs, en el cual se considera que el dolor postquirúrgico se encuentra en su punto máximo, se pidió a los pacientes que puntuasen la percepción psicológica del dolor. Si bien inicialmente se había elegido un cuestionario multidimensional de evaluación de la experiencia dolorosa, la medición se llevó a cabo solo con la escala de evaluación analógica visual (EVA) del mismo, ya que el estímulo (la cirugía oral) no era lo suficientemente relevante como para ser considerado por las demás dimensiones planteadas en el protocolo.

Capítulo VII: Resultados

El primer tratamiento estuvo orientado a conocer el nivel de asociación entre la evaluación de la experiencia dolorosa y los resultados de la ansiedad Rasgo y Estado. El estadístico utilizado fue la correlación de Pearson. Luego se realizó un análisis cualitativo de los esquemas semánticos elicitados por los sujetos según el nivel de ansiedad y de dolor.

Los resultados indican una fuerte correlación entre el nivel de ansiedad Rasgo, que corresponde a las características individuales de ansiedad relativamente estables presentes en los sujetos antes de realizar el procedimiento quirúrgico, y el dolor postoperatorio real. El inventario de ansiedad Rasgo correlaciona positivamente con la escala del dolor EVA ($r = .748$; $p = 0.01$), mientras que la escala de ansiedad Estado presenta un índice de correlación menor con la escala EVA ($r = .406$; $p = 0.05$). Además se puede observar un nivel de correlación moderada entre las dos escalas del inventario STAI (Estado/Rasgo) entre sí ($r = .50$; $p = 0.05$).

Como se puede observar en la Tabla 1 a mayor nivel de ansiedad mayor es el nivel de percepción de dolor postoperatorio, siendo esta relación considerablemente mayor para ansiedad Rasgo, y menor, aunque igualmente significativa, para Estado. También se puede verificar la relación mencionada en la página 24 entre ansiedad Estado y ansiedad Rasgo que afirma que, los sujetos con ansiedad Rasgo presentan una percepción más

sensible ante un rango más amplio de situaciones amenazantes y son, por lo tanto, propensos a padecer una ansiedad Estado también elevada.

Correlaciones

		EVA	AEST	ARAS
EVA	Pearson Correlation	1	.406(*)	.748(**)
	Sig. (2-tailed)	.	.026	.000
	N	30	30	30
AEST	Pearson Correlation	.406(*)	1	.500(**)
	Sig. (2-tailed)	.026	.	.005
	N	30	30	30
ARAS	Pearson Correlation	.748(**)	.500(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.
	N	30	30	30

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (2-colas).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (2-colas).

Tabla 1: Correlación entre Escala del dolor (EVA) y Ansiedad (E/R).

Partiendo de los resultados descriptivos que muestran que los pacientes con mayor nivel de ansiedad perciben mayor dolor postoperatorio, se realizó un análisis cualitativo de sus mapas semánticos observando que en la representación semántica del procedimiento quirúrgico o “implante dental” de los sujetos evaluados, se hallan mayor cantidad de emociones o cogniciones negativas asociadas a la situación estímulo en forma de clusters, en aquellos participantes que puntuaban por encima del percentil 75 en la escala de ansiedad del STAI, más específicamente en la escala de ansiedad Rasgo y, coincidentemente, fueron los únicos sujetos que marcaron presencia de dolor postoperatorio, que oscilaba en un rango de

entre 1 a 3 puntos; mientras el resto de los sujetos no puntuaron dolor en la escala EVA.

Un cluster es un agrupamiento de ideas vinculadas por proximidad semántica (sea porque guardan entre sí relaciones inferenciales, topológicas, temáticas, partonómicas, por contraste, etc). Así un cluster constituye la representación gráfica de un esquema de conocimiento (Vivas, 2008). En este caso los clusters detectados constituyen esquemas de representación del DOLOR, de la ANSIEDAD, del PROFESIONAL, etc. En todos los casos en que los sujetos puntuaron para ansiedad Rasgo, el cluster que se halla primariamente asociada al implante dental es el que se denominó “esquema de DOLOR”, siendo este esquema conformado en general por conceptos tales como “miedo”, “sufrimiento”, “postoperatorio”, “cirugía”, “pinchazo” y “situación desconocida”.

Coexisten con este otros esquemas que aparecen principalmente asociados como “MIEDO”, conformado por conceptos como “terror”, “situación desconocida”, “resultado”, “decepción” o “ANSIEDAD” conformado por diferentes definiciones según las características particulares del sujeto, en este grupo fueron: “no quedar bien” y “proceso”, “terminación” o “postoperatorio” respectivamente. Por otro lado, en estos sujetos se pueden encontrar esquemas positivos centrales tales como “ESTETICA” o “BIENESTAR” que nuclea conceptos como “imagen” o “alegría” y “completud”, “dientes” y “boca” correspondientemente. El esquema

“CONFIANZA EN EL PROFESIONAL” aparece con poca frecuencia e incluye solo el concepto “elección”.

Como se puede visualizar en el ejemplo del gráfico 1, los conceptos se organizan según las distancias semánticas que se establecen entre cada uno, conformando un cluster primario o principal (cluster A) denominado “DOLOR”; que se halla ligado con más fuerza al concepto disparador. Este cluster incluye conceptos tales como “miedo”, “desconocido” y “procedimiento”. Por otro lado hallamos otro Cluster importante (cluster B) denominado bajo el esquema de “ANSIEDAD”, que contiene todo lo que altera al paciente de la situación, en este caso se hallan los conceptos “situación”, “terminación”, “rapidez” y “proceso”, pero varía según las características únicas de cada sujeto. Además hallamos un cluster positivo (cluster C) que tiene que ver con la “CONFIANZA EN EL PROFESIONAL” que en este ejemplo está asociado a la “elección” del mismo.

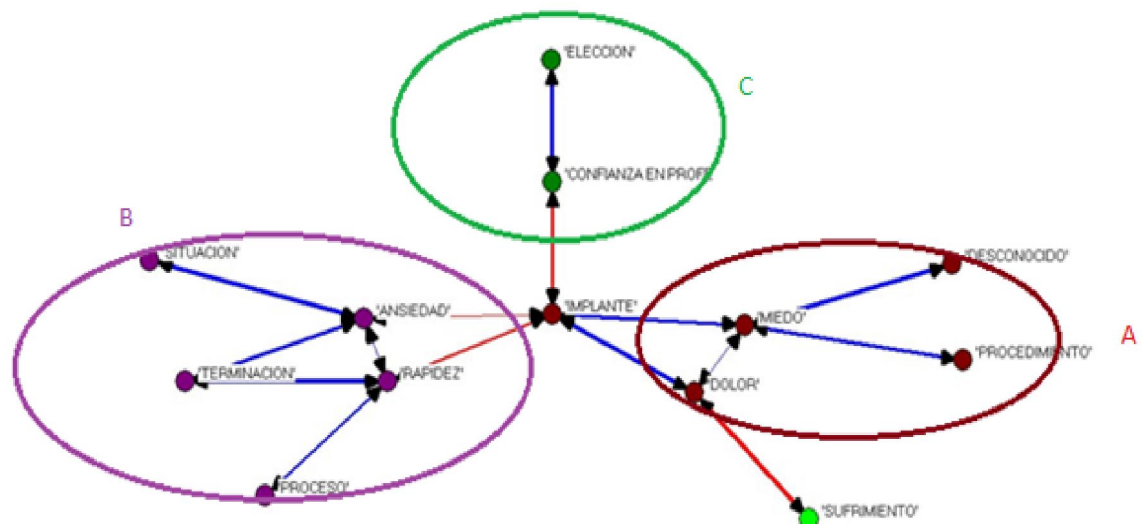


Gráfico 1

Por otra parte, los sujetos que se hallaban dentro del rango percentilar de 50 a 75 del cuestionario de STAI, indistintamente para estado o rasgo, aunque no hubo correlaciones positivas con la escala de dolor postoperatorio, es decir los sujetos manifestaron ausencia de dolor, los esquemas asociados fueron en su mayor parte negativos, siendo “DOLOR”, “MIEDO” y “ANSIEDAD” los principales. En cuanto al esquema “DOLOR” aparecen asociados conceptos como “miedo”, “situación” y “sufrimiento” en general, al igual que en los sujetos del grupo antes presentado; pero también aparecen conceptos como “maternidad”, “imposibilitación tareas domésticas”, “operación dolorosa”, “sangre”, “aguja” o “noche”. En el caso del esquema “MIEDO” también vemos repetirse conceptos como “terror”, “situación desconocida”, “resultado” y “sufrimiento”, pero también vemos aparecer conceptos particulares como “exposición”, “tortura” o “dictadura”. En lo que respecta al esquema “ANSIEDAD” este sigue presentando una configuración

particular para cada sujeto que incluye conceptos del tipo “experiencia desconocida”, “accidente”, “no poder fumar”, “dinero”, “cirugía”, “duración” o “postoperatorio”.

En cada sujeto de este grupo se identifica también al menos una red positiva que se asemeja a los esquemas positivos presentados al grupo anterior y tienen que ver con “ESTÉTICA”, “BIENESTAR”; sin embargo, aparece más fuerte el esquema denominado “RELACIONES SOCIALES”. En lo que respecta al esquema “ESTÉTICA” es definido por conceptos como “sonrisa”, “completud” o “solución”; en cuanto al esquema “BIENESTAR” hallamos mayor cantidad de conceptos asociados tales como “solución”, “estar sano”, “higiene”, “vida” y “felicidad”. En cuanto al esquema denominado “RELACIONES SOCIALES” podemos hallar conceptos como “sonrisa”, “presencia”, “caer bien” y “gente”.

Se proponen dos ejemplos de la configuración semántica de este grupo de sujetos en los gráficos que se detallan a continuación.

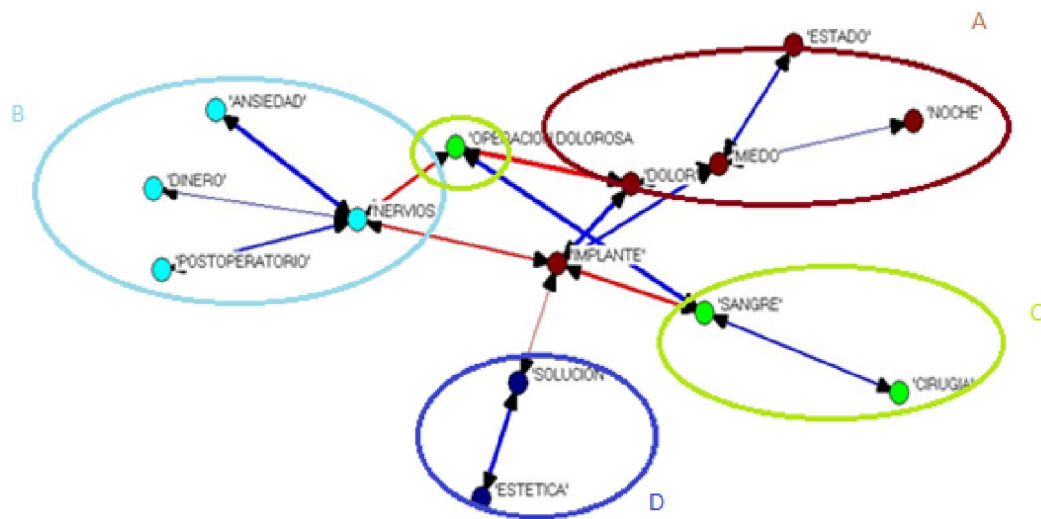


Gráfico 2

Como se puede visualizar en el gráfico 2, se presenta, al igual que en el gráfico 1, un cluster principal (cluster A) que delimita los conceptos que se agrupan bajo el esquema que se denominó “DOLOR”. En este caso también aparece el concepto “miedo” fuertemente ligado tanto al concepto disparador como al concepto “dolor”; a su vez, se hallan conceptos tales como “estado” y “noche”. En concepto de “dolor” también se halla unido a otro concepto, el de “operación dolorosa”, que se agrupa con conceptos (cluster C) tales como “sangre” y “cirugía” en un cluster diferente. Por otro lado también hallamos otro grupo de conceptos que se presentan asociados (cluster B) que describe lo que le genera “ANSIEDAD” al paciente. En este cluster aparecen conceptos tales como “nervios”, “dinero” y “postoperatorio”. Por último, hallamos un cluster positivo delimitado en color azul (cluster D) denominado “ESTÉTICA” que incluye al concepto “solución”.

En el gráfico 3 hallamos una configuración similar. Tenemos como cluster principal en color rojo (cluster E), los conceptos agrupados bajo el esquema “DOLOR”, tales como “perforación”, “desconocido” y “miedo”. Dos clusters secundarios (clusters F y G) que incluyen los esquemas de “MIEDO” :“infección”, “muerte” y “ANSIEDAD”: “no fumar” y “vicio”. Por último, al igual que en los gráficos anteriores se puede hallar un cluster con conceptos positivos (cluster H), que en este caso particular es el denominado “BIENESTAR” y contiene al concepto “felicidad”.

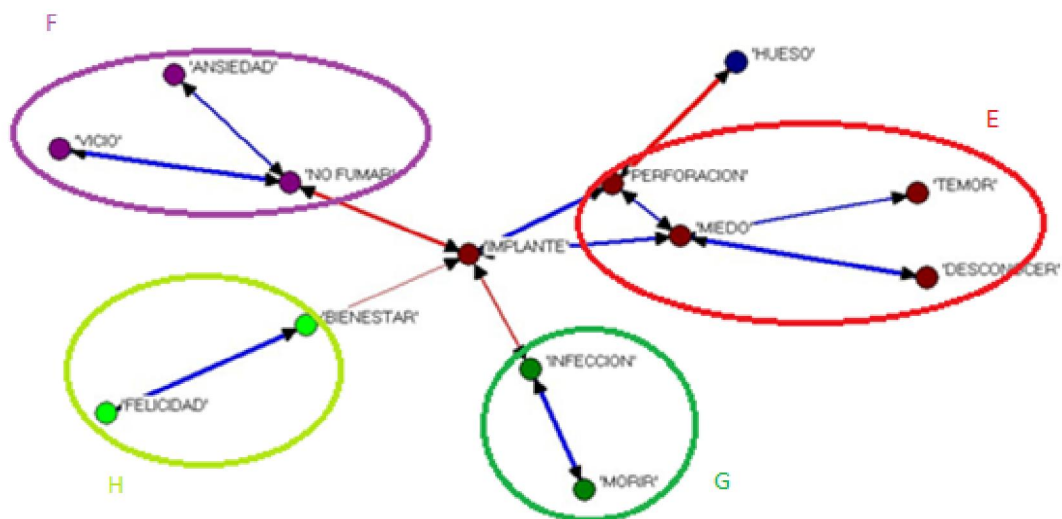


Gráfico 3

El resto de los sujetos evaluados obtuvieron puntajes de ansiedad Estado-Rasgo por debajo del percentil 50 y 0 en la escala de dolor. En estos casos los esquemas que presentan un nivel de asociación más fuerte a la situación estímulo según la proximidad semántica, y que tienen mayor frecuencia de aparición son positivos. Cabe agregar que en este caso, los sujetos elicitaban mayor cantidad de conceptos asociados, siendo estos más

homogéneos que los negativos, es decir, aparecían siempre los mismos conceptos para definir los mismos esquemas. En este grupo los más frecuentes fueron: “SALUD”, “IMAGEN DE SÍ”, “BIENESTAR”, “ESTÉTICA”, “RELACIONES SOCIALES” y “CONFIANZA EN EL PROFESIONAL”.

El esquema “SALUD” está conformado por conceptos como “digestión”, “masticación”, “alimentación”, “mejora” y “dientes”; en lo que respecta al esquema denominado “IMAGEN DE SÍ” aparecen conceptos como “transparencia”, “personalidad”, “verse bien”, “completud” y “sonrisa”. En cuanto al esquema “BIENESTAR” en los sujetos ansiosos estaba definido por conceptos asociados a “estar sano”, en este grupo de sujetos se amplía a conceptos como “éxito”, “ideal”, “cambio”, “ánimo”, “presencia” o “completud”, que tiene más que ver con metas personales.

El esquema “RELACIONES SOCIALES” aparece, al igual que en el resto de los participantes, asociado a conceptos como “sonrisa” y “gente”, pero incluye también “trabajo”, “familia”, “sí mismo”, “compartir”, “comunicación”, “hablar” o “medio”; y el esquema “ESTÉTICA” abarca a “imagen”, “presencia”, “belleza”, “juventud”, “rostro”, “alegría” y “gente”.

En cuanto a los esquemas negativos, se hallan más débilmente asociados al concepto disparador y, en general, tienen que ver con “DOLOR” y en menor frecuencia “MIEDO”, los cuales son definidos de forma similar a los sujetos con ansiedad superior al percentil 50 de la escala de STAI; el esquema “ANSIEDAD” sigue presentando sus particularidades, en este caso presenta asociaciones a conceptos como “limitaciones postoperatorias”,

“ausencia laboral”, “preocupación por familia” o simplemente “nervios”; pero además aparece otro esquema denominado “COSTO”, definido por conceptos como “precio”, “pena”, “reposo” y “dolor”. Esta configuración se ejemplifica en los gráficos 4 y 5.

En el gráfico 4 se puede visualizar, a la inversa que los antes vistos, que el Cluster principal está conformado por conceptos positivos (cluster A) tales como: “bienestar”, “resultado” y “éxito” que se agrupan bajo el esquema denominado “BIENESTAR”, dos Clusters secundarios (cluster B y C), que contienen esquemas igualmente positivos como “AVANCE” y “CONFIANZA EN EL PROFESIONAL”, que contienen conceptos como “fantástico” y “comodidad” o “buen profesional” respectivamente. Por último, se puede visualizar un Cluster negativo bajo el nombre de “COSTO” (cluster D), que contiene los conceptos de “pena” y “tratamiento interesante”.

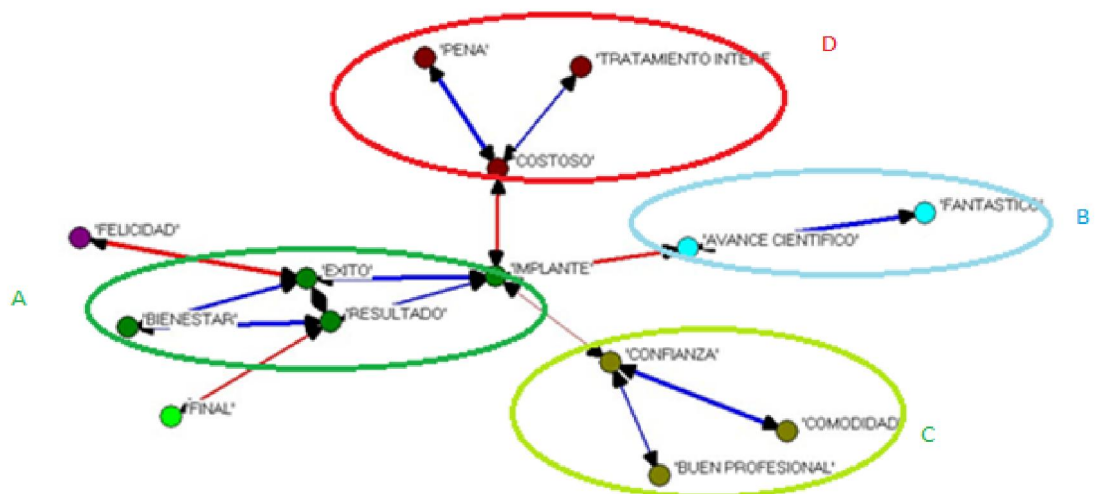


Gráfico 4

En el gráfico 5, se puede ver el cluster principal, en color azul (cluster E), denominado “RELACIONES SOCIALES” que incluye conceptos como “social” y “medio”, que se enlaza con otro cluster similar (cluster F), que también resalta la importancia de las relaciones para el sujeto, y que incluye conceptos como “gente”, “hablar” y “trabajo”.

También se pueden visualizar dos clusters positivos más, en color gris y celeste (clusters G y H), que tienen que ver con la “IMAGEN DE SI” y la “ESTÉTICA”. En el primero, podemos hallar conceptos tales como “personalidad”, “no ocultarse”, “transparencia” y “real”; en el segundo caso se pueden identificar asociados conceptos como “mostrarse”, “bienestar”, “espontaneidad” y “sonrisa”.

Por último, hallamos un cluster denominado “MIEDO” (cluster I), que incluye las emociones negativas que el sujeto tiene respecto de la situación e incluye conceptos tales como “dolor” y “salir mal”

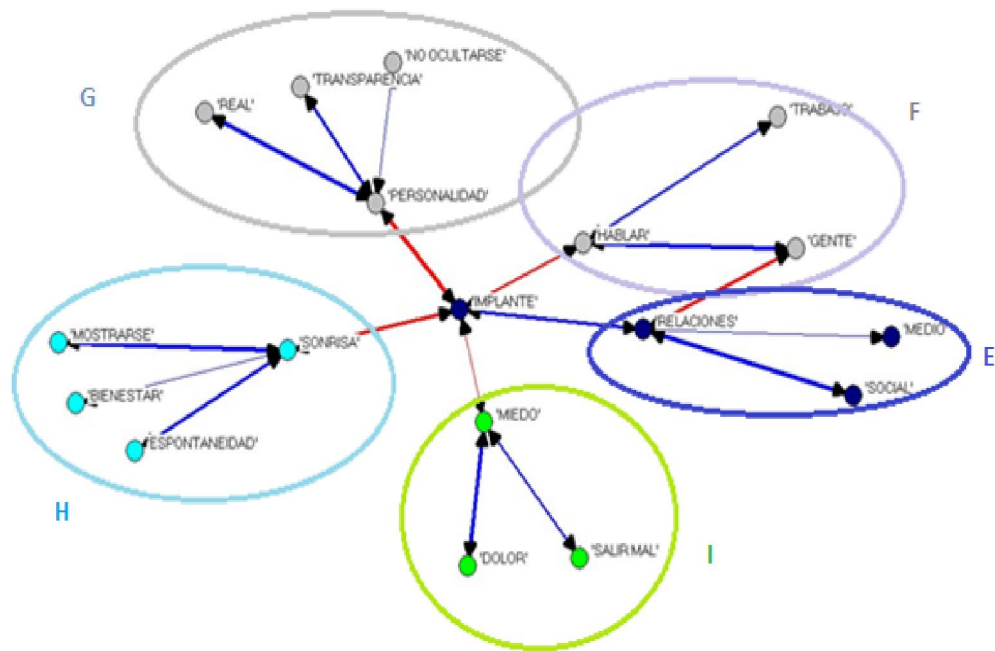


Gráfico 5

A partir de los resultados se pueden extraer las siguientes regularidades:

- Se presenta una fuerte correlación positiva entre la percepción psicológica del dolor postoperatorio y el nivel de Ansiedad Rasgo. De los 30 sujetos evaluados, 4 tuvieron puntajes por encima del percentil 75 de la escala Rasgo y se estableció una correlación significativa con la escala de dolor EVA, a diferencia del resto de los participantes que no sintieron dolor alguno. Además se determinó una correlación menor, pero igualmente significativa entre la escala de ansiedad Estado y la percepción del dolor postoperatoria según la escala EVA. A su vez se pudo determinar que ambas escalas están ampliamente relacionadas y se influyen entre si.

- En cuanto a la representación semántica del “implante dentario” como estímulo doloroso presentado y la percepción psicológica final del dolor

postoperatorio no se pueden hallar correspondencias significativas ya que se hallaron configuraciones semánticas igualmente negativas en pacientes que puntuaron dolor en la escala EVA como en aquellos que no. Cabe destacar, sin embargo, que el esquema semántico denominado “DOLOR” presenta una frecuencia mayor de aparición en general por sobre el resto de los esquemas, es decir de 30 sujetos evaluados, 21 de ellos asociaron dicho esquema con el estímulo presentado (implante dental), pero con diferentes niveles de asociación al concepto central dado. Es decir en los sujetos más ansiosos el esquema dolor aparecía como esquema principal asociado y en los sujetos con nivel de ansiedad bajo aparecía dentro de los esquemas más secundarios y los conceptos que lo definían eran más variados.

Se puede decir entonces que el nivel de asociación semántica entre el esquema “DOLOR” e “Implante Dental” es influido por el nivel de ansiedad, y no por el dolor real experimentado anteriormente.

En lo que se refiere al nivel de relación que presentan las representaciones semánticas con el nivel de ansiedad, se puede concluir que existe una fuerte relación entre la creación de una red semántica formada con conceptos o emociones “negativas”, siendo las principales consideradas “DOLOR”, “MIEDO” y “ANSIEDAD” y el nivel de ansiedad de los sujetos antes del procedimiento. Es decir, en todos los casos en que se evaluó sujetos de rasgo ansioso o, que se ubicaran a mitad de la escala del STAI, indistintamente para Estado o Rasgo (total de 10), estos evocaron clusters en una proporción de 4 negativos a 1 positivo, este último incluía los

esquemas de “ESTÉTICA”, “BIENESTAR” y en menor frecuencia “CONFIANZA EN EL PROFESIONAL” para los del grupo ansiedad Rasgo y se agrega el esquema “RELACIONES SOCIALES” en el grupo de ansiedad intermedia. En el Gráfico 6 se pueden visualizar la totalidad de los esquemas elicitados destacándose los que presentan una frecuencia mayor de aparición. Cabe aclarar que en este estudio, todos los pacientes evaluados que obtuvieron puntajes de ansiedad por encima del percentil 50, no tenían experiencia previa en el tipo de intervención quirúrgica presentada, lo cual aumenta el nivel de ansiedad por tratarse de una situación desconocida.

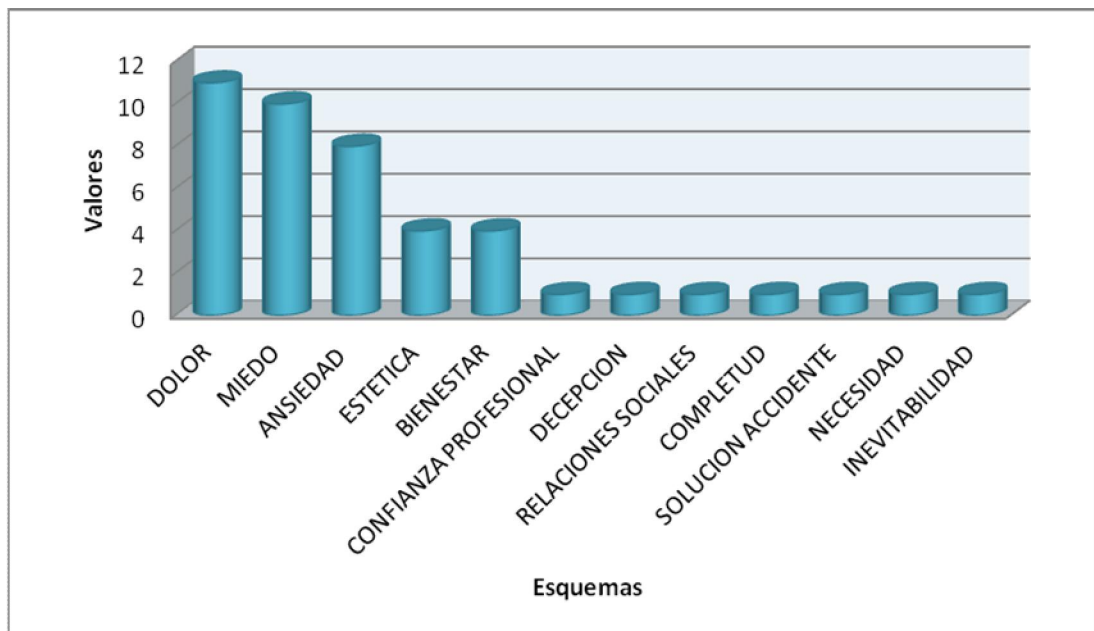


Gráfico 6: Esquemas proporcionados por sujetos con Ansiedad Estado/Rasgo >P50

En contraposición, los sujetos que presentaron un nivel bajo de ansiedad tanto estado como rasgo, si bien el esquema “DOLOR” está presente en las redes de 11 sujetos en un total de 20, ésta no se hallaba asociada al esquema “MIEDO” tan fuertemente como en los sujetos

ansiosos. Además estos pacientes evocaban mayor número de esquemas semánticos en general y, en alto grado de los que pueden considerarse “positivos” (en una proporción de 4 positivos a 1 negativo). Dentro de los esquemas negativos más relevantes se encuentra, como ya se enunció anteriormente, “DOLOR” y en menor frecuencia “MIEDO”, “COSTO” y “ANSIEDAD” y dentro de los positivos: “SALUD”, “IMAGEN DE SI”, “BIENESTAR”, “RELACIONES SOCIALES”, “ESTÉTICA” y “CONFIANZA EN EL PROFESIONAL”. El Gráfico 7 presenta todos los esquemas proporcionados por este grupo. Cabe mencionar que en este caso al menos la mitad de los sujetos ya había pasado por este mismo procedimiento y estaban confiados en los resultados.

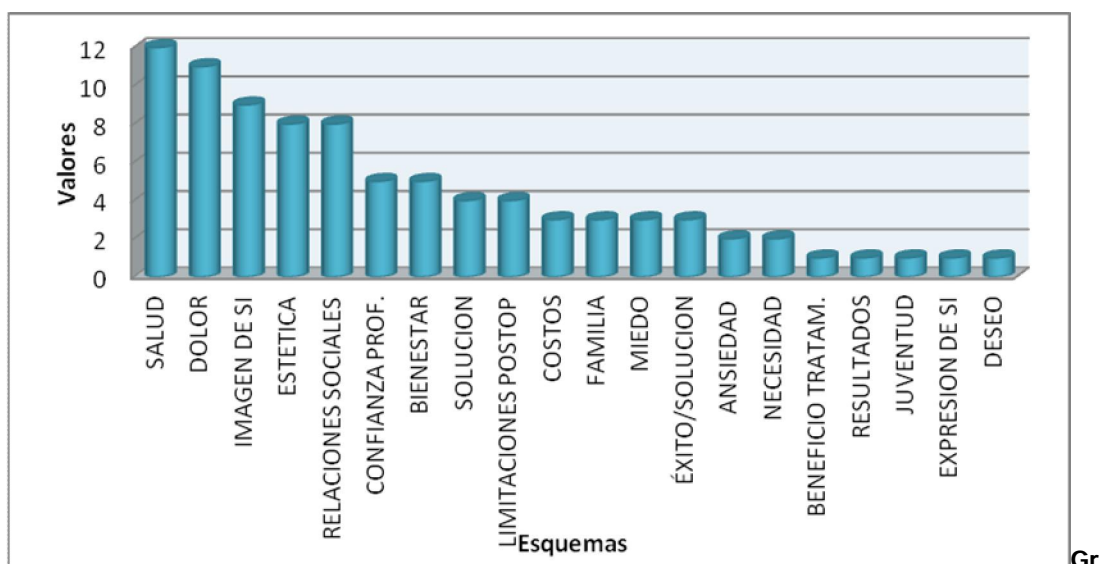


Gráfico 7: Esquemas proporcionados por sujetos con Ansiedad Estado/Rasgo <P50.

En lo que se refiere a los conceptos que definen de los esquemas semánticos negativos, se pudo hallar al menos dos o tres conceptos centrales dentro de los clusters denominados “DOLOR” y “MIEDO”, pero la

cantidad de conceptos asociados a estos esquemas iba aumentando a medida que bajaba el nivel de ansiedad. Por ejemplo en "DOLOR" se hallan tres conceptos nucleares que se repiten en sujetos con ansiedad Rasgo tales como "miedo", "situación" y "sufrimiento". Estos conceptos vuelven a aparecer en las redes de los sujetos con ansiedad E/R intermedia y baja, pero además se agregan otros conceptos como "noche", "maternidad", "imposibilitación tareas domésticas", "operación dolorosa", "sangre" o "aguja".

En el caso del esquema "ANSIEDAD" se presentó un comportamiento particular. En todos los grupos de sujetos, independientemente del nivel de ansiedad, se observó una conformación heterogénea que se encuentra muy ligada a sesgos individuales.

Dentro de los esquemas positivos se puede ver la misma tendencia, aparecen pocos esquemas en los sujetos con alta ansiedad como "ESTÉTICA" y "BIENESTAR" y además son definidas por muy pocos conceptos que tienen que ver únicamente con aspectos de sí mismo. A medida que el nivel de ansiedad desciende, aparecen con más frecuencia esquemas como "CONFIANZA EN EL PROFESIONAL" y "RELACIONES SOCIALES", y en los sujetos con ansiedad baja se incluyen además esquemas de "SALUD" e "IMAGEN DE SI" definidos a su vez por un número cada vez mayor de conceptos asociados, dando cuenta de una posibilidad de abarcar otros campos importantes para la vida de los sujetos.

Capítulo VIII: Discusión general y conclusiones

A través del tiempo y según las distintas culturas, el dolor ha sido definido de múltiples formas. En nuestra sociedad actual, el dolor es definido de forma multidimensional, es decir, no solo se considera al proceso biológico como modulador de la intensidad del estímulo doloroso, sino que también los factores psicológicos, en especial los que se refieren a la personalidad del sujeto que experimenta el dolor, factores históricos, ambientales y circunstanciales, emocional y motivacional (Puebla Díaz, 2005; Vilas et al., 2003). Así, a través del proceso de socialización el sujeto aprende y codifica semánticamente desde la infancia que es lo que se entiende por dolor según su entorno, haciendo que la percepción del estímulo doloroso sea única y singular para cada sujeto en función de sus propias experiencias pasadas y de su memoria (Mathew y Mathew, 2003).

En virtud de esto, los resultados globales de este estudio muestran una diferente incidencia de la ansiedad según los niveles obtenidos en la escala STAI, sobre la generación de esquemas semánticos negativos, y en la percepción final del dolor postoperatorio.

En particular, se ha podido observar, como dato significativo del análisis descriptivo, que los sujetos con niveles de ansiedad Rasgo superiores al percentil 75 en la escala de STAI, sufren mayor nivel de dolor postoperatorio real, a diferencia del resto de los participantes. Probablemente, este resultado se pueda interpretar a partir de considerar la

hipótesis de Ríes et al., quienes sostienen que los sujetos que tienen la ansiedad como rasgo de personalidad estable, suelen ser más sensibles a la percepción de estímulos amenazantes, elevando aún más el nivel de percepción del estímulo doloroso (Ríes et al., 2010).

A su vez, se debe considerar que en este grupo la situación estímulo era desconocida; es decir, ninguno de los participantes tenía experiencia previa como para saber qué esperar de la intervención. La incertidumbre podría funcionar como agravante del estado de hipervigilancia y sobrevaloración de la situación, disminuyendo el umbral del dolor.

Otro de los datos interesantes que recoge este estudio es que existe una fuerte correspondencia entre el nivel de ansiedad de los sujetos antes del procedimiento y la creación de redes semánticas formada con conceptos o emociones “negativas”. Los resultados mostraron que los sujetos con mayor nivel de ansiedad elaboraban con mayor frecuencia esquemas como “dolor”, “miedo” o “ansiedad” y en menor medida esquemas de “bienestar” y “estética”; a medida que los valores de ansiedad disminuyen la frecuencia se invierte, apareciendo como principales esquemas como “bienestar”, “estética”, “relaciones sociales”, “confianza en el profesional”, “salud” e “imagen de sí” (ver Cuadro 1); y el esquema “miedo” deja de estar asociado con tanta fuerza semántica al esquema “dolor”. Si bien no hay estudios que relacionen estas dos variables, se puede explicar esta relación a partir de considerar los aportes de Cano-Vindel (2004) quien afirma que aquellos sujetos que mantienen altos niveles de ansiedad, durante tiempos

prolongados, presentan serias perturbaciones psicológicas tales como innecesaria evitación de situaciones, reacciones intensas de activación y temor ante situaciones que no requieren de tal dimensión, y la propuesta de Martínez y Soriano (2006) quienes suponen que, una experiencia dolorosa no es únicamente conformada por experiencias físicas, sino que consiste en una amplia colección de eventos relacionados verbalmente, que permite definir a un tipo específico de dolor por diferentes concepciones semánticas que se asocian entre sí en forma de redes específicas aprendidas para definir ese dolor. A partir de estas nociones se puede suponer que los sujetos que presentan niveles considerables de ansiedad, suelen sobredimensionar los estímulos considerados amenazantes, generando como respuesta, entre otras, una serie de emociones negativas como el temor, miedo, estrés, etc., que se codifican en la memoria semántica en forma de redes asociadas que definen tal evento, pero que pueden extrapolarse a situaciones similares. Entonces cuando el sujeto se enfrenta a una situación quirúrgica como la propuesta en este estudio, y se le pide que elicite asociaciones verbales, éste evocará los conceptos almacenados según el repertorio de experiencias previas, iguales o similares. A medida que esta condición se revierte, la experiencia deja de percibirse como amenaza y las redes que se establecen alrededor de determinado evento, se vuelven más positivas.

	Presencia de dolor postoperatorio	Ausencia de dolor postoperatorio
Ansiedad Estado/Rasgo > P75	Dolor Miedo Ansiedad	Estética Bienestar
Ansiedad Estado/Rasgo entre P50-P75		Dolor Miedo Ansiedad Bienestar Estética Conf. Prof Rel. Sociales
Ansiedad Estado/Rasgo < P50		Dolor Costo Miedo Ansiedad Salud Imagen de si Estética Rel. Sociales Conf. Prof Bienestar

Cuadro 1: Esquemas semánticos elicitados según presencia de dolor y nivel de ansiedad

Además es interesante mencionar que tanto la cantidad de esquemas elicitados como la cantidad de conceptos asociados a los mismos en los sujetos que presentaron niveles de ansiedad altos fue menor que en el caso de los sujetos que presentaron valores de ansiedad por debajo del percentil 50 en la escala de STAI. En el caso de los esquemas positivos, se presenta además una diferencia cualitativa, es decir, en los sujetos con altos niveles de ansiedad los esquemas positivos presentaban conceptos asociados que estaban centrados en el sujeto, mientras que en los sujetos con ansiedad baja los conceptos asociados incluían aspectos más sociales como familia, trabajo, pareja o comunicación. Esto podría deberse a que, de acuerdo a Fernández y Palmero, las emociones como la ansiedad presentan características defensivas, centrando al sujeto en sí mismo, restringiendo momentáneamente la capacidad de racionalidad y reduciendo la posibilidad del desarrollo de actividades que pongan en juego la evocación

de la memoria a largo plazo; a diferencia de las emociones positivas que, al no estar vinculadas a situaciones de riesgo, permiten el desarrollo del pensamiento racional, permitiéndole al sujeto considerar otros aspectos de su vida que no tienen que ver con la huida defensiva, como lo son las relaciones sociales (Fernández y Palmero, 1999).

Finalmente, se debe tomar en consideración que no se pudo hallar relación entre la elaboración de esquemas semánticos negativos y la percepción final del dolor postoperatorio. Si bien los sujetos con ansiedad de tipo medio elaboran gran cantidad de redes negativas estas no tienen la capacidad de influir en la modulación del estímulo doloroso.

Se puede concluir que la percepción del dolor resulta ser una tarea compleja, influida por un cúmulo significativo de variables intervinientes. En esta investigación se pudo determinar que existe una fuerte correlación entre la ansiedad Rasgo y la percepción final del dolor postoperatorio. Además se pudo establecer que el nivel de ansiedad influye tanto en la cantidad de esquemas y asociaciones semánticas como en las cualidades de las mismas.

En cuanto a la definición de los esquemas elicitados, es menester tener en cuenta, que si bien se pueden considerar ciertos conceptos como nucleares, a excepción del esquema "ansiedad", la cual debido a que es una emoción ligada al pensamiento, presentó definiciones diferentes en todos los participantes; la cantidad de sujetos evaluados y el tipo de software utilizado

no son apropiados para la elaboración de definiciones colectivas, lo cual queda como propuesta para futuras investigaciones

Referencias Bibliográficas:

- Ábalo, R., Gocoiechea, C., Ormazábal, M., Alfaro, M. y Martín, M. (1999). Estudios sobre dolor orofacial presentados en los dos últimos Congresos Mundiales de Dolor. *Rev. SED, 6*, 4-10.
- Ackerman, M. y Stevens, M. (1989). Acute and Chronic Pain: Dimensions And Psychological Status. *Journal Of Clinical Psychology, 45*, 2.
- Álvarez, C. y Marcos, A. (2006). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Rev. Psicothema, Vol. 8*, N° 3, 625-656. ISSN: 0214 – 9915.
- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (2002). La medida del dolor. En X., Badía, M., Salamero y J., Alonso. *La medida de la salud: guías de escalas de medición en español*. Barcelona: Ed. Edimac.
- Barsalou, L. (1992). *Cognitive Psychology. An overview for cognitive scientist*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associated.
- Beesdo, K., Hoyer, J., Jacobi ,F., Low, N., Höfler, M. y Wittchen, H. (2010). Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Rev. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 45*, N° 1, 89-104.
- Boersma, K. y Linton, S. J. (2005). How does persistent pain develop? Análisis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *BRT, vol 43*, 1495-1507.
- Bonica, J. (1990). History of pain concepts and therapies. En: Bonica (Comp.) *The Management of Pain*. (pp. 2-17). Phil: Ed. Lea & Febiger.
- Boston, K., Pearce, S. y Richardson, P. (1990) The Pain Cognitions Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, vo.1 34*, N°1.
- Cabrero, B. y Vidal, S. (1996). Redes semánticas de los conceptos de presión y flotación en estudiantes de bachillerato. *Rev. MIE. 1*.
- Camacho, L. y Anarte, M. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico. *Apuntes de Psicología, 19*.
- Cambier, J. (1998). A modem view: Pain today. En: Rey R. (Comp.). *The History of Pain*. (pp. 332-337). Mass: Ed. Harvard University Press.
- Cano-Vindel, A. (2004). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga:Arguval.

- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Rev. Ansiedad y Estrés*, 1, 35-58.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Díaz Ovejero, M. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con salud y enfermedad. En E. Fernández-Abascal y F. Palmero (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. (2001). Emociones y Salud. *Rev. Ansiedad y Estrés*, vol. 7, 111-121.
- Chapman C. (1985). Psychological factors in postoperative pain. En: G. Smith y B. Covino (Eds.). *Acute pain*. London: Ed. Butterworths.
- Clément J. (1993). *Las instituciones científicas y la difusión de la ciencia durante la Ilustración*. (pp. 7-9). Madrid: Ed. Akal.
- Collins, A. y Loftus, E. (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychology Review*, vol. 82, 407-428.
- Fernández, E. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Fernández-Torres, B.; Márquez, C. y Mulas, M. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la Prehistoria a la Ilustración. *Rev SED*, 6, 4.
- Ferrer, V., González, R., Manassero, M. y Fornes, J. (1991). Impacto del dolor sobre la vida y personalidad del paciente con dolor crónico. // *Congreso Nacional de Evaluación Psicológica*. Barcelona 25-28/9.
- Finkel, D. y Schlegel, H. (2003). El dolor postoperatorio. Fundamentos para un tratamiento adecuado. *Rev. Hospital Gral. de Agudos Dr. Ramos Mejía*, vol. 3, N° 1.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Paris: Ed. Gallimard. (pp. 44).
- García Villalón, A. (2004). Medida de la velocidad de conducción en el nervio cubital. Universidad Autónoma Madrid. www.uam.es/angeluis.villalon
- Gatchel, R. J., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P. y Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, vol. 133, 581-624.
- Gómez, S., López, F. y Mesa, H. (2007). Teoría del Marco Relacional: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *Int. Jou. of Clinical and Health Psychology*, vol 7, N2, 491-507.

- Gómez-Carretero, P., Soriano, Monsalve, V., López, D. y De Andrés, J. (2009). Relaciones entre personalidad, afrontamiento y dolor crónico. *10º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis, 1-28 de febrero.
- Gutiérrez Martínez, O. y Soriano, C. (2006). Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de W. E. Fordyce a la Teoría del Marco Relacional (RFT). *Int. Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, N° 1, 169-188.
- Hayes, S. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. En: L. Hayes y P. Chase (Eds.). *Dialogues on verbal behavior* (pp. 19-40). Reno, NV: Ed. Context Press.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Ed. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- IASP (2013). Definición de Dolor. Recuperado de: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>.
- Janssen S. y Arntz A. (1996). Anxiety an pain: attentional and endorphinergic influences. *Rev. Pain*, vol. 66, 145–150.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Le Breton, D. (2010). *Antropología del dolor*. (pp. 9-21). Barcelona: Ed. Seix Barral. ISBN 84-322-0833-7.
- Linton S. y Kamwendo K. (1987). Low back schools: A critical review. *Rev. Physiological Therapy*, vol 67, 1375-1383.
- López Timoneda, F. (1996). Definición y Clasificación del dolor. *Rev. Clínicas Urológicas de la Complutense*, vol. 4, 49-55.
- Luciano, M.C. y Gómez, S. (2001). Derivación de funciones psicológicas. *Rev. Psicothema*, vol 13, 700-707.
- Manso, F., Calatayud, J., Carrillo, J., Barbería, E, Zaragoza, J. (1989). Ansiedad, inflamación y duración de la intervención ¿Existe una interrelación?. *Revista Avances en Odontostomatología*, vol. 5,31-4.
- Martín, L. y Bulbena, A. (2006). Ansiedad y dolor. *Rev. Dolor Investigación Clínica & Terapéutica*, vol. 21, N° 1, 11-20.

- Martínez-Sánchez, F. y Fernández-Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Rev. Anales de Psicología*, vol. 10, N°2, 101-110.
- Martínez, O. y Soriano, C. (2006). Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de Fordyce a la Teoría del Marco Relacional (RTF). *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, N°1, 169-188.
- Martínez, C. y Torres, M. (2000). Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, vol. 7, 466-475.
- Mathew, P. y Mathew J. (2003). Assessment and Management of pain in infants. *Postgraduate Medical Journal*, vol. 79, 438-443.
- Mazars G.(1988). Todo Cambia con Sherrington.En: Mazars G. (1988). *El hombre sin dolor*. (pp. 85-87).Barcelona: Ed. Sirmio.
- McGrath, P. (1990). *Pain in children*. New York: The Gilford Press.
- Melzack, R. y Wall, P.(1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150.
- Melzack, R y Wall P. (1970) Psychophysiology of Pain. *Rev Int. Anesthesiol Clinic*, Vol8, 3-34.
- Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, Motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. En: D. Kenshalo (Ed.). *The Skin Senses* (pp. 168-194). Springfield : Ed. Charles C. Thomas.
- Melzack R, (1975). The Mc Gill Pain questionnaire: major properties and scoring met-hods. *Pain*, vol. 1, 277-299.
- Moix-Queraltó, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología*, vol. 36, nº 1, 37-60.
- Monsalve, V., Cerda-Olmedo, G., Mínguez, A. y Andrés, J. (2000). Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios. *Rev. de la Sociedad Española del Dolor*, vol. 7, 6-11.
- Morales, J., Moya, M., Reboloso, E., Cols, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D. y Pérez, J. (1994). *Psicología Social*. (pp. 230) .Madrid: Ed. McGraw.
- Moretti, L. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *RAACC*, vol. 2, N°3, 21-29.

- Muñoz-Blanco, F., Salmerón, J., Santiago, J. y Marcote, C. (2001). Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev. Sociedad Española del Dolor*, vol. 8, 194-211.
- Nelson, F., Zimmerman, L. y Barnason, S. (1998). The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. *Journal Pain Symptom Manage*, vol 15, 102-109.
- Osman, A., Bungler, S., Osman, J. y Fisherl, L. (1993) The Inventory of negative thoughts in response to pain: factor structure and psychometric properties. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 2.
- Pedrajas J. y Molino A. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Rev. Clínica y Salud*, vol. 19, N° 3, 277-293. ISSN: 1135-0806.
- Peñarrocha, M. (1997). *Dolor orofacial: Etiología, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Ed. Masson. ISBN: 9788445805244.
- Pérez-Cajaraville, J; Abejón.; Ortiz, R. y Pérez, R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. SED*, 12, 6.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004) Fibromialgia y emociones negativas. *Rev. Psicothema*, 16, 3.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L. (2010). Emociones negativas y salud. *Rev. Av. Psicol.*, vol 18, 1.
- Pinto, M., Lima, D., Castro-Lopes, J. y Tavares, I. (2003). Noxious- evoked c-fos expresión in brainstem neurons immunoreactive for GABAB, mu-opioid and NK-1 receptors. *European Journal of Neuroscience*, 17.
- Puebla Díaz, P. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Rev. Oncología*, vol. 3; N° 28, 139-143.
- Repolles, M. y P.Brañas, G. (2010). Sensibilidad, resistencia y expresión del dolor: relación con la socialización del dolor. *Rev. SED*, 17, 7, 304–311.
- Rey, R. (1998a). The 19th Century. The Great Discoveries. En: Rey R. (Comp.) *The History of Pain*. (pp.132-137). Mass: Harvard University
- Rey, R. (1998b). The Experience of the Untenable. Larrey and the Surgery or War at the Beginning of the 19th Century. En: Rey R. (Comp.) *The History of Pain*. (pp.137-139). Massachusetts: Harvard University.

- Ríes, F., Vázquez, C., Mesa, M. y Del Castillo Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, vol. 12, N°2, 9-16.
- Rodríguez Franco, L. y Cano García, F. (2003). Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, vol. 24, N° 3, 35- 43.
- Rodríguez Franco, L., García, F. y Picabia, A. (2000.) Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación Española del PBQ y del HDI. *Revista Análisis y Modificación de la Conducta*, vol. 26, 109.
- Romero-Ruiz, M., Herrero-Climent, M., Torres-Lagares, D. y Gutiérrez-Pérez, J. (2006). Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica. Una aproximación racional. *RCOE*, vol. 11, 205-215.
- Sherrington, C. (1913). Reflex Inhibition as a factor in the coordination of movements and postures. *Quarterly JEP*, 6, 251-310.
- Soler, J., Coscolín, E., Ellacurría, J., Roig, J. y Rodríguez Baciero, G. (2003). Reacciones psicológicas al tratamiento dental (I). *Revista Europea de Odontostomatología*, vol. 15, 33-8.
- Soucase Lozano, B., Soriano Pastor, J. y Monsalve Dolz, V. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *Int. Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 227-241.
- Spielberger, C. (1972) Anxiety as an emotional state. En: C. Spielberg (Ed) *Anxiety and Behavior*. New York: Ed. Academic Press.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STA)*. Madrid: Ed. TEA.
- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Pol, A. y Sesé A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico *Clínica y Salud*, 19, 3, 295-320.
- Truyols Taberner M., Medinas Amorós, M., Pérez Pareja, J., Palmer, A., y Pol, A. (2010). Emociones Negativas en Pacientes con Lumbalgia Crónica Clínica y Salud. *Rev. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, vol. 21, N° 2, 123-140.

- Turk, D. C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evaluation and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, N° 3, 678-690.
- Valenzuela-Millán, Serrano, R. y Aguirre, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos y cirujanos. *Cirugía y Cirujanos*, 78, 2.
- Vallejo, M. (2000). Emociones Y Dolor. *Revista SED*, 7, 3-5.
- Vallejo, M. y Comeche, M. (1999). Depresión, ansiedad y dolor crónico. En: E. Fernández- Abascal y F. Palmero (Eds.). *Emociones y salud*. (pp. 289-324). Barcelona: Ed. Ariel.
- Velázquez, M. Muñoz, M., Sánchez, A., Zenner y y Velázquez, L. (2012). Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico tratados con opioides. *Rev.SED*, 19, 2.
- Verges, M., Catalá , M., Cortada, G., Rizo, M. y García, V. (2009). Nuevas tendencias en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía general y digestiva. *Rev. Cirugía Española*, vol. 86, N° 2, 63-71.
- Vilas, M., Lima Mompó, G., Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P. y Casanova Carrillo, C. (2003). Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo. *Rev. Cubana Medicina Militar*, vol. 3; N°32, 197-203.
- Vivas, J. (2008). Análisis de redes semánticas aplicado a contenidos académicos. Métodos e instrumentos. En E. Kronmüller y C. Cornejo (Comp.). *Ciencias de la Mente: Aproximaciones desde Latinoamérica*. Chile: JCSáez Editor. Pp. 385-409.
- Vivas, J. (2009). Modelos de Memoria Semántica. En J. Vivas (Comp.). *Evaluación de redes semánticas. Instrumentos y Aplicaciones*. Mar del Plata: Ed. Eudem. ISBN 978-987-1371-46-4.
- Vivas, J., Huapaya, C., Lizarralde, F., Arona, G., Comesaña, A, Vivas, L., García Coni, A. (2009). Distsem e Infosem: Instrumentos para la evaluación de la Memoria Semántica. En: M. Rodríguez y V. Montemayor (Comp.) *Cognición y memoria, sus representaciones y mediciones*. (pp. 43-80). Monterrey: Ed. UANL.
- Vivas, J. y Ledesma, R. (2010). Evaluación de la memoria semántica. El método Distsem. En J. Vivas (Comp.). *Evaluación de redes semánticas. Instrumentos y Aplicaciones*. Mar del Plata: Ed. Eudem.

Zermeño, A., Arellano, A. y Ramírez, V. (2005). Redes Semánticas Naturales: Técnica para representar los significados que los jóvenes tiene sobre la televisión, internet y expectativas de vida. *Rev. Estudio sobre las Culturas Contemporáneas*, vol. 11, 305-334.

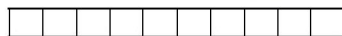
Anexos

Cuestionario de Dolor Español – CDE –

VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL	VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA
Temporal 1	Temor
<input type="checkbox"/> Como pulsaciones <input type="checkbox"/> Como una sacudida <input type="checkbox"/> Como un latigazo	<input type="checkbox"/> Temible <input type="checkbox"/> Espantoso <input type="checkbox"/> Horrible
Térmica	Autonómica / Vegetativa
<input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Que maree <input type="checkbox"/> Sofocante
Presión constrictiva	Castigo
<input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Como un pellizco <input type="checkbox"/> Agarrotamiento <input type="checkbox"/> Calambre <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Retortijón <input type="checkbox"/> Opresivo	<input type="checkbox"/> Que atormenta <input type="checkbox"/> Mortificante <input type="checkbox"/> Violento
Presión puntiforme / incisiva	Tensión / Cansancio
<input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Extenuante <input type="checkbox"/> Agotador <input type="checkbox"/> Incapacitante
Presión de tracción gravativa	Cólera / Disgusto
<input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Tirante <input type="checkbox"/> Como un desgarró <input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Incómodo <input type="checkbox"/> Que irrita <input type="checkbox"/> Que consume
Espacial	Penal / Ansiedad
<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Difuso <input type="checkbox"/> Que se irradia <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Profundo	<input type="checkbox"/> Deprimente <input type="checkbox"/> Agobiante <input type="checkbox"/> Que angustia <input type="checkbox"/> Que obsesiona <input type="checkbox"/> Desesperante
Viveza	VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA
<input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Picor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Como agujetas <input type="checkbox"/> Escozor <input type="checkbox"/> Como una corriente	Temporal 2
	<input type="checkbox"/> Momentáneo <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Persistente
VALOR INTENSIDAD ACTUAL	
Intensidad	
<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Insoportable	



Escala visual analógica



Sin dolor

Dolor insoportable

N.º 124

STAI

A / E

A / R

T D = 30	-	-	-
T D = 21	-	-	-

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otrar datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
5. Estoy relajado	0	1	2	3
6. Me siento satisfecho	0	1	2	3
7. Estoy preocupado	0	1	2	3
8. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
9. Me siento alegre	0	1	2	3
2. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de G. D. Spielberger; © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Impreso: Aguirre Campano, Daganzo, 15 doto; Madrid-2 - Depósito legal: M.-20.060-1982.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Edad:
Apellido y Nombres:
Fecha:

Sexo:

**Distsem
Natural Finder**

Por favor enumere las palabras que se le vienen a la mente cuando piensa en
IMPLANTES DENTALES. No hay respuestas correctas o incorrectas, tómese su tiempo.

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

Ahora bien, enumere las palabras que se le ocurren cuando piensa en los siguientes
conceptos mencionados:

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1)..... | 2)..... | 3)..... | 4)..... | 5)..... |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Muchas gracias por su colaboración.