

RESERVA

M
M929m
2001
C-1

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS
DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON BRUXISMO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

MARIELISA MUÑOZ JARAMILLO, YASNA ROJAS DÍAZ

MARIANELA VALENCIA SÁNCHEZ

PROFESORA

LILIANA CONTRERAS

BIBLIOTECA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

VIÑA DEL MAR, CHILE

DICIEMBRE, 2001

N. Banc 52265 Reg. 420

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE FIGURAS.	iv
LISTA DE TABLAS.	vi
Cap.	Pág.
1 INTRODUCCIÓN.	1
Planteamiento del Problema	2
Objetivos.	3
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
Hipótesis Descriptivas.	3
2 MARCO TEÓRICO.	4
Bruxismo	4
Antecedentes Históricos	
Definición de Bruxismo	
Prevalencia	
Consecuencias	
Clasificación	
Etiología	
Estrés	16
Evolución Histórica del Modelo de Estrés	

Modelo Procesual del Estrés

3	METODOLOGÍA	27
	Diseño y Tipo de Investigación	27
	Variables en Estudio.	28
	Estrés Percibido	
	Estrategias de Afrontamiento	
	Población y Muestra.	29
	Descripción de Instrumentos	30
	Escala de Medición de Estrés Percibido	
	Escala de Evaluación de Estrategias de Afrontamiento	
	Métodos y Técnicas de Recolección de Datos.	32
	Procedimientos.	33
4	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	34
	Análisis Estadísticos.	34
	Análisis del Objetivo Específico N°1	
	Análisis del Objetivo Específico N°2	
	Análisis del Objetivo Específico N°3	
	Análisis del Objetivo Específico N°4	
	Análisis del Objetivo Específico N°5	
5	DISCUSIÓN.	69
	Implicancias de los Resultados.	69
	Limitaciones del Estudio.	74

Proyecciones para Futuras Investigaciones.	75
REFERENCIAS.	76
APÉNDICE – A: Instrumentos de Medición.	79
APÉNDICE – B: Índices Estadísticos.	88
APÉNDICE – C: Tablas de Frecuencia de los Niveles de Estrés Percibido y Estrategias de Afrontamiento al Estrés.	97
APÉNDICE – D: Tablas de Frecuencia de los Niveles de Estrés Percibido y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en Bruxistas y No Bruxistas.	104

LISTA DE FIGURAS

Nº	Pág.
1. Clasificación de la Actividad de los Músculos Masticatorios.	10
2. Estrés Percibido en Bruxistas y No Bruxistas.	34
3. Niveles de Estrés Percibido y Bruxismo.	36
4. Estrategia N°1: Afrontamiento activo.	37
5. Estrategia N°2: Planificación.	39
6. Estrategia N°3: Supresión de actividades competitivas.	40
7. Estrategia N°4: Autocontrol y contención de manera planificada.	41
8. Estrategia N°5: Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales.	43
9. Estrategia N°6: Búsqueda de apoyo social por motivos afectivos.	44
10. Estrategia N°7: Reinterpretación positiva y crecimiento.	45
11. Estrategia N°8: Aceptación de responsabilidad.	47
12. Estrategia N°9: Focalización y ventilación de emociones.	48
13. Estrategia N°10: Negación.	49
14. Estrategia N°11: Descompromiso conductual.	50
15. Estrategia N°12: Descompromiso mental.	52
16. Estrategia N°13: Descompromiso mediante alcohol y drogas.	53
17. Estrategia N°14: Autocontrol (no expresión de emociones)	55
18. Estrategia N°15: Escape y evitación.	56
19. Estrategia N°16: Confrontación directa.	57
20. Estrategia N°17: Aceptación de responsabilidad y autocrítica.	59

21. Niveles de Bruxismo.	61
22. Niveles de Bruxismo y Niveles de Estrés.	63

LISTA DE TABLAS

Nº	Pág.
1. Estrés Percibido en Bruxistas y No Bruxistas.	34
2. Niveles de Estrés Percibido en Bruxistas y No Bruxistas.	35
3. Estrategia N°1: Afrontamiento activo.	37
4. Estrategia N°2: Planificación.	38
5. Estrategia N°3: Supresión de actividades competitivas.	40
6. Estrategia N°4: Autocontrol y contención de manera planificada.	41
7. Estrategia N°5: Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales.	42
8. Estrategia N°6: Búsqueda de apoyo social por motivos afectivos.	44
9. Estrategia N°7: Reinterpretación positiva y crecimiento.	45
10. Estrategia N°8: Aceptación de responsabilidad.	46
11. Estrategia N°9: Focalización y ventilación de emociones.	48
12. Estrategia N°10: Negación.	49
13. Estrategia N°11: Descompromiso conductual.	50
14. Estrategia N°12: Descompromiso mental.	51
15. Estrategia N°13: Descompromiso mediante alcohol y drogas.	53
16. Estrategia N°14: Autocontrol (no expresión de emociones)	54
17. Estrategia N°15: Escape y evitación.	56
18. Estrategia N°16: Confrontación directa.	57
19. Estrategia N°17: Aceptación de responsabilidad y autocrítica.	58

20. Resumen de Coeficientes Lambda de Goodman and Kruskal.	60
21. Niveles de Bruxismo.	61
22. Frecuencias de Niveles de Bruxismo y Niveles de Estrés.	62
23. Porcentajes de Niveles de Bruxismo y Niveles de Estrés.	62
24. Asociación Kendall Tau-c entre Niveles de Bruxismo y Estrategias.	64
25. Asociación Kendall Tau-c entre Nivel de Estrés y Estrategias en Bruxistas y No Bruxistas.	66
26. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°1: Afrontamiento activo.	98
27. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°2: Planificación.	98
28. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°3: Supresión de actividades competitivas.	98
29. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°4: Autocontrol y contención de manera planificada.	99
30. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°5: Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales.	99
31. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°6: Búsqueda de apoyo social por motivos afectivos.	99
32. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°7: Reinterpretación positiva y crecimiento	100
33. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°8: Aceptación de responsabilidad.	100
34. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°9: Focalización y ventilación de emociones.	100
35. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°10: Negación.	101
36. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°11: Descompromiso conductual.	101
37. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°12: Descompromiso mental.	101
38. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°13: Descompromiso mediante alcohol y drogas.	102

39. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°14: Autocontrol (no expresión de emociones).	102
40. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°15: Escape y evitación.	102
41. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°16: Confrontación directa.	103
42. Niveles de Bruxismo y Estrategia N°17: Aceptación de responsabilidad y autocrítica.	103
43. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°1.	105
44. Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°1.	105
45. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°2.	105
46. Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°2.	106
47. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°3.	106
48. Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°3.	106
49. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°4.	107
50. Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°4.	107
51. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°5.	107
52. Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°5.	108
53. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°6.	108
54. Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°6.	108
55. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°7.	109
56. Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°7.	109
57. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°8.	109
58. Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°8.	110
59. Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°9.	110

60.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°9.	110
61.	Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°10.	111
62.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°10.	111
63.	Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°11.	111
64.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°11.	112
65.	Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°12.	112
66.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°12.	112
67.	Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°13.	113
68.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°13.	113
69.	Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°14.	113
70.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°14.	114
71.	Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°15.	114
72.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°15.	114
73.	Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°16.	115
74.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°16.	115
75.	Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°17.	115
76.	Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°17.	116

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El Sistema Masticatorio o Estomatognático puede ser conceptualizado como uno de los más complejos que existe en nuestro organismo, esta diseñado para llevar a cabo las tareas de la masticación, deglución y fonación. En la descripción de Okeson (1996) se señala que está formado principalmente por huesos, músculos, ligamentos y dientes y que el movimiento que ejecuta se regula por medio de un intrincado mecanismo de control neurológico.

En la complejidad de este sistema, es muy común encontrar ciertas anomalías en su funcionamiento dentro de la población. Así, se han determinado una gran cantidad de trastornos funcionales del sistema masticatorio, siendo uno de los más frecuentes el bruxismo (Okeson, 1996). Se sabe que existe una alta prevalencia de este trastorno en la población en general, siendo sobre un 20% en pacientes odontológicos (Glass, McGlynn, Glaros, Melton & Romans, 1993, cit. en Basili 2000).

Descriptivamente, el bruxismo consiste en apretar y rechinar los dientes y su existencia ha sido reconocida desde hace cientos de años. Actualmente existe un amplio consenso respecto de las consecuencias que acarrea el bruxar, tales como lesiones en las piezas dentarias, inflamación de encías y dolores musculares entre otros (Sencherman y Echeverri, 1995).

La principal controversia en relación al bruxismo surge al intentar establecer la etiología de este fenómeno, describiéndose numerosos factores que por sí solos o en

conjunto intentan explicar su causa, uno de los factores que ha sido mencionado con mayor frecuencia dentro de la literatura es el estrés.

Desde el ámbito odontológico se han realizado numerosas investigaciones derivándose distintos tratamientos sin soluciones definitivas al problema, es por ello que en esta misma área se considera necesario abordar el tema bajo una perspectiva interdisciplinaria, por tanto, desde el ámbito de la psicología resulta sumamente relevante el realizar una investigación que describa y relacione el bruxismo con el estrés dentro de una muestra correspondiente a la ciudad de Valparaíso.

En este contexto y en una primera aproximación descriptiva utilizando el Modelo Procesual del Estrés de Lazarus y Folkman, se describirán los niveles de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés presentes en una muestra de pacientes con diagnóstico de bruxismo, comparándose estos resultados con un grupo que no presenta este diagnóstico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación existente entre bruxismo, estrés percibido y estrategias de afrontamiento al estrés, en un grupo de pacientes con diagnóstico de bruxismo en comparación con un grupo de pacientes no bruxistas?.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar, describir y asociar los niveles de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés, que presenta un grupo de pacientes con diagnóstico de Bruxismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir y comparar en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas, la presencia de estrés percibido y los niveles de estrés percibido.
2. Describir y comparar en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas la utilización de las estrategias de afrontamiento al estrés.
3. Identificar posibles asaciones entre los niveles de bruxismo y los niveles de estrés percibido.
4. Identificar posibles asociaciones entre los niveles de bruxismo y la utilización de las estrategias de afrontamiento al estrés.
5. Identificar posibles asociaciones entre los niveles de estrés percibido y la utilización de estrategias de afrontamiento, en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas.

HIPÓTESIS DESCRIPTIVA

El grupo de pacientes bruxistas presenta mayor estrés percibido en comparación con el grupo de no bruxistas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

BRUXISMO

ANTECEDENTES HISTORICOS

La existencia del bruxismo ha sido reconocida desde hace cientos de años, de hecho una de las primeras referencias se encuentra en el Nuevo Testamento, sin embargo, su estudio científico comienza con posterioridad. Tal como señalan Sencherman y Echeverri (1995), existen diversos autores que, a lo largo de la historia, han estudiado este trastorno. Karolyi fue uno de los pioneros en estas investigaciones y ya en 1902 planteaba que prácticamente todos los seres humanos en algún periodo de su vida ejercían fuerzas anormales en su sistema masticatorio, fenómeno al que denominó “Neuralgia Traumática”. En 1907 aparece por primera vez el término “Bruxomanía” presentado por Marie y Ptiekiewicz en una publicación francesa y en 1937 Frohmann acuñó el término de “Bruxismo”. Miller, en 1936, sugiere el uso por separado de estos dos términos; bruxomanía para los episodios de apretamiento de dientes durante los periodos conscientes o de vigilia del individuo y bruxismo cuando sucedía durante el sueño.

Hoy en día, los términos más usados son el de “Bruxismo” y “Bruxomanía” (Miller, 1936). Por otro lado, Okeson, (1996), utiliza el término “Parafunción” como una

entidad diagnóstica, que además del bruxismo incluye otros trastornos funcionales del sistema masticatorio.

DEFINICIÓN DE BRUXISMO

Son muchas las definiciones que se han dado sobre bruxismo, cada una pone énfasis en distintos aspectos de éste. La definición más sencilla que se puede dar es que el bruxismo consiste en apretar y/o rechinar los dientes. Echeverri y Sencherman (1995) agregan que esta actividad se realiza de forma consciente o inconsciente. Cortés, Díaz y Lungenstras (1982) definen Bruxismo como "...un trastorno odontológico que consiste en un contacto perseverante de los planos dentarios acompañado de apretamiento de las mandíbulas, movimientos laterales y rechinar.".

Para efectos de nuestra investigación se considerará la definición dada por Okeson (1996) por ser una de las más utilizadas dentro del campo odontológico, este autor señala que "el bruxismo es el golpeteo o el rechinar de los dientes inconsciente y no funcional. Se da, con frecuencia, durante el sueño, pero también puede presentarse durante el día."

PREVALENCIA

Numerosos estudios desde mediados del siglo XX han dado a conocer cifras indicativas de la epidemiología de este trastorno.

Ya en 1940, Boyeus destacó que un 78% de pacientes con alteraciones periodontales presentaban bruxismo. En 1944, Leof reportó que un 81% de estos pacientes poseían tal patología. Estudios posteriores (Ageberg & Carlson en 1975; Wigdorowicz,

Makowerowa, Grodzk & Maslonka en 1982; en Canadá por Lawigne & Montplaisir en 1994; en Estados Unidos por Glass, McGlynn, Glaros, Melton & Romans en 1993), reportan una prevalencia de bruxismo sobre el 20% en pacientes odontológicos. Glass et. al. en 1993, informó que el grupo de edad que va de los 25 a 35 años presentaban tasas de prevalencia de bruxismo entre 38% y 50%, presentando el resto de los grupos de edades porcentajes menores.

CONSECUENCIAS

Okeson (1996), plantea que el bruxismo puede ser generador de numerosas consecuencias y efectos sintomáticos que son perjudiciales para la salud del individuo. Durante la actividad funcional, como la masticación, fonación y deglución, la mandíbula se desplaza principalmente en dirección vertical, sin embargo cuando existe actividad parafuncional (por ejemplo bruxismo), se aplican a los dientes fuerzas intensas desplazándose las mandíbulas, originando fuerzas horizontales, que no son bien aceptadas y podrían producir lesiones en los dientes (soltura de los mismos), en las estructuras de apoyo o en ambas. Por otra parte, el desgaste anormal de los dientes si bien no es la consecuencia más perjudicial, es un signo clínico presente en este tipo de pacientes.

Otras consecuencias de esta actividad parafuncional son: inflamación de encías y reabsorción del hueso alveolar e hipertrofia de los músculos masticatorios lo que repercute dañando las articulaciones temporomandibulares y provocando dolores faciales, musculares y frecuentes e intensas cefaleas (Okeson, 1996).

CLASIFICACIÓN

La clasificación de Okeson (1996) se presenta como una de las más actuales y generales, en donde el bruxismo es considerado como una parafunción. Siguiendo a este autor las actividades de los músculos de la masticación pueden dividirse en dos grandes grupos, las actividades funcionales y las parafuncionales. Las actividades funcionales son aquellas necesarias para la masticación, la fonación y la deglución, que son las tareas propias del Sistema Masticatorio o Estomatognático, mientras que las parafuncionales hacen referencia a todo aumento de la actividad muscular por encima de lo necesario para la realización de estas funciones.

Cabe señalar que las actividades parafuncionales (o no funcionales) no solo incluyen el rechinar de dientes y otros hábitos orales, tales como morderse las uñas o morder lápices, sino que también incluye todo aumento de la contracción tónica estática del músculo.

Las actividades funcionales se caracterizan por ser muy controladas, permitiendo que el sistema masticatorio lleve a cabo sus funciones con un mínimo de lesión en las estructuras involucradas, esto gracias a que en ellas están presentes los reflejos de protección, que se activan cuando existe una interferencia oclusal; por tanto, las actividades funcionales se ven influidas directamente por el estado oclusal. Las actividades parafuncionales, sin embargo, parecen seguir un mecanismo totalmente diferente, en un principio se pensó que estas actividades eran precisamente provocadas por los contactos dentarios, sin embargo hoy existen dudas sobre esta relación.

Por su parte, las actividades parafuncionales pueden subdividirse en dos grupos, a

saber, las diurnas y las nocturnas. La actividad que se realiza durante el día incluye el bruxismo, así como muchos hábitos orales, por ejemplo: morderse las mejillas y la lengua, chuparse los dedos, hábitos posturales inusuales y muchas actividades relacionadas con el trabajo, como morder lápices y alfileres, morderse las uñas o sostener objetos bajo el mentón. Todas estas actividades se dan, en la mayoría de las ocasiones, en forma subconsciente. Es frecuente que durante las actividades diarias, especialmente en momentos de concentración y esfuerzo físico, el individuo apriete los dientes con fuerza, ocasión en que el músculo masetero sufre contracciones que no tienen relación con la tarea que se está ejecutando.

Las actividades nocturnas, es decir las que se realizan durante el sueño, son bastante frecuentes y adoptan la forma de episodios aislados (apretar los dientes) o contracciones rítmicas (bruxismo), no siendo excluyentes unas de las otras y, en ocasiones, siendo muy difíciles de diferenciar. Al respecto no está claro si estas actividades son debidas a factores etiológicos distintos o son dos presentaciones diferentes de un mismo fenómeno, cabe recordar que en las definiciones presentadas con anterioridad se señala que el apretamiento y rechinar quedan englobados bajo un solo concepto, que es el de bruxismo.

Al hablar del bruxismo nocturno, es importante hacer referencia a la estructura del sueño que se divide en dos grandes fases, la fase REM (Movimientos Oculares Rápidos) y la fase no REM, esta última se divide en cuatro etapas, siendo las etapas 1 y 2 de sueño poco profundo y las etapas 3 y 4 de sueño más profundo. La fase REM se caracteriza por presentar contracciones de los músculos de las extremidades faciales, alteraciones de la

frecuencia cardíaca y respiratoria, actividad onírica y movimientos rápidos de los ojos bajo los párpados. Existen dudas acerca de en que fase del ciclo del sueño se produce el bruxismo, aunque se ha mencionado que estaría relacionado con el paso de un sueño más profundo a uno de menor profundidad, ya que al iluminar con un destello la cara de una persona dormida, o bien al aplicarle estímulos acústicos y táctiles, ésta responde bruxando (Okeson, 1996).

En cuanto a la duración y número de los episodios nocturnos de bruxismo se han realizado diferentes investigaciones que muestran grandes variaciones, no sólo entre distintas personas, sino también en un mismo individuo. Kydd y Daly (cit. en Okeson, 1996) describieron que un grupo de 10 sujetos con bruxismo apretaban los dientes durante un tiempo medio de 11,4 min. por noche, y lo hacían en forma de episodios aislados con una duración de 20 a 40 seg. Clarke y cols. (cit. en Okeson, 1996) describieron que los episodios de bruxismo se daban aproximadamente 5 veces durante un período de sueño, con una duración de 8 seg. por episodio. En tres estudios distintos de individuos normales, Okeson y cols. observaron episodios de bruxismo de un promedio de 5 a 6 seg. En relación a la intensidad de estos episodios se ha visto que pueden superar, incluso en más de un 60%, la máxima capacidad de apretar los dientes de un individuo en estado de vigilia (Clarke y cols., cit. en Okeson 1996).

A modo de resumen, la clasificación anteriormente presentada puede esquematizarse de la siguiente forma:

Clasificación de la Actividad de los Músculos Masticatorios

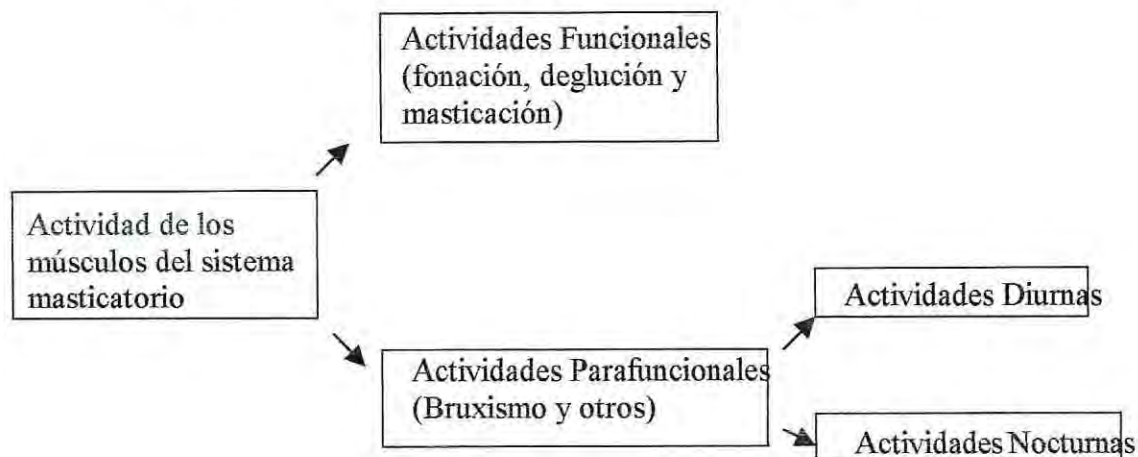


Figura No. 1. Clasificación de las actividades de los músculos de la masticación.

ETIOLOGÍA

Hoy en día es casi imposible concebir al bruxismo como producto de uno o dos factores aislados, sino que cada vez existe un mayor acuerdo en considerarlo como un fenómeno multicausado.

Echeverri y Sencherman (1995), señalan que en los primeros estudios sobre el tema se consideraban como posibles causas:

“algunos disturbios del Sistema Nervioso Central como lesiones en la corteza cerebral, disturbios de la médula en hemiplejías de la infancia o parálisis espástica infantil, etc. Hoy en día, en razón de la presencia del bruxismo frecuente en casos sin ninguna relación con desórdenes o defectos neurológicos se considera que estas actividades parafuncionales son posibles en sujetos normales siempre y cuando existan algunos Factores Psíquicos, Factores Externos y Factores Internos, que solos o en combinación puedan dar lugar a este tipo de conducta.” (p. 245)

De acuerdo a esta descripción, a continuación se presentaran por separado algunos elementos que se han descrito en relación a la génesis de este trastorno.

FACTORES EXTERNOS: OCLUSALES

Las relaciones oclusales, es decir, la interrelación existente entre las piezas dentales al momento de cerrar la boca, fueron una de las primeras causas que se consideraron como responsables del bruxismo, específicamente aquellas relaciones de desarmonía oclusal, tales como “contactos prematuros en los movimientos de cierre, interferencias oclusales en movimientos excéntricos, contactos en balanza y restauraciones defectuosas que en alguna forma sean responsables de la pérdida de armonía en las relaciones oclusales normales” (Echeverri y Sencherman, 1995). Esta idea generó todo una línea de investigación en el ámbito de la odontología y derivó en la generación de diversos tratamientos.

Okeson (1996) plantea, que si bien hoy en el ámbito de la odontología existen pocas dudas acerca de que las interferencias oclusales afectan la función del sistema masticatorio, estudios más recientes no confirman esta relación como causa específica de los episodios de bruxismo. Referente a esto, se pueden considerar dos experimentos que llegan a conclusiones distintas. Williamson y Lundquist (1983, cit. en Okeson 1996) llegaron a la conclusión de que el estado oclusal puede aumentar la actividad muscular y Rugh y cols. (1984, cit. en Okeson 1996) señalan como conclusión de su estudio que los contactos oclusales prematuros no aumentan la actividad bruxística. Okeson interpreta estos resultados, aparentemente divergentes, señalando que en ambos casos se estudian actividades diferentes, el primer estudio se refería a actividades voluntarias, controladas y conscientes mientras que en el segundo se evaluaba la actividad muscular involuntaria,

no controlada y subconsciente (bruxismo nocturno) y en consecuencia ambas seguirían mecanismos neuromusculares distintos.

FACTORES INTERNOS: SISTÉMICOS ORGÁNICOS

Los factores sistémicos orgánicos, fueron mencionados como causa del bruxismo especialmente en estudios de mediados de siglo. Investigaciones de Miller (1943), Hufschmind y Hufschmind – Kerin (1952), Nadler (1957), Kraft (1959 – 1960) y otros (cit. Echeverri y Sencherman 1995) consideran como elementos etiológicos del bruxismo anomalías sistémicas tales como: deficiencias nutricionales, índices deficitarios de calcio, hipoavitaminosis, disturbios gastrointestinales, parásitos y alteraciones de la presión sanguínea.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Echeverri y Sencherman (1995) señalan que existe un componente psicológico importante en el acto de bruxar.

A continuación expondremos, en orden cronológico, algunas investigaciones que establecen relaciones entre bruxismo y diversos factores psicológicos.

Cortés, Díaz y Lungenstras (1982) citan las investigaciones realizadas por Venailles (1955), donde los sujetos fueron evaluados por el Test de Rorschach, la Escala de Ansiedad de Taylor, la Escala de Hipomanía del MMPI, con hallazgos que apoyaban la relación bruxismo y ansiedad, reportando en sus conclusiones que el bruxista sería una persona con “problemas” o “nervioso”.

Por otra parte, la aplicación hecha por Molin y Levin (1966) de un cuestionario derivado del Mandsley Personality Inventory dio como resultado que los bruxistas padecían de una mayor cantidad de síntomas de depresión y ansiedad, además de presentar mayores niveles de tensión muscular.

Por otra parte, Thaller, Rosen y Saltzman (1967), en la Universidad de Nueva York, realizaron estudios apuntando a que el Bruxismo era una forma de liberar tensiones. Este grupo de investigadores trabajó con dos índices, uno para determinar el grado de frustración de los sujetos (“The Rosenzweig Picture Frustration Study”) y otro para medir la ansiedad (“The Cornell Medical Index”). A partir de estos dos índices clasificaron a los sujetos en tres categorías:

Sujeto Extrapunitivo: Aquel que expresa los estados de agresión o frustración en acciones externas sobre otras personas u objetos.

Sujeto Intrapunitivo: Aquel que en que los problemas de frustración no son manifestados en forma externa.

Sujeto Impunitivo: Aquel que generalmente no es afectado por las situaciones.

Las conclusiones del estudio señalan que los bruxistas muestran mayor ansiedad según el Cornell Medical Index y son más intrapunitivos, es decir, tienden a usar hostilidad hacia el interior para remover la frustración. De este modo existiría una relación entre el estado de ansiedad, el modo de reaccionar ante la frustración y la presencia o ausencia en el hábito del Bruxismo (Thaller, Rosen y Saltzman, 1967).

Otros estudios (Lebrun y Leonde, 1986; Hicks y Chancellor, 1987) han indicado que las personas que presentan bruxismo tienen como características frecuentes el ser

reservadas, inhibidas, sobre-exigentes en el trabajo, insatisfechas con sus vidas, aprehensivas y culpógenas.

En la tesis para optar al título de psicólogo de la Pontificia Universidad Católica de Chile, realizada en 1982 por Cortés, Díaz y Lungenstras, se utilizó una entrevista clínica estandarizada y el Cuestionario de Personalidad de Catell. Los resultados de este estudio indicaron que los bruxistas presentaban:

- Poca fuerza del yo (inestabilidad emocional).
- Alto nivel de ansiedad.
- Tendencia a la culpabilidad.
- Dificultad para la expresión de cariño.
- Actitud negativa hacia la agresión, especialmente los hombres.
- Rasgos depresivos, especialmente autocastigo, autoexigente, baja autoestima, pesimismo y aislamiento social.
- Rasgos obsesivos, especialmente indecisión, rumiación y presencia de ideas recurrentes.
- Altos índices de sintomatología angustiosa, especialmente las mujeres.

Rugh y Solberg en 1979, (cit. Okeson, 1996) registraron el nivel de actividad de bruxismo nocturno a lo largo de un período de tiempo prolongado, concluyendo que la actividad nocturna de los músculos maseteros aumenta en relación a la presencia de eventos estresantes. Posteriormente, en 1984, Rugh, Lemke y Matarazzo (cit. Okeson, 1996) evaluaron la actividad del músculo masetero en un individuo durante un periodo de 140 días, intentando relacionar actividad muscular, estrés y dolor.

Encontraron que inmediatamente después de una experiencia estresante, la actividad muscular nocturna aumenta y al poco tiempo el individuo refiere dolor.

Como se puede apreciar, en las investigaciones anteriormente citadas existe una importante relación entre bruxismo y factores psicológicos, siendo la más frecuentemente mencionada la relación entre estrés y ansiedad. En este mismo sentido Okeson (1996), plantea que “uno de los factores más importantes que parecen influir en la actividad del bruxismo es el estrés emocional”. En el plano fisiológico el mismo autor agrega que el aumento del nivel de estrés emocional que experimenta el paciente “no sólo puede aumentar la tonicidad de los músculos de la cabeza y el cuello, sino que también puede incrementar la actividad muscular no funcional, como el bruxismo o el rechinar de dientes”.

Bell (cit. en Shore, 1983) señala:

“el papel de la tensión es de gran importancia. Se cree que el principal activador de la desarmonía oclusal es la tensión emocional, que actúa de diversas formas: acrecienta el apretamiento y el bruxismo; aumenta la actividad muscular general; eleva el tono muscular causando elevación de la presión interarticular, que puede conducir a interferencias funcionales; induce fatiga que lleva al espasmo y aumenta la ansiedad y la alarma del paciente, estableciendo así un círculo vicioso.” (p. 142).

Rubiano M. (1993) pone énfasis en que para dar tratamiento al bruxismo “debemos atacar los dos factores etiológicos en forma simultánea: Stress Emocional y maloclusión. Olvidar uno de los dos es acercarnos al fracaso. El uno estimula al otro.” Así este autor plantea que el estrés emocional y la oclusión deflexiva son prerequisites necesarios para el bruxismo, agregando además que “el sistema nervioso central es el que inicia el proceso, mientras que el instrumento escogido por él para desencadenar el

problema es la mala oclusión. Nunca podría haber bruxomanía en ausencia de stress o tensión emocional”.

ESTRÉS

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL MODELO DE ESTRÉS

Una de las primeras aproximaciones sistemáticas a la investigación del estrés fue realizada por Walter Cannon en 1932, quien describe la “respuesta de lucha o huida”, para referirse a la activación del sistema nervioso simpático y endocrino ante la percepción de cualquier tipo de amenaza. En 1936, Hans Selye definió el término estrés como “un patrón inespecífico de activación fisiológica que presenta el organismo ante cualquier demanda del entorno” (Bermúdez, cit. en Fierro, 1996), este patrón es denominado, aún en la actualidad, Síndrome General de Adaptación. Como podemos apreciar ambos autores se centraron en describir y analizar la respuesta de estrés.

En la década de 1960 surge la hipótesis general de que determinados acontecimientos generarán cambios importantes en la vida del individuo ante los cuales deberá ajustarse, pudiendo ser afectado su bienestar físico y psicológico. Así, la investigación comenzó a centrarse en “acontecimientos vitales” potencialmente generadores de estrés, lo cual se tradujo en la formulación de distintas escalas de medición siendo una de las más representativas la de Holmes y Rahe de 1967, llamada Escala de Reajuste Social.

A finales de la década de 1960 surge el cuestionamiento de que existirían diferencias individuales respecto de la respuesta de estrés y de los estímulos estresores del medio, lo que llevó a suponer que entre respuesta y estímulo existía un elemento mediador que permitiría explicar bajo que circunstancias el individuo presentaría o no las manifestaciones de estrés. Es bajo este cuestionamiento que se postula un modelo cognitivo del estrés, que se ha denominado Hipótesis Procesual del Estrés, de Lazarus y Folkman (Bermúdez, J., cit. en Fierro A., 1996).

MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS

Lazarus y Folkman (1986), señalan que el estrés habitualmente ha sido definido como estímulo o como respuesta. Si es definido como estímulo se están considerando los acontecimientos del entorno, por ejemplo, desastres naturales, y si el estrés es definido como respuesta se hace referencia al estado de estrés, por ejemplo, “alguien está bajo estrés”. Si ponemos en relación ambos tipos de definiciones nos encontraremos con que una es la explicación de la otra, así “un estímulo es estresante cuando produce una conducta o respuesta fisiológica estresada y una respuesta se considera estresada cuando está producida por una demanda, un daño, una amenaza o una carga” (Lazarus y Folkman, 1986). Estas definiciones no consideran las respuestas individuales de estrés, ya que no todos los individuos reaccionan de la misma forma ante los mismos eventos.

El Modelo Procesual del Estrés realiza un importante aporte adoptando una perspectiva relacional individuo-entorno en la que se incluyen variables cognitivas que

mediarían entre el estímulo y la respuesta de estrés. Bajo esta perspectiva el estrés se define como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986).

Bermúdez (cit. en Fierro, 1996) señala que el individuo valora el nivel de equilibrio existente en su relación con el entorno e intenta mantener o restablecer dicho equilibrio en niveles adaptativos. En este sentido, “la presencia de manifestaciones de estrés se entenderá como consecuencia básica de la existencia de una relación desequilibrada individuo-entorno, a la que no puede hacer frente de manera eficaz.”(Bermúdez, cit. en Fierro, 1996).

Un elemento fundamental dentro del Modelo Procesual del Estrés es el de evaluación cognitiva. La importancia de este concepto viene dada por el hecho de que aunque presiones y demandas ambientales pueden producir estrés a muchas personas, las diferencias individuales y de grupo en torno al grado y clase de respuesta, están siempre presentes.

“Para poder entender las diferencias observadas en la respuesta ante situaciones similares, debemos tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación...” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 48).

El concepto de evaluación cognitiva puede ser considerado como “aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo.” (Lazarus y Folkman, 1986). Se trata de un proceso evaluativo, referido a las repercusiones y consecuencias y que se da durante todo el estado de vigilia.

La evaluación cognitiva tiene dos aspectos básicos, evaluación primaria y evaluación secundaria, ambas tienen el mismo grado de importancia y una no precede a la otra.

EVALUACIÓN PRIMARIA

En ésta, la persona juzga el significado del evento en relación a su bienestar. Existen tres clases de evaluación primaria, (1) la irrelevante, (2) benigna-positiva y (3) la estresante. La evaluación primaria irrelevante se da cuando el encuentro con el entorno no trae implicaciones para el individuo, siendo de escasa o nula importancia para éste. La evaluación benigna-positiva se produce cuando las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, que preservan o logran el bienestar o que parecen ayudar a conseguirlo, caracterizándose por generar emociones placenteras en el sujeto. Finalmente, las evaluaciones estresantes incluyen valoraciones de daño/pérdida, amenaza y desafío. El daño o pérdida hace alusión a que el individuo ya ha recibido algún perjuicio, la amenaza esta referida a aquellos daños o pérdidas potenciales que el sujeto evalúa y que permite, de esta forma, el afrontamiento anticipativo. En el desafío, al igual que en la amenaza, se produce una movilización de estrategias de afrontamiento, sin embargo en el desafío se valoran como suficientes las fuerzas necesarias para superar la confrontación con el ambiente generándose emociones placenteras, no así en la amenaza, en la que se valora el potencial dañino y por tanto se acompaña de emociones negativas.

Cabe aclarar que las evaluaciones son procesos complejos, pueden presentarse en forma mixta y variar a lo largo del tiempo, según las diferencias individuales y de contexto.

EVALUACIÓN SECUNDARIA

Está destinada a determinar que es lo que puede hacerse ante una situación estresante, de amenaza o desafío, cuyos resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego. La evaluación secundaria es un complejo proceso evaluativo, que incluye valorar las alternativas de afrontamiento disponibles para el logro de lo esperado y la seguridad de poder aplicar una estrategia en particular o un grupo de ellas de forma efectiva. De esta forma, no es solo un ejercicio intelectual destinado a reconocer que recursos pueden aplicarse en una determinada situación, sino que también se incluyen dentro de esta evaluación las consecuencias de utilizar una o varias estrategias en relación a otras demandas internas y/o externas que podrían ocurrir simultáneamente.

Ambas evaluaciones, tanto la primaria como la secundaria, interaccionan entre sí y de esta forma determinan el grado de estrés, la intensidad y calidad de la respuesta emocional. Esta interacción puede llegar a ser muy compleja, por ejemplo, si el individuo se siente incapaz de enfrentarse a una situación (evaluación secundaria), su grado de estrés será alto ya que el daño/perdida percibido no puede vencerse ni prevenirse, aún más, el nivel de estrés puede aumentar si las consecuencias son muy

importantes para el sujeto (evaluación primaria). Por otro lado el sujeto puede percibir un alto grado de control frente a la situación (evaluación secundaria), sin embargo, si las consecuencias son demasiado importantes para él, ante la mínima duda aparecerá un grado de estrés considerable (evaluación primaria).

Siendo este proceso cognitivo de carácter temporal, otro concepto importante dentro de este modelo es el de reevaluación, el cual es entendido como:

“un cambio introducido en la evaluación inicial en base a la nueva información recibida del entorno (la cual puede bien eliminar la tensión del individuo o aumentarla) y/o en base a la información que se desprende de las propias reacciones de éste” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 62).

Entendida de esta forma, una reevaluación es simplemente una nueva evaluación de una situación, que tiene la capacidad de modificarla. A partir de la reevaluación una situación evaluada como benigno-positiva puede pasar a ser amenazadora, generándose una sucesión de evaluaciones, emociones y por tanto conductas cambiantes.

Cabe destacar que esta teoría también incluye factores personales y situacionales que ejercen una influencia relevante sobre la evaluación que realiza el sujeto. Entre los factores personales se encuentran los compromisos, los cuales son entendidos como expresión de aquello que es importante para el sujeto y que determinan sus decisiones y las creencias, las cuales son entendidas como nociones preexistentes de la realidad que influyen en la forma de percibir el entorno, siendo las creencias existenciales y aquellas referidas al control personal las más influyentes dentro de la teoría del estrés.

Dentro de los factores situacionales que afectan la evaluación primaria y secundaria, esta la novedad, la predictibilidad y la incertidumbre de la situación.

AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1986) como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Esta definición destaca al afrontamiento como un proceso, al señalar que es constantemente cambiante y que se produce ante demandas específicas o conflictos. Además, esta definición excluye a la conducta adaptativa automatizada, ya que el afrontamiento queda limitado a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo y por tanto, el afrontamiento queda limitado a aquellas condiciones de estrés psicológico que implican la movilización, es decir, esfuerzos cognitivos y conductuales adicionales. También el afrontamiento queda definido como los esfuerzos para manejar las demandas, esto es, todo lo que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que se puedan obtener. Es decir, la función del afrontamiento tiene relación con el objetivo que persigue cada estrategia y el resultado del afrontamiento tiene que ver con el efecto que cada estrategia tiene.

Al señalar que son esfuerzos para manejar demandas se hace hincapié en que es más que el dominio del entorno, así, manejar puede significar minimizar, aceptar, tolerar, evitar o dominar las situaciones estresantes. A este respecto, cabe señalar que muchas veces se ha pensado que el afrontamiento es equivalente a una acción efectiva para la solución de un problema, sin embargo, en la vida de las personas no todos los problemas

o fuentes de estrés son susceptibles de ser solucionados o dominados. Equiparar el afrontamiento con la resolución del problema y/o con el dominio de la situación no considera otras funciones del afrontamiento como por ejemplo, el dominio de las emociones o el mantenimiento de la propia estima y de una imagen positiva ante situaciones que son irremediables. Así, para la adaptación del sujeto, el afrontamiento que está centrado en soportar o minimizar situaciones irremediables es tan importante como las estrategias que se orientan a dominar el entorno.

Tal como se ha señalado anteriormente, el afrontamiento es entendido como un proceso, en este sentido se relaciona con lo que el individuo realmente hace o piensa ante una situación determinada y no con lo que generalmente hace o haría en ciertas situaciones, esto último estaría más bien vinculado con la conceptualización de un rasgo estable a través del tiempo. Siguiendo a Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento siempre está dirigido hacia situaciones concretas, es decir, los pensamientos y acciones de afrontamiento se encuentran estrechamente relacionados con las condiciones particulares que el sujeto está afrontando, así lo que el sujeto realmente hace o piensa es analizado dentro de un contexto específico.

Al decir que el afrontamiento es un proceso, también se está diciendo que habrá un cambio en la acción y pensamientos del sujeto a medida que la interacción individuo-entorno va desarrollándose, de esta forma el sujeto puede ir cambiando las estrategias de afrontamiento que utiliza. Los cambios que pueden producirse van en relación con las continuas evaluaciones y reevaluaciones que el sujeto realiza.

Lazarus y Folkman (1986) plantean que la mayoría de las mediciones de rasgos

tienen una formulación unidimensional y que no dan cuenta adecuadamente de la naturaleza multidimensional de los procesos de afrontamiento utilizados en la vida cotidiana, así mismo señalan que “al intentar entender el afrontamiento o sus correlatos antecedentes y consecuentes, no hay más remedio que recurrir a la evaluación directa de las conductas de afrontamiento y de la forma en que cambian”. Al respecto, los autores plantean que la tarea de determinar los rasgos del afrontamiento ha aportado poco en la predicción de los procesos de afrontamiento reales, sin embargo agregan, “no estamos afirmando que no exista estabilidad en el afrontamiento, ni que el individuo no tenga preferencias por estrategias determinadas a lo largo del tiempo” (Lazarus y Folkman, 1986).

En este sentido, R. Schwarzer y Ch. Schwarzer (1996) señalan que, al medir afrontamiento con instrumentos estandarizados, se asume que las personas se caracterizan por preferir algunas formas de afrontamiento ante la adversidad y que continúan aplicando las mismas estrategias a través del tiempo. Las personas no muestran exactamente las mismas respuestas ante las situaciones estresantes de la vida pero si pueden ser caracterizados por una tendencia general a realizar conductas que se enmarcan, por ejemplo, dentro de un afrontamiento confrontacional o uno de evitación. Schwarzer y Ch. Schwarzer (1996) plantean que si toda respuesta puede ser explicada por el cambio de los eventos, esto refleja un franco determinismo situacional, en contraste, la común perspectiva de influencia persona-entorno señala influencias asociadas desde ambos orígenes. La medición de afrontamiento puede ser fructífera bajo la asunción de que los individuos generalizan por medio de situaciones un cierto grupo de estrategias y

avanzan con un limitado set de ellas, que reaplican en diferentes ocasiones.

Dado que el número de respuestas específicas es infinito aparece como útil clasificarlas en factores o dimensiones. En este sentido Lazarus y Folkman (1984) diferencian entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción, reduciendo con esto el total de posibles respuestas en un set más parsimonioso de dimensiones. Estos autores señalan que es importante diferenciar la función del afrontamiento de sus resultados, existiendo dos grandes funciones del afrontamiento, por una parte está el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema, denominado Afrontamiento Dirigido al Problema, el cual sería más probable de aparecer cuando se evalúa que las condiciones son susceptibles de cambio y por otra parte, esta el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional derivada del problema, denominado Afrontamiento Dirigido a la Emoción, que tendría más probabilidad de aparecer cuando la evaluación indica que no se puede hacer nada para modificar las condiciones dañinas, amenazantes o desafiantes del entorno y por ende el sujeto ajusta su emoción.

Al igual que las estrategias para la resolución de un problema, las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema incluyen la definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, evaluación de cada alternativa en relación a costo v/s beneficio, elección de alguna de ellas y finalmente, aplicación de la alternativa seleccionada. Pero además incluyen otros elementos psicológicos destinados a reestablecer el equilibrio perdido de la relación individuo-entorno que según Kahn y cols. (1964, cit. en Lazarus y Folkman, 1986) corresponderían a cambios motivacionales o cognitivos, tales como la

variación del nivel de aspiraciones, la reducción del nivel del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

En cuanto a los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción, se han descrito distintas formas de éstos. Existen los procesos cognitivos orientados a disminuir el grado de trastorno emocional, que incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. También se han señalado (Lazarus y Folkman, 1986) estrategias destinadas a aumentar el trastorno emocional, que se darían en sujetos que necesitan experimentar un trastorno intenso para luego sentirse mejor o para pasar al autorreproche o a alguna forma de autocastigo. También se da en sujetos que aumentan deliberadamente el trastorno emocional para incitarse a sí mismos hacia la acción, por ejemplo, un atleta que se autodesafia para competir.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio consiste en describir los niveles de Estrés Percibido y las Estrategias de Afrontamiento al Estrés, presentes en pacientes odontológicos con diagnóstico de bruxismo, para ello se utiliza un diseño de investigación de tipo no experimental, ya que no existe manipulación deliberada de variables, basándose en variables que ya ocurrieron naturalmente en el tiempo sin intervención directa de las investigadoras.

Con respecto al alcance temporal, nuestro estudio está definido como Transeccional, ya que las observaciones se realizan en un momento único en el tiempo. En relación con la profundidad de nuestra investigación, esta es Descriptiva Comparativa, con medición de variables de manera individual, reporte de estas mediciones y comparación de resultados entre un grupo de bruxistas y un grupo comparativo no bruxista. Además se intentará establecer asociaciones entre variables.

VARIABLES EN ESTUDIO

ESTRÉS PERCIBIDO

Definición Conceptual: Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Definición Operacional: Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Estrés Percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Definición Conceptual: Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Definición Operacional: Puntuación obtenida por el sujeto en la Escala de Estrategias de Afrontamiento.

- Estrategia 1: Afrontamiento activo.
- Estrategia 2: Planificación.
- Estrategia 3: Supresión de actividades competitivas.
- Estrategia 4: Autocontrol y contención de manera planificada.
- Estrategia 5: Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales.
- Estrategia 6: Búsqueda de apoyo social por motivos afectivos.

- Estrategia 7: Reinterpretación positiva y crecimiento.
- Estrategia 8: Aceptación de responsabilidad.
- Estrategia 9: Focalización y ventilación de emociones.
- Estrategia 10: Negación.
- Estrategia 11: Descompromiso conductual.
- Estrategia 12: Descompromiso mental.
- Estrategia 13: Descompromiso mediante alcohol y drogas.
- Estrategia 14: Autocontrol (no expresión de emociones).
- Estrategia 15: Escape y evitación.
- Estrategia 16: Confrontación directa.
- Estrategia 17: Aceptación de responsabilidad y autocrítica.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio es realizado con la población que asiste a tratamiento odontológico en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso y el Consultorio Plaza Justicia de Valparaíso. La muestra es de tipo no probabilística (intencionada).

El tamaño de la muestra fue determinado por la disponibilidad de pacientes, esta compuesta por 81 pacientes mayores de 17 a 66 años de edad, de ambos sexos, de los cuales 41 de ellos corresponden a pacientes que presentan bruxismo diurno y/o nocturno; los 40 pacientes restantes no presentan diagnóstico de bruxismo y pertenecen al grupo de comparación.

DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS

ESCALA DE MEDICIÓN DE ESTRÉS PERCIBIDO

Esta escala mide el grado en que las situaciones de la vida personal son evaluadas subjetivamente como estresantes, fue desarrollada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) y validada en Chile por Vera y Wood (1984). La confiabilidad según coeficiente alfa de Cronbach es de 0.862, según coeficiente de Spearman-Brown es de 0.852 y según Coeficiente de Gutman-Rulañ es de 0.852. Para obtener su validez se utilizó el procedimiento de validez concurrente, usando como criterio los puntajes obtenidos en las escalas de sintomatología depresiva, ansiosa y somatomorfe, arrojando una relación directa entre las variables, es decir, ésta es positiva y significativa. La correlación entre estrés percibido y síntomas depresivos es de 0.696, entre estrés percibido y síntomas por ansiedad, 0.632 y estrés percibido y síntomas somatomorfes, 0.362.

Consta de 12 ítems que permiten recoger información acerca de los niveles de estrés experimentado por los sujetos. Cada ítem tiene 5 categorías de respuesta, desde “nunca” hasta “casi siempre” a los cuales se les asigna los valores 0, 1, 2, 3, y 4. El puntaje total de la escala se obtiene revirtiendo los puntajes de los 6 ítems positivos (4, 5, 6, 7, 9 y 11), manteniéndose los restantes. Luego se suman los puntajes de los 12 ítems y se ubica al sujeto dentro de un rango que indica ausencia (20 puntos o menos) o presencia (21 puntos o más) de estrés percibido. Además Vera y Wood (1994) sugieren tres puntos de corte:

- Alto estrés percibido (21 puntos y más).
- Mediano estrés percibido (9 a 20 puntos).
- Bajo estrés percibido (8 puntos o menos).

ESCALA DE EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Este instrumento fue elaborado a partir de la escala de Lazarus y Folkman (1986) y la de estrategias de afrontamiento de Carver, Sélter y Wientraup (1992). Validado en Chile en 1994 por Vera y Wood.

Esta escala evalúa las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos para resolver determinadas situaciones estresantes. Dado que no es de tipo sumativo, es decir, da cuenta de 17 tipos de afrontamiento distintos, no se estimó su confiabilidad. Para su validez se utilizó un procedimiento de validez de contenido usando pruebas de relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el grado de estrés percibido en función de encuentros estresantes específicos.

Consta de dos partes, en la primera el sujeto describe alguna situación problema (estresante) que haya vivido en el último tiempo y en la segunda parte se plantean 17 afirmaciones en relación a la situación descrita, cada uno de los 17 ítems representa una estrategia particular de afrontamiento las cuales son: afrontamiento activo (ítem 1), planificación (ítem 2), supresión de actividades competitivas (ítem 3), autocontrol y contención de manera planificada (ítem 4), búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales (ítem 5), búsqueda de apoyo social por motivos afectivos (ítem 6), reinterpretación positiva y crecimiento (ítem 7), aceptación de responsabilidad (ítem 8),

focalización y ventilación de emociones (ítem 9), negación (ítem 10), descompromiso conductual (ítem 11), descompromiso mental (ítem 12), descompromiso mediante alcohol y drogas (ítem 13), autocontrol (no expresión de emociones) (ítem 14), escape y evitación (ítem 15), confrontación directa (ítem 16) y aceptación de responsabilidad y autocrítica (ítem 17).

Cada ítem posee 4 opciones de respuesta, desde “nunca = 1” a “muchas veces = 4”, obteniéndose un puntaje para cada dimensión, existiendo un rango de puntaje que va desde 1, indicativo del no uso de la estrategia, a 4, grado máximo de utilización de la estrategia.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La batería de prueba utilizada esta compuesta por la Escala de Estrés Percibido y Escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés. Los datos obtenidos de ambas escalas son procesados mediante Análisis Exploratorio, a través de frecuencias y porcentajes. Debido al nivel ordinal de las variables se utiliza el índice de Kendall's Tau-b, Tau-c y Lambda de Goodman para medir la asociación entre las variables bruxismo, estrés percibido y estrategias de afrontamiento al estrés. Además, para relacionar estrés con bruxismo se realizó la prueba No Paramétrica Ji-Cuadrada (χ^2).

PROCEDIMIENTOS

En el momento en que los pacientes asisten a consulta odontológica se define su disposición a participación en la presente investigación, aquellos pacientes que acceden a participar son evaluados primeramente por odontólogos, quienes utilizan un cuestionario y una revisión dental para diagnosticar el bruxismo y establecer niveles bajos, medios y altos de este trastorno. A continuación el paciente es evaluado mediante la Escala de Estrés Percibido y la Escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés.

Para la realización de esta medición se utiliza un lugar apropiado dentro la Facultad de Odontología y el Consultorio Plaza Justicia, lugares que permiten mantener las condiciones ambientales óptimas (en cuanto a ruido, luminosidad, etc.) para no alterar los resultados. Dado el tamaño del espacio utilizado para la medición, se evalúa en grupos de hasta cuatro pacientes.

CAPITULO 4

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

ANÁLISIS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO N°1

Objetivo: "Describir y comparar en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas, la presencia de estrés percibido y los niveles de estrés percibido".

Estrés Percibido en Bruxistas y No Bruxistas

	Sin Estrés	%	Con Estrés	%	Total
Bruxistas	22	53.66	19	46.34	41
No Bruxistas	16	40	24	60	40
Total	37		38		81

Tabla No. 1. Comparación del estrés percibido en pacientes bruxistas y no bruxistas.

Estrés Percibido en Bruxistas y No Bruxistas

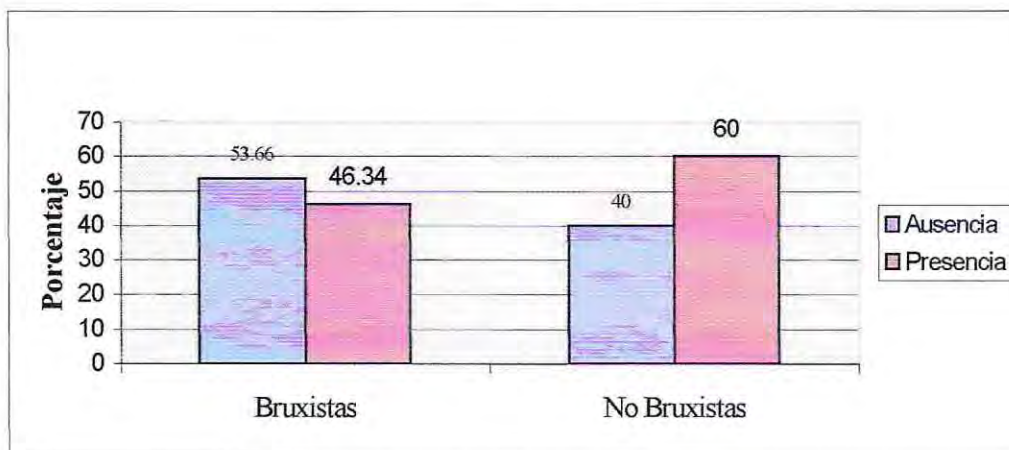


Figura No. 2. Comparación del estrés percibido en pacientes bruxistas y no bruxistas.

Como se puede observar en la tabla No. 1 y en la figura No. 2, los niveles de estrés percibido son más altos en el grupo de pacientes no bruxistas (60%) que en el grupo correspondiente a pacientes con bruxismo (46,34%). Se utilizó el punto de corte que indica presencia o ausencia de estrés percibido, de la adaptación realizada por Vera y Good (1994).

A partir de la aplicación de la prueba Ji cuadrado, se determinó que no existe evidencia estadística significativa que rechace la hipótesis de que el estrés percibido no está asociado al diagnóstico de bruxismo en los pacientes (ver apéndice B), es decir, no hay asociación estadísticamente significativa entre las variables. El valor p obtenido en la prueba Ji cuadrado fue de 0.3749, lo que indica que se acepta la hipótesis nula a un valor aproximado mínimo de un 63% de confianza (ver apéndice B).

Para complementar Ji cuadrado se utilizó una prueba que mide el grado de asociación entre las variables llamada Lambda de Goodman and Kruskal (ver apéndice B), obteniéndose un valor de 0.125. Este valor indica el grado de asociación entre las variables, que como se puede apreciar no es estadísticamente significativo, ya que es cercano a 0.

Niveles de Estrés Percibido en Bruxistas y No Bruxistas

Nivel de Estrés	Bruxistas		No Bruxistas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alto	19	46.34	24	60
Medio	21	51.22	12	30
Bajo	1	2.44	4	10
Total	41	100	40	100

Tabla No. 2. Frecuencia de pacientes bruxistas y no bruxistas y su nivel de estrés percibido.

Nivel de Estrés Percibido y Bruxismo

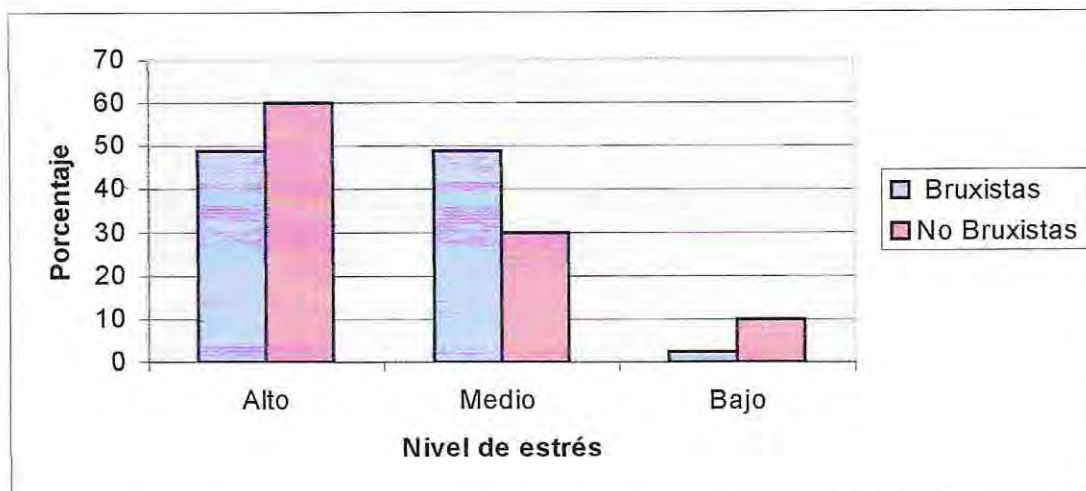


Figura No. 3. Porcentaje de pacientes bruxistas y no bruxistas y su nivel de estrés percibido.

Como se puede apreciar en la tabla No. 2, un 46,34% del grupo de pacientes bruxistas presenta estrés percibido alto, siendo menor al porcentaje del grupo de no bruxistas. Del grupo de bruxistas, un 51,22% presenta nivel de estrés percibido medio, el cual es superior al observado en el grupo de referencia. El 2,44% de los bruxistas presentan un nivel de estrés percibido bajo, siendo menor que el presentado por el grupo de no bruxistas. Finalmente, del total de pacientes con bruxismo el 97,56% presenta estrés percibido alto y medio, siendo un porcentaje similar al observado en el grupo de referencia (90%). Para estos análisis se utilizaron los puntos de corte que indican niveles de estrés percibido, sugeridos por Vera y Good (1994).

El valor entregado por el Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.020, lo que indica el grado de asociación entre el nivel de estrés percibido y la presencia o ausencia de bruxismo, no existiendo una asociación estadística significativa ya que este valor es cercano a 0.

ANÁLISIS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO N°2

Objetivo: " Describir y comparar en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas la utilización de las estrategias de afrontamiento al estrés".

Estrategia N°1: Afrontamiento Activo

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	0	0,00%	4	9,76%	7	17,07%	30	73,17%	41	100%
No Bruxistas	2	5,00%	2	5,00%	5	12,50%	31	77,50%	40	100%
Total	2	2,47%	6	7,40%	12	14,81%	61	75,31%	81	100%

Tabla No. 3. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°1.

Estrategia N°1: Afrontamiento Activo

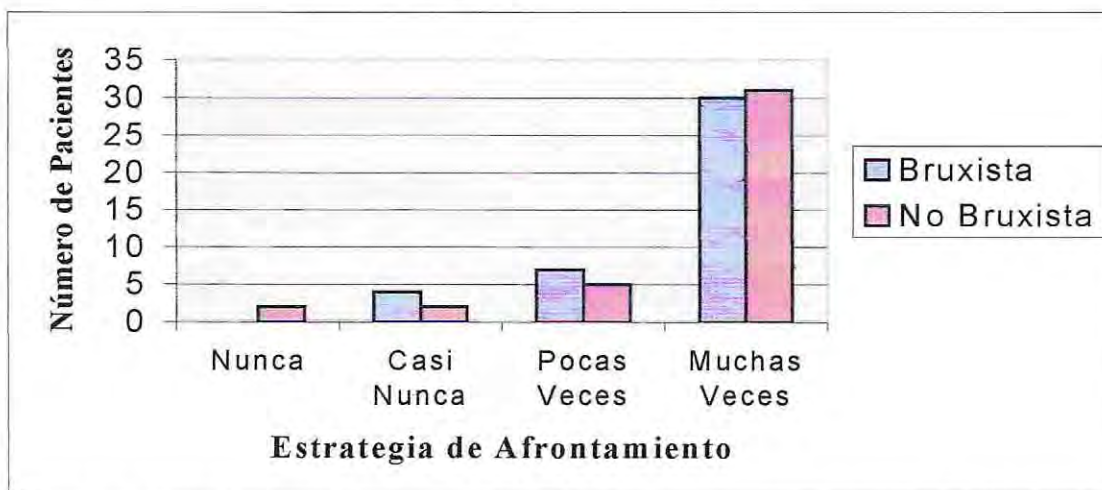


Figura No. 4. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°1.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No.3, en la categoría de respuesta "Muchas Veces", se puede apreciar que el 73,17% del total de bruxistas y el 77,50% del

total de no bruxistas prefieren esta opción, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en dicha categoría..

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B), lo que indica que no existe asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°1, correspondiente a la pregunta: “Concentré mis esfuerzos en hacer algo e intenté luchar contra mi problema o enfermedad”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°2: Planificación

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	0	0,00%	6	14,63%	13	31,70%	22	53,66%	41	100%
No Bruxistas	5	12,50%	3	7,50%	11	27,50%	21	52,50%	40	100%
Total	5	6,17%	9	11,11%	24	29,63%	43	53,09%	81	100%

Tabla No. 4. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 2.

Estrategia N°2: Planificación

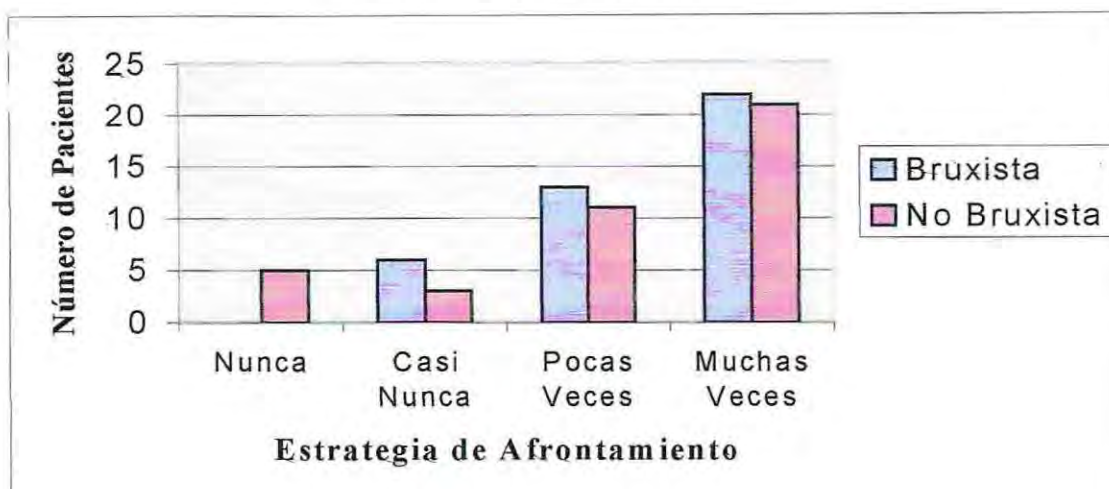


Figura No. 5. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°2.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 4, en la categoría de respuesta “Muchas Veces”, se puede apreciar que el 53,66% del total de bruxistas y el 52,50% del total de no bruxistas señalan una preferencia por esta opción, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en dicha categoría.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas, respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°2, correspondiente a la pregunta: “Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°3: Supresión de Actividades Competitivas

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	11	26,83%	5	12,19%	14	34,15%	11	26,83%	41	100%
No Bruxistas	9	22,50%	7	17,50%	11	27,50%	13	32,50%	40	100%
Total	20	24,70%	12	14,81%	25	30,86%	24	29,63%	81	100%

Tabla No. 5. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 3.

Estrategia N°3: Supresión de Actividades Competitivas

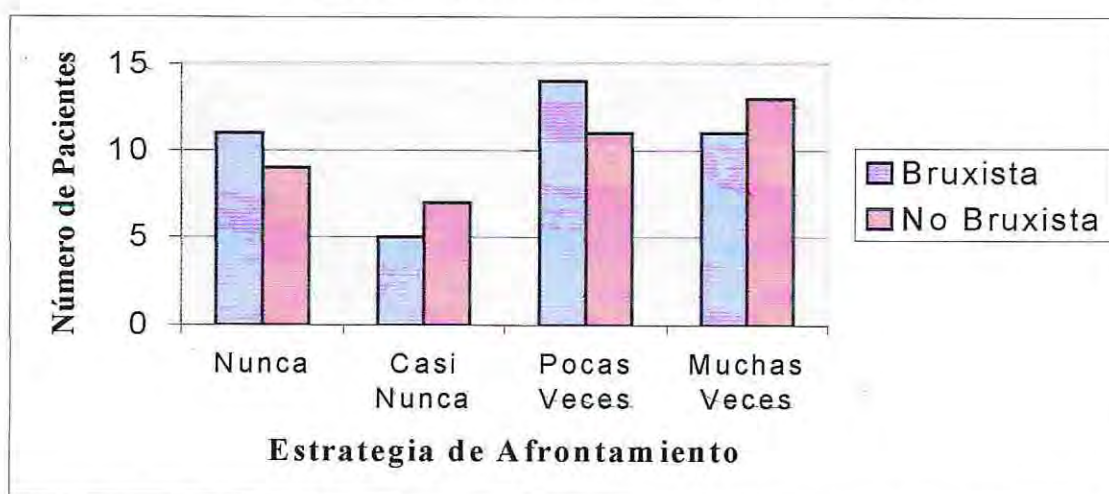


Figura No. 6. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°3.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 5, se puede observar que ambos grupos presentan una distribución similar en las cuatro categorías, no existiendo una preferencia relevante por alguna de éstas.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.018 (ver Apéndice B) lo que indica que no se presentan diferencias estadísticas significativas entre los

bruxistas y no bruxistas, respecto a la pregunta: “Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste”, correspondiente a la estrategia de afrontamiento N°3.

Estrategia N°4: Autocontrol y Contención de Manera Planificada

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	2	4,88%	7	17,07%	9	21,95%	23	56,10%	41	100%
No Bruxistas	5	12,50%	2	5,00%	14	35,00%	19	47,50%	40	100%
Total	7	8,64%	9	11,11%	23	28,40%	42	51,85%	81	100%

Tabla No. 6. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 4.

Estrategia N°4: Autocontrol y Contención de Manera Planificada



Figura No. 7. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°4.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 6, en la categoría de respuesta “Muchas Veces”, se puede apreciar que el 56,10% del total de bruxistas y el 47,50% del

total de no bruxistas prefieren esta opción, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en dicha categoría.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas, respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°4, correspondiente a la pregunta: “Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo y evité precipitarme (apurarme)”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°5: Búsqueda de Apoyo Social por
Motivos Instrumentales

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	10	24,40%	13	31,70%	3	7,32%	15	36,58%	41	100%
No Bruxistas	16	40,00%	4	10,00%	9	22,50%	11	27,50%	40	100%
Total	26	32,10%	17	20,99%	12	14,81%	26	32,10%	81	100%

Tabla No. 7. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 5.

Estrategia N°5: Búsqueda de Apoyo Social por
Motivos Instrumentales

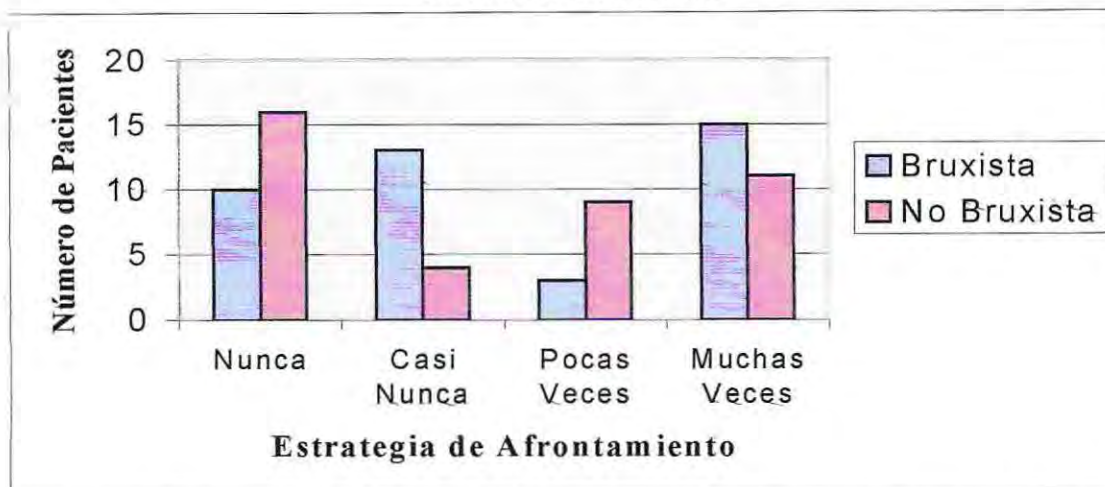


Figura No. 8. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°5.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 7, se destaca que el grupo de bruxistas presenta una preferencia en la utilización de la categoría de respuesta “Muchas Veces” con un 36,58%, mientras que en el grupo de no bruxistas se observa que el 40,00% optan por la categoría “Nunca”.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.073 (ver Apéndice B) lo que indica que no se presentan diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°5, correspondiente a la pregunta: “Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber lo que hizo él-ella”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°6: Búsqueda de Apoyo Social por
Motivos Afectivos

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	4	9,76%	8	19,51%	8	19,51%	21	51,22%	41	100%
No Bruxistas	10	25,00%	10	25,00%	9	22,50%	11	27,50%	40	100%
Total	14	17,28%	18	22,22%	17	20,99%	32	39,51%	81	100%

Tabla No. 8. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 6.

Estrategia N°6: Búsqueda de Apoyo Social por
Motivos Afectivos



Figura No. 9. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°6.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 8, el grupo de bruxistas muestra una preferencia por la categoría de respuesta “Muchas Veces” con una frecuencia relativa de 51,22%, mientras que el grupo de no bruxistas no presenta una preferencia relevante por alguna de las categorías.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas, respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°6, correspondiente a pregunta: “Traté de obtener apoyo afectivo de mis amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°7: Reinterpretación Positiva y Crecimiento

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	3	7,32%	3	7,32%	9	21,95%	26	63,41%	41	100%
No Bruxistas	0	0,00%	4	10,00%	7	17,50%	29	72,50%	40	100%
Total	3	3,70%	7	8,64%	16	19,75%	55	67,90%	81	100%

Tabla No. 9. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 7.

Estrategia N°7: Reinterpretación Positiva y Crecimiento

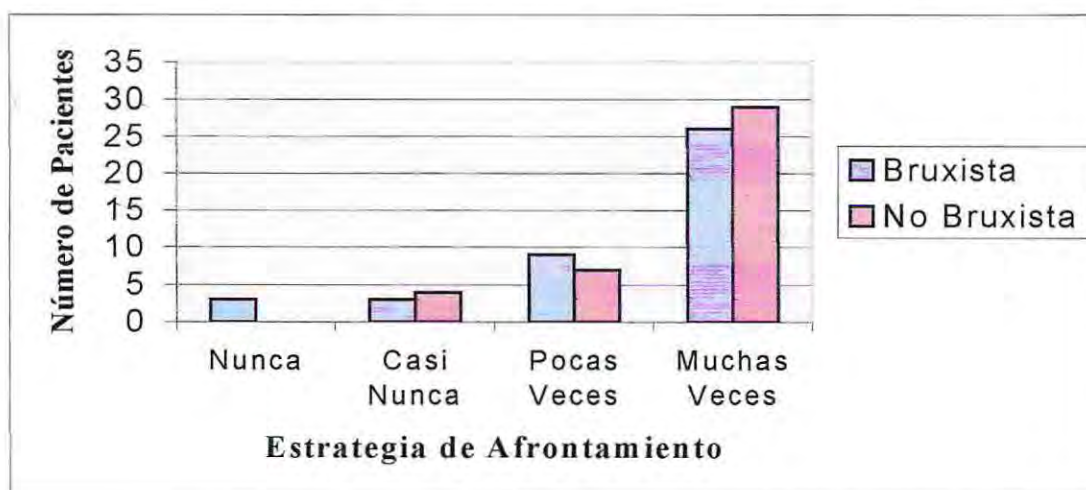


Figura No. 10. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°7.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 9, en la categoría de respuesta “Muchas Veces”, se puede apreciar que el 63,41% del total de bruxistas y el 72,50% del total de no bruxistas prefieren esta opción, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en dicha categoría.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice) lo que indica que no existe asociación entre las variables. no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°7, correspondiente a la pregunta: “Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°8: Aceptación de Responsabilidad

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	19	46,34%	4	9,76%	7	17,07%	11	26,83%	41	100%
No Bruxistas	11	27,50%	4	10,00%	5	12,50%	20	50,00%	40	100%
Total	30	37,03%	8	9,88%	12	14,81%	31	38,27%	81	100%

Tabla No. 10. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 8.

Estrategia N°8: Aceptación de Responsabilidad

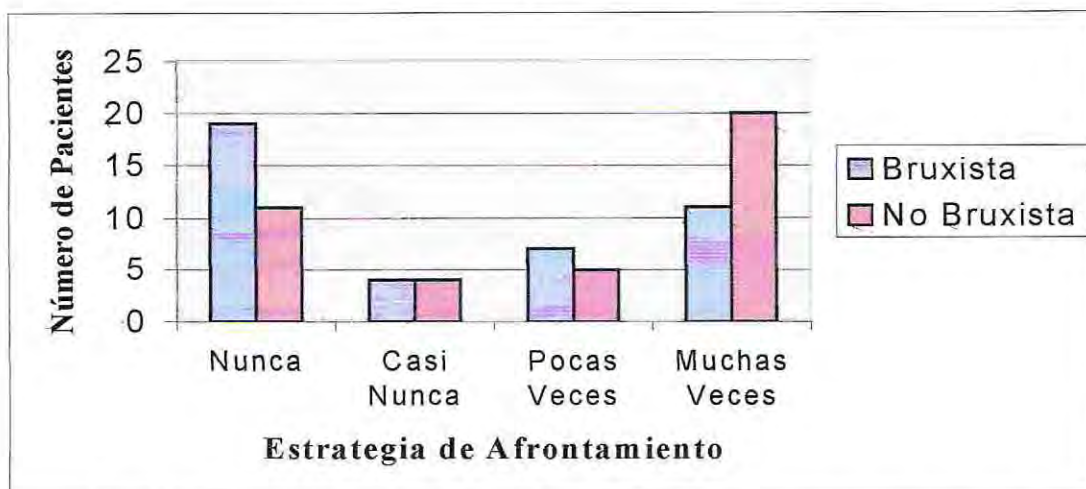


Figura No. 11. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°8.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 10, en la categoría de respuesta “Nunca”, se puede apreciar que el 46,34% del total de bruxistas prefiere esta opción, mientras que el 50,00% del total de no bruxistas prefieren la categoría de respuesta “Muchas Veces”, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en ambas categorías respectivamente.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.140 (ver Apéndice B) lo que indica que no se presentan diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°8, correspondiente a la pregunta: “Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°9: Focalización y Ventilación de Emociones

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	6	14,63%	9	21,95%	7	17,07%	19	46,34%	41	100%
No Bruxistas	6	15,00%	7	17,50%	13	32,50%	14	35,00%	40	100%
Total	12	14,81%	16	19,75%	20	24,70%	33	40,74%	81	100%

Tabla No. 11. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 9.

Estrategia N°9: Focalización y Ventilación de Emociones

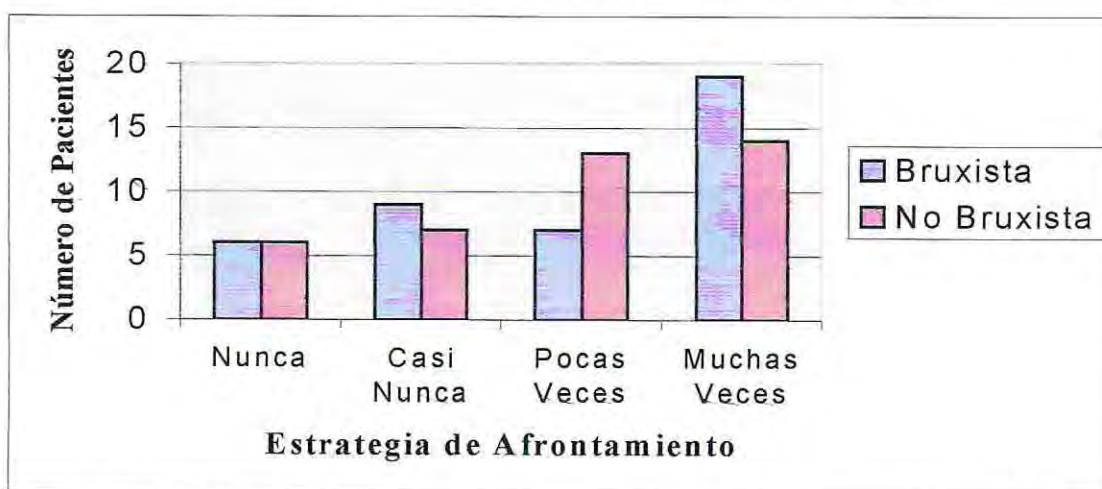


Figura No. 12. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°9.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 11, se puede apreciar que ambos grupos presentan una distribución similar en las cuatro categorías, destacándose una leve preferencia, de un 46,34%, del grupo de bruxistas en la categoría “Muchas Veces”.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.020 (ver Apéndice B) lo que indica que no se presentan diferencias estadísticas significativas entre los

bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°9, correspondiente a la pregunta: “Expresé y dejé descargarme mis sentimientos y emociones”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°10: Negación

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	21	51,22%	6	14,63%	8	19,51%	6	14,63%	41	100%
No Bruxistas	19	47,50%	4	10,00%	5	12,50%	12	30,00%	40	100%
Total	40	49,38%	10	12,34%	13	16,05%	18	22,22%	81	100%

Tabla No. 12. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 10.

Estrategia N°10: Negación



Figura No. 13. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°10.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 12, en la categoría de respuesta “Nunca”, se puede apreciar que el 51,22% del total de bruxistas y el 47,50% del total de no bruxistas prefieren esta opción, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en dicha categoría.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe asociación entre las variables, no presentan diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°10, correspondiente a la pregunta: “Me negué o resistí a creer lo que había ocurrido”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°11: Descompromiso Conductual

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	23	56,10%	9	21,95%	7	17,07%	2	4,88%	41	100%
No Bruxistas	15	37,50%	9	22,50%	5	12,50%	11	27,50%	40	100%
Total	38	46,91%	18	22,22%	12	14,81%	13	16,05%	81	100%

Tabla No. 13. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 11.

Estrategia N°11: Descompromiso Conductual



Figura No. 14. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°11.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 13, en la categoría de respuesta “Nunca”, se puede apreciar que el 56,10% del total de bruxistas y el 37,50% del total de no bruxistas prefieren esta opción, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en dicha categoría.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°11, correspondiente a la pregunta: “Admití que no era capaz de enfrentar o hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°12: Descompromiso Mental

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	16	39,03%	13	31,70%	5	12,19%	7	17,07%	41	100%
No Bruxistas	13	32,50%	6	15,00%	11	27,50%	10	25,00%	40	100%
Total	29	35,80%	19	23,46%	16	19,75%	17	20,99%	81	100%

Tabla No. 14. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 12.

Estrategia N°12: Descompromiso Mental

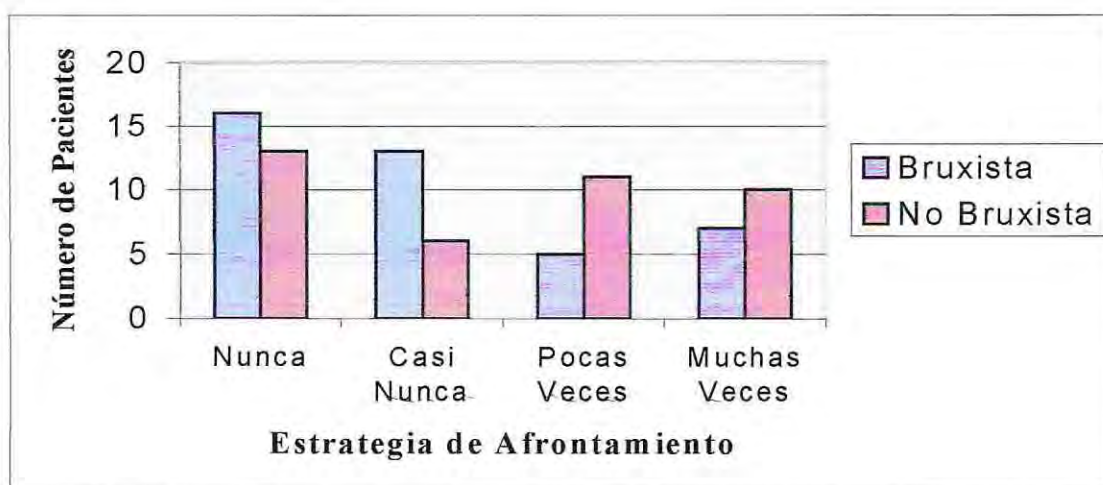


Figura No. 15. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°12.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 14, se puede apreciar que ambos grupos presentan una distribución similar en las cuatro categorías, no existiendo una preferencia relevante por alguna de éstas.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la

estrategia de afrontamiento N°12, correspondiente a la pregunta: “Me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada”.

Estrategia N°13: Descompromiso Mediante Alcohol y Drogas

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	36	87,80%	1	2,44%	3	7,32%	1	2,44%	41	100%
No Bruxistas	32	80,00%	4	10,00%	2	5,00%	2	5,00%	40	100%
Total	68	83,95%	5	6,17%	5	6,17%	3	3,70%	81	100%

Tabla No. 15. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 13.

Estrategia N°13: Descompromiso Mediante Alcohol y Drogas



Figura No. 16. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°13.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 15, en la categoría de respuesta “Nunca”, se puede apreciar que el 87,80% del total de bruxistas y el 80,00% del total de

no bruxistas prefieren esta opción, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en dicha categoría.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°13, correspondiente a la pregunta: “Salí a beber o tomar unas copas de trago para olvidar el problema o pensar menos en él”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°14: Autocontrol (No Expresión de Emociones)

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	9	21,95%	8	19,51%	11	26,83%	13	31,70%	41	100%
No Bruxistas	10	25,00%	4	10,00%	7	17,50%	19	47,50%	40	100%
Total	19	23,46%	12	14,81%	18	22,22%	32	39,50%	81	100%

Tabla No. 16. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 14.

Estrategia N°14: Autocontrol (No Expresión de Emociones)

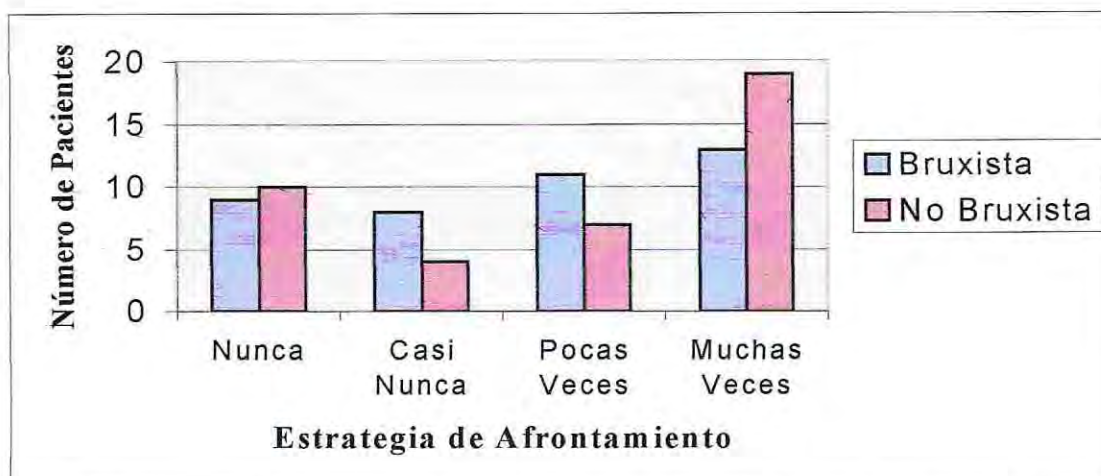


Figura No.17. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°14.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 16, se puede apreciar que ambos grupos presentan una distribución similar en las cuatro categorías, sin embargo existe una leve preferencia de un 47,50%, del grupo no bruxista en la categoría “Muchas Veces”.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe una asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas, respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°14, correspondiente a la pregunta: “Intenté guardar para mí mis sentimientos”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°15: Escape y Evitación

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	6	14,63%	4	9,76%	11	26,83%	20	48,78%	41	100%
No Bruxistas	9	22,50%	7	17,50%	9	22,50%	15	37,50%	40	100%
Total	15	18,52%	11	13,58%	20	24,70%	35	43,21%	81	100%

Tabla No. 17. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 15.

Estrategia N°15: Escape y Evitación



Figura No. 18. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°15.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 17, se puede apreciar que ambos grupos presentan una distribución similar en las cuatro categorías, sin embargo existe una leve preferencia de un 48,78%, del grupo bruxista en la categoría “Muchas Veces”.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe una asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los

bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°15, correspondiente a la pregunta: “Fantaseé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas”.

Estrategia N°16: Confrontación Directa

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	15	36,58%	5	12,19%	7	17,07%	14	34,15%	41	100%
No Bruxistas	21	52,50%	4	10,00%	7	17,50%	8	20,00%	40	100%
Total	36	44,44%	9	11,11%	14	17,28%	22	27,16%	81	100%

Tabla No. 18. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 16.

Estrategia N°16: Confrontación Directa

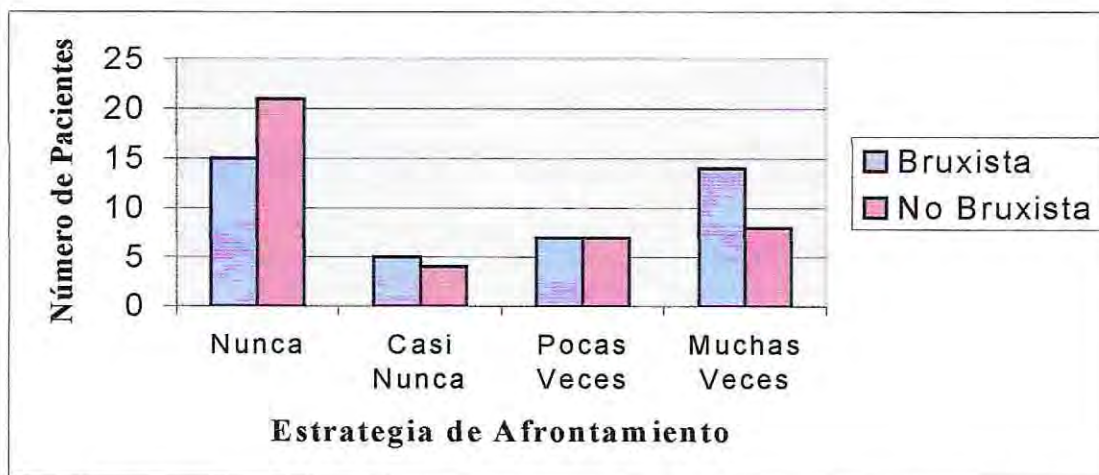


Figura No. 19. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°16.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 18, en la categoría de respuesta “Nunca”, se puede apreciar que el 52,50% del total de no bruxistas prefieren esta opción,

de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra en dicha categoría para este grupo.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe una asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°16, correspondiente a la pregunta: “Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Estrategia N°17: Aceptación de Responsabilidad y Autocrítica

	Nunca	%	Casi Nunca	%	Pocas Veces	%	Muchas Veces	%	Total	%
Bruxista	12	29,27%	4	9,76%	7	17,07%	18	43,90%	41	100%
No Bruxistas	10	25,00%	4	10,00%	9	22,50%	17	42,50%	40	100%
Total	22	27,16%	8	9,88%	16	19,75%	35	43,21%	81	100%

Tabla No. 19. Frecuencia y porcentajes de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N° 17.

Estrategia N°17: Aceptación de Responsabilidad y Autocrítica

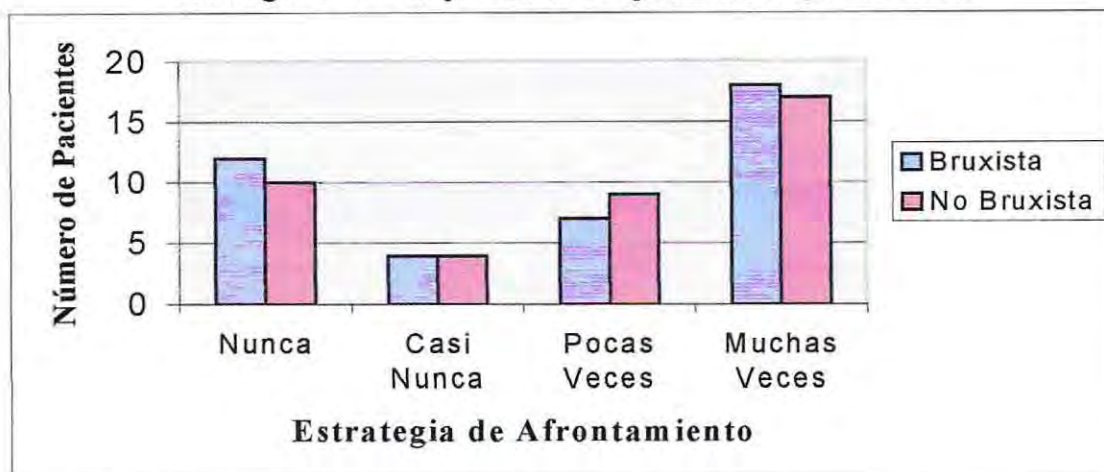


Figura No. 20. Distribución de pacientes bruxistas y no bruxistas en relación a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°17.

Al observar las frecuencias relativas de la tabla No. 19, en la categoría de respuesta “Muchas Veces”, se puede apreciar que el 43,90% del total de bruxistas y el 42,50% del total de no bruxistas prefieren esta opción, de esta forma, la distribución de frecuencias se concentra levemente en dicha categoría.

El índice de asociación Lambda de Goodman and Kruskal es de 0.000 (ver Apéndice B) lo que indica que no existe una asociación entre las variables, no presentándose diferencias estadísticas significativas entre los bruxistas y no bruxistas respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento N°17, correspondiente a la pregunta: “Analice mi responsabilidad en el problema y me critiqué a mi mismo por lo ocurrido”, es decir, ambos grupos presentan una distribución similar.

Resumen de Coeficientes Lambda de Goodman and Kruskal

Estrategia	Lambda	Estrategia	Lambda	Estrategia	Lambda	Estrategia	Lambda
P1	<i>0,000</i>	P5	<i>0,073</i>	P9	<i>0,020</i>	P13	<i>0,000</i>
P2	<i>0,000</i>	P6	<i>0,000</i>	P10	<i>0,000</i>	P14	<i>0,000</i>
P3	<i>0,018</i>	P7	<i>0,000</i>	P11	<i>0,000</i>	P15	<i>0,000</i>
P4	<i>0,000</i>	P8	<i>0,140</i>	P12	<i>0,000</i>	P16	<i>0,000</i>
						P17	<i>0,000</i>

Tabla No. 20. Coeficientes Lambda de Goodman and Kruskal de asociación entre bruxistas y no bruxistas y la utilización de cada una de las estrategias de afrontamiento.

Como se puede apreciar en la tabla No. 20, a partir de la aplicación del Coeficiente Lambda de Goodman and Kruskal, ninguna de las estrategias de afrontamiento al estrés resulta asociada de forma estadísticamente significativa a la presencia o ausencia de bruxismo, es decir, ambos grupos no presentan diferencias en la utilización de dichas estrategias.

ANÁLISIS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 3.

Objetivo: "Identificar posibles asociaciones entre los niveles de bruxismo y los niveles de estrés percibido “.

Niveles de Bruxismo

	Frecuencia	%
Severo	14	34,15%
Moderado	24	58,54%
Leve	3	7,32%
Total	41	100%

Tabla No. 21. Niveles de bruxismo y su frecuencia.

Niveles de Bruxismo

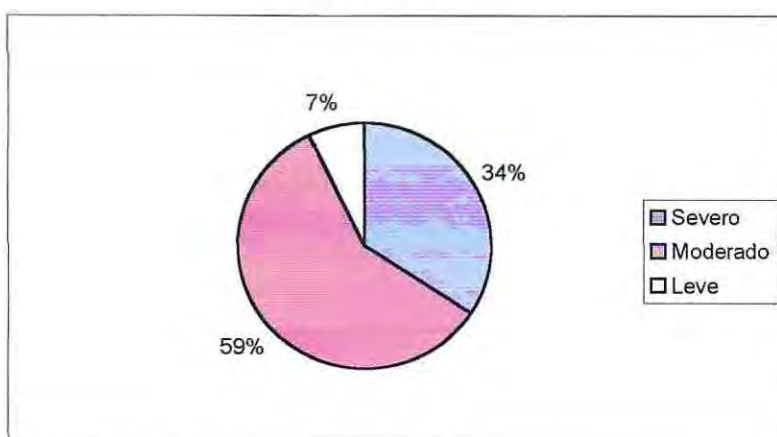


Figura No. 21. Porcentaje de los Niveles de bruxismo (n=41).

Del análisis de los datos se puede observar que un 34% de los pacientes presentan bruxismo severo, un 59% bruxismo moderado, y sólo un 7% lo presenta en forma leve, de esta manera, la mayor concentración de pacientes se encuentra en el nivel moderado de bruxismo.

Frecuencia de Niveles de Bruxismo y Niveles de Estrés

Nivel de Estrés	Nivel de Bruxismo			Total
	Leve	Moderado	Severo	
Bajo	0	1	0	1
Medio	2	14	5	21
Alto	1	9	9	19
Total	3	24	14	41

Tabla No. 22. Frecuencias de niveles de bruxismo y niveles de estrés.

Porcentaje de Niveles de Bruxismo y Niveles de Estrés

Nivel de Estrés	Nivel de Bruxismo			Total
	Leve	Moderado	Severo	
Bajo	0%	2%	0%	2%
Medio	5%	34%	12%	51%
Alto	2%	22%	22%	46%
Total	7%	59%	34%	100%

Tabla No. 23. Porcentajes de niveles de bruxismo y niveles de estrés.

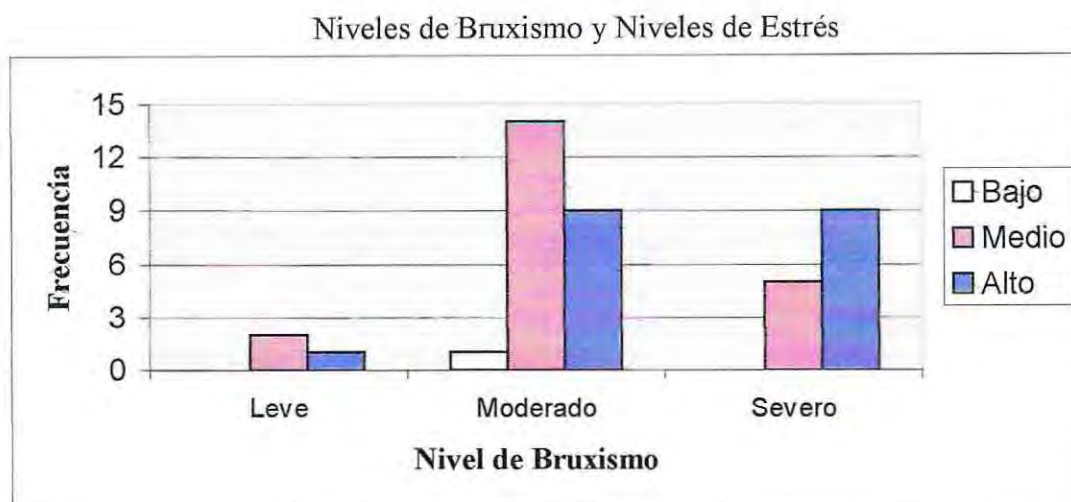


Figura No. 22. Frecuencias de niveles de bruxismo y niveles de estrés.

Considerando las frecuencias relativas de la tabla No. 23, la mayor concentración de los datos se encuentra en el cruce de las categorías bruxismo moderado y severo y estrés percibido medio y alto, con un 90% de los bruxistas. Se puede observar que del total de pacientes, el 34,00% presenta estrés medio y nivel de bruxismo moderado, el 12% presenta estrés medio y bruxismo severo, el 22% presenta estrés alto y bruxismo moderado y el 22% presenta estrés alto y bruxismo severo.

De la aplicación del índice Kendall's Tau-b (ver apéndice B) a las frecuencias presentadas en la tabla No. 22 y figura No. 22 se obtuvo un coeficiente de 0,245, lo que indica que existe una leve asociación positiva, es decir, a mayor severidad del bruxismo, mayor es el nivel de estrés percibido. Esta asociación no alcanza a ser estadísticamente significativa (ver apéndice B).

ANÁLISIS DEL OBJETIVO
ESPECÍFICO N°4

Objetivo: “Identificar posibles asociaciones entre los niveles de bruxismo y la utilización de las estrategias de afrontamiento al estrés.”

Asociación Kendall Tau-c entre Niveles de Bruxismo
y Estrategias de Afrontamiento

Estrategias Centradas en el Problema	Índice	Estrategias Centradas en la Emoción	Índice
1. Afrontamiento activo	-0.134	6. Búsqueda de apoyo social por motivos afectivos	-0.207
2. Planificación	0.045	7. Reinterpretación positiva y crecimiento	-0.148
3. Supresión de actividades competitivas	0.123	8. Aceptación de responsabilidad	-0.118
4. Autocontrol y contención de manera planificada	-0.152	9. Focalización y ventilación de emociones	-0.202
5. Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales	0.04	14. Autocontrol (no expresión de emociones)	-0.025
10. Negación	-0.220	15. Escape y evitación	0.064
11. Descompromiso conductual	0.100	16. Confrontación directa	-0.009
12. Descompromiso mental	-0.011	17. Aceptación de responsabilidad y autocrítica	0.186
13. Descompromiso mediante alcohol y drogas	0.037		

Tabla No. 24. Resumen de índice de asociación Kendall Tau-c (ver apéndice B) entre niveles de bruxismo y utilización de estrategias de afrontamiento (ver apéndice C).

Como se puede apreciar en la tabla No. 24, los niveles de bruxismo no presentan asociación estadísticamente significativa con ninguna de las estrategias de afrontamiento al estrés. Sin embargo se pueden observar algunas preferencias en la utilización de dichas estrategias.

La estrategia aceptación de responsabilidad y autocrítica (centrada en la emoción) presenta una leve asociación positiva (ver apéndice B) con los niveles de bruxismo, es decir, a mayor severidad del bruxismo, mayor es la utilización de esta estrategia.

Las estrategias, negación (centrada en el problema), búsqueda de apoyo social por motivos afectivos y focalización y ventilación de emociones (centradas en la emoción), presentan una leve asociación negativa con los niveles de bruxismo, es decir, a mayor severidad del bruxismo, menor es la utilización de estas estrategias.

Finalmente, las restantes estrategias de afrontamiento presentan valores muy cercanos a 0 y por tanto, no se consideran asociaciones leves.

ANÁLISIS DEL OBJETIVO
ESPECÍFICO N°5

Objetivo: “Identificar posibles asociaciones entre los niveles de estrés percibido y la utilización de estrategias de afrontamiento en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas.”

Asociación Kendall Tau-c entre el Nivel de Estrés y Estrategias
de Afrontamiento en Bruxistas y No Bruxistas

Estrategias Centradas en el Problema	Índice en Bruxistas	Índice en No Bruxistas
1. Afrontamiento activo	-0.071	-0.009
2. Planificación	0.023	0.004
3. Supresión de actividades competitivas	0.157	-0.060
4. Autocontrol y contención de manera planificada	0.162	-0.047
5. Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales	-0.025	-0.143
10. Negación	-0.168	0.105
11. Descompromiso conductual	-0.079	-0.321
12. Descompromiso mental	-0.023	-0.043
13. Descompromiso mediante alcohol y drogas	0.054	-0.094

Tabla No. 25. Resumen de Índice de Asociación Kendall Tau-c (ver apéndice B) entre el nivel de estrés percibido y la utilización de estrategias de afrontamiento en grupo de bruxistas y en grupo de no bruxistas (ver apéndice D).

Estrategias Centradas en la Emoción	Índice en Bruxistas	Índice en No Bruxistas
6. Búsqueda de apoyo social por motivos afectivos	0.007	0.135
7. Reinterpretación positiva y crecimiento	-0.193	-0.146
8. Aceptación de responsabilidad	0.023	-0.081
9. Focalización y ventilación de emociones	-0.175	0.038
14. Autocontrol (no expresión de emociones)	0.109	-0.109
15. Escape y evitación	0.173	0.158
16. Confrontación directa	-0.137	-0.036
17. Aceptación de responsabilidad y autocrítica	0.214	-0.011

Tabla No. 25. – Continuación.

Como se puede apreciar en la tabla No. 25, los niveles de estrés no presentan asociación estadísticamente significativa con ninguna de las estrategias de afrontamiento al estrés, tanto en el grupo de pacientes bruxistas como en el grupo de pacientes no bruxistas. Sin embargo, se pueden observar algunas leves asociaciones entre las estrategias y los niveles de estrés en ambos grupos, considerando asociación leve a partir de ± 0.107 .

Las estrategias que presentan una leve asociación positiva con los niveles de estrés, en el grupo de bruxistas son: reinterpretación positiva y crecimiento, escape y evitación, aceptación de responsabilidad y autocrítica (centradas en la emoción). Es decir, a mayor nivel de estrés, mayor es la utilización de estas estrategias dentro del grupo de bruxistas.

La estrategia focalización y ventilación de emociones (centrada en la emoción) presenta una leve asociación negativa con los niveles de estrés en el grupo de bruxistas. Esto es, a mayor nivel de estrés, menor es la utilización de esta estrategia dentro del grupo bruxistas.

Respecto del grupo de no bruxistas la estrategia descompromiso conductual (centrada en el problema) presenta una leve asociación negativa con los niveles de estrés, esto es, a menor nivel de estrés mayor es la utilización de esta estrategia en el grupo de no bruxistas.

Finalmente, las estrategias que no han sido mencionadas presentan valores muy cercanos a 0 y por tanto, no se consideran asociaciones leves.

CAPITULO 5

DISCUSIÓN

IMPLICANCIAS DE LOS RESULTADOS

A partir de los resultados obtenidos y sus correspondientes análisis estadísticos se puede señalar que la asociación existente entre bruxismo, estrés percibido y estrategias de afrontamiento al estrés no es estadísticamente significativa, respondiendo de esta forma a la pregunta central de la presente investigación: “cual es la asociación existente entre bruxismo, estrés percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de pacientes con diagnóstico de bruxismo en comparación con un grupo de pacientes no bruxistas”.

Respecto al objetivo específico N° 1: “describir y comparar en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas la presencia de estrés percibido y los niveles de estrés percibido” se puede apreciar que no existe evidencia estadística de asociación entre las variables mencionadas. Esta conclusión, se obtuvo a partir de la comparación de ambos grupos, sin embargo si se toma en consideración únicamente a los pacientes bruxistas, se podría señalar que el nivel de estrés en este grupo es alto, ya que cerca de la mitad de ellos presentan estrés percibido y un 97,56% se distribuye entre estrés medio y alto.

Así como los niveles de estrés percibido son altos en el grupo de bruxistas, se puede apreciar que el grupo de referencia presenta niveles similares, por tanto la variable estrés percibido no es característica de alguno de los grupos en particular, sino que se presenta con altos índices en la muestra total.

En cuanto al objetivo específico N° 2: “describir y comparar en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas la utilización de las estrategias de afrontamiento al estrés”, se puede observar que ambos grupos de estudio no presentan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las 17 estrategias. Si bien el instrumento utilizado en la medición de las estrategias de afrontamiento no permite hablar de un perfil, dada su sencillez, si muestra algunos elementos en la utilización de dichas estrategias. Si el grupo de bruxistas es considerado por sí solo y se observa su frecuencia relativa en la categoría “Muchas Veces” se puede señalar que más de la mitad de estos pacientes prefiere las estrategias de: afrontamiento activo, planificación, autocontrol y contención de manera planificada, búsqueda de apoyo social por motivos afectivos, reinterpretación positiva y crecimiento. Destacándose con las frecuencias mas altas afrontamiento activo y reinterpretación positiva y crecimiento.

A partir de estos resultados, se podría haber concluido que los bruxistas se caracterizarían por utilizar un patrón cercano al tipo A de conducta, esto debido a que según Lazarus y Folkman (1986) este patrón incluye formas de afrontamiento caracterizadas por alcanzar mayor control de las situaciones y estrategias que permiten aceptar la falta de tal control sin ocasionar por ello trastorno alguno. Además, las estrategias utilizadas mayormente por el grupo de bruxistas se relacionan con la solución de problemas, siendo esto una forma de afrontamiento que lleva a alcanzar un mayor control de los encuentros estresantes (D’Zurilla, 1986 cit. en Labrador, 1995).

Por otra parte, escape y evitación es utilizada por casi la mitad del total de pacientes bruxistas en la categoría “Muchas Veces” y correspondería a una estrategia desadaptativa, que ha sido considerada en la mayoría de los casos una inadecuada forma de afrontamiento, ya que se ha descubierto que posee una relación positiva con las disfunciones físicas y mentales (De Jong, Van Sonderen y M. G. Emmelkamp, 1999).

Finalmente y como se mencionó con anterioridad, ambos grupos, bruxistas y no bruxistas, no presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la utilización de las estrategias de afrontamiento.

Se ha mencionado que diversas investigaciones señalan que el bruxismo está relacionado con el estrés, es por ello que a partir del objetivo N°3 se pretendió profundizar esta relación, explorando si las variables se asociaban en alguna dirección. El objetivo específico N° 3 se formuló como “identificar posibles asociaciones entre los niveles de bruxismo y los niveles de estrés percibido” y se puede señalar, a partir de los análisis efectuados, que existe una leve asociación positiva entre las variables, es decir, a mayor nivel de estrés, mayor nivel de bruxismo, sin embargo esta asociación no es estadísticamente significativa.

Respecto del objetivo específico N° 4: “identificar posibles asociaciones entre los niveles de bruxismo y la utilización de las estrategias de afrontamiento al estrés” se puede señalar que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, sin embargo se observa que este grupo utilizaría la estrategia aceptación de responsabilidad y autocrítica, cuando la severidad del bruxismo es mayor. Así mismo, las estrategias búsqueda de apoyo social por motivos afectivos, focalización y ventilación

de emociones y negación, son menos utilizadas a mayor severidad del bruxismo. No es pertinente señalar que una u otra de las estrategias mencionadas es más o menos adaptativa por si misma, ya que como señalan Lazarus y Folkman (1986) estas dependen del contexto en que son utilizadas.

De acuerdo al objetivo específico N° 5: “Identificar posibles asociaciones entre los niveles de estrés percibido y la utilización de estrategias de afrontamiento en un grupo de bruxistas y un grupo de no bruxistas.”, se puede señalar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, sin embargo, al ser comparados existen ciertas asociaciones relevantes de mencionar. Las leves asociaciones encontrada se ubican en el grupo de pacientes bruxistas y corresponden a estrategias centradas en la emoción, destacándose que a mayor nivel de estrés percibido los pacientes bruxistas utilizan más la reinterpretación positiva y crecimiento, escape y evitación y la aceptación de responsabilidad y autocrítica, mientras que no utilizan la focalización y ventilación de emociones. Por el contrario los pacientes no bruxistas no presentan asociaciones entre el nivel de estrés percibido y la utilización de dichas estrategias.

A partir de lo anteriormente señalado, en el presente estudio se rechaza la hipótesis planteada: “El grupo de pacientes bruxistas presenta mayor estrés percibido en comparación con el grupo de no bruxistas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.”

En contraposición con los resultados obtenidos, distintas investigaciones (Echeverri y Sencherman, 1995; Okeson, 1996) señalan al estrés como uno de los factores

etiológicos relevantes con respecto al bruxismo. Existen distintas explicaciones para comprender estas diferencias, en primer lugar cabe aclarar que como se ha mencionado con anterioridad éstos estudios no señalan la utilización de grupos comparativos de pacientes no bruxistas, lo que podría influir en las conclusiones. Como se pudo apreciar a lo largo de la discusión, los resultados y las conclusiones del presente estudio hubiesen sido diferentes si solo se hubiera considerado al grupo de pacientes bruxistas, sin comparar los resultados con un grupo de referencia.

En segundo lugar, estas diferencias se pueden atribuir a que en su mayoría las investigaciones utilizan un modelo de estrés basado en eventos estresantes o respuestas fisiológicas del individuo y no un modelo cognitivo del estrés, derivándose de ello la utilización de diferentes instrumentos de medición. A este respecto, Lazarus y Folkman (1986) señalan que el estrés se investiga a nivel fisiológico, psicológico y sociológico y que el estrés experimentado a un determinado nivel de análisis no significa forzosamente que sea experimentado en otro distinto o de la misma forma, por ejemplo una persona que experimenta estrés fisiológico no tiene necesariamente que padecer estrés psicológico y estrés a nivel social.

Finalmente, cabe recordar que al hablar de bruxismo se está haciendo mención a una parafunción multicausada, que se caracteriza por ser muy compleja y de la cual aún no existe consenso respecto de su etiología y tratamiento. Debido a esto, es posible que para comprender los resultados de la presente investigación sea necesario mencionar que no solo el estrés puede estar presente en estos pacientes, sino que existen múltiples factores

que al presentarse en conjunto pueden dar origen a este trastorno. En la presente investigación se pretendió explorar una de las variables psicológicas que se ha señalado como relacionada con este fenómeno, aportando de esta manera al conocimiento existente hasta ahora.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio consta de ciertas limitaciones relacionadas con las características de diseño y procedimientos metodológicos utilizados.

A este respecto se puede señalar, en primer lugar, la falta de una adecuada estandarización de los instrumentos empleados en la medición de estrés, con puntos de cortes no representativos de la población general. Así mismo, el diagnóstico de bruxismo y la clasificación según niveles fue realizada a partir de la observación clínica de profesionales y a partir de la aplicación de un cuestionario experimental que no ha sido validado, dado que no existe hasta el momento un instrumento que permita evaluar bruxismo.

En segundo lugar, el instrumento utilizado para medir las estrategias de afrontamiento al estrés no permite hablar de un perfil de afrontamiento ni realizar especificaciones en el análisis, dado que la medición es de carácter general.

En tercer lugar, los resultados de esta investigación no son generalizables al resto de la población, debido a su carácter exploratorio descriptivo, al reducido tamaño de la muestra y a la intencionalidad de los sujetos de estudio. Por tanto, las conclusiones están

referidas a la muestra específica, en un contexto y tiempo determinado. Por otra parte, dado que la muestra es no probabilística, resulta difícil hacer comparaciones intragrupos para algunos análisis, por ejemplo, los pacientes no se distribuyeron homogéneamente en las categorías de severidad del bruxismo y por ello no eran comparables en cuanto a frecuencias, respecto de otras variables.

Finalmente, pueden haber existido ciertas variables intervinientes que afectaron a ambos grupos de estudio, tales como trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicósomáticos, etc. que no fueron controlados dentro de la presente investigación y que pudieron haber afectado los resultados obtenidos.

PROYECCIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

La presente investigación pretendió explorar las asociaciones entre bruxismo, estrés percibido y la utilización de estrategias de afrontamiento al estrés, sin embargo, es relevante indagar acerca de otras variables relacionadas a este fenómeno, como son factores de personalidad, especialmente neuroticismo, ansiedad, depresión, trastornos psicósomáticos, otras parafunciones, factores sociodemográficos, apoyo social, etc. para alcanzar un mayor conocimiento del bruxismo, ya que se ha mencionado con anterioridad que esta parafunción se caracteriza por ser un fenómeno multicausado.

Finalmente, sería interesante realizar estudios longitudinales acerca de este fenómeno para observar la evolución y variación de esta parafunción.

REFERENCIAS

- Amigo, I.; Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. España: Pirámide.
- Ash, M. y Ramfjord, S. (1996). Oclusión. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Battegay, R. (1981). La Agresión. Barcelona: Heider.
- Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.). (1995). Manual de Psicopatología, Volumen I. España: McGraw – Hill.
- Brown, P. y Kröger, K. (1979). Seminario de Tesis, Estudio del Bruxismo y su Tratamiento Mediante Biofeedback Electromiográfico. Valparaíso: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Odontología.
- Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: Aspectos Generales. En A. Fierro. (Ed). Manual de Psicología de la Personalidad, 177- 208. Ed. Paidós. Barcelona.
- Canavos, G. (1988). Probabilidad y Estadística: Aplicaciones y Métodos. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Garrett, H. (1990). Estadística en Psicología y Educación. México: Paidós.
- Hampson, S. (1986). La Construcción de la Personalidad. España: Paidós.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

- Honores, E. y Naranjo, V. (1998). Programa de Preparación para la Jubilación Basado en Estrategias de Afrontamiento en Trabajadores Próximos al Retiro Laboral. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Chile: Universidad de Valparaíso.
- Kerlinger, F. (1988). Investigación del Comportamiento. México: McGraw- Hill.
- Kleinmuntz, B. (1980). Elementos de Psicología Anormal. México: Continental.
- Labrador, F.; Cruzado, J y Muñoz, M. (1993). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conductas. Madrid: Pirámide S.A.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. España: Martínez Roca.
- Manns, A. y Díaz, G. (1988). Sistema Estomatognático. Santiago: Universidad de Chile.
- Nunnally, C. (1973). Introducción a la Medición Psicológica. Buenos Aires: Paidós.
- Okeson, P. (1996). Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. Madrid: Mosby Doyma Libros.
- Pervin, L. (1998). La Ciencia de la Personalidad. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Rubiano, M. (1993). Placa Neuro-mio-relajante. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, S.A.
- Sencherman, G. y Echeverri, E. (1995). Neurofisiología de la Oclusión. Bogotá: Monserrate.
- Shore, A. (1983). Disfunción Temporomandibular y Equilibrio Oclusal. Argentina: Mundi S.A.I.C. y F.
- Siegel, S. (1990). Estadística no Paramétrica. México: Trillas.

- Sierra, B. (1992). Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios . España: Paraninfo.
- Trucco, M. y Vargas, L. (1981). Stress, Salud y Trabajo en la Sociedad Contemporánea. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1990). Psicobiología del Estrés. España: Martínez Roca.
- Vera, A. y Wood, P. (1994). Un Modelo Explicativo de la Salud Mental Basado en Categorías Psicosociales: Descripción Teórica de sus Componentes, Construcción de una Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores Psicosociales y Prueba Empírica del Modelo. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Wayne, D. (1996). Estadística con Aplicaciones a las Ciencias Sociales y a la Educación. México: Ed. McGraw-Hill.
- Revista de Psicología General y Aplicada. (Julio de 1995) Vol. 48. Ed. Promolibro. Valencia.
- Revista de Psicología General y Aplicada. (Julio 1994). Vol 47. Ed. Promolibro. Valencia.
- Revista Latinoamericana de Psicología. (1995). Vol. 27. Ed. Javegeraf. Bogotá.
- Revista Psychotherapy and Psychosomatics (1999). Vol. 68. Ed. Karger. Amsterdam.
- http://www.cofaran.es/prog9596/tema5_3.html
- [http://ourworld.compuserve.com/homepages/ROBERTO MURGIA/rechina.htm](http://ourworld.compuserve.com/homepages/ROBERTO_MURGIA/rechina.htm)
- <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

APÉNDICE - A
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ESTRÉS PERCIBIDO

A continuación se exponen una serie de preguntas. Por favor, léalas cuidadosamente y respóndalas escribiendo una "X" bajo la alternativa que exprese su opinión.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Casi siempre
1. En el último mes, ¿cuántas veces se sintió mal por algo que le sucedió repentinamente?					
2. En el último mes, ¿cuántas veces sintió que era incapaz de controlar las cosas importantes que le estaban sucediendo en su vida?					
3. En el último mes, ¿cuántas veces se sintió nervioso o "estresado"?					
4. En el último mes, ¿cuántas veces ha superado con éxito las situaciones fastidiosas (aburridas) de la vida?					
5. En el último mes, ¿cuántas veces sintió que estaba haciendo frente a algo, en forma eficaz, algún cambio importante de su vida?					
6. En el último mes, ¿cuántas veces se sintió confiado en su habilidad para manejar sus problemas personales?					
7. En el último mes, ¿cuántas veces sintió que las cosas iban a tener un resultado positivo para usted?					
8. En el último mes, ¿cuántas veces se dio cuenta que no podía hacerle frente a todas las cosas que le estaban sucediendo?					
9. En el último mes, ¿cuántas veces pudo controlar las situaciones fastidiosas (aburridas) de su vida?					
10. En el último mes, ¿cuántas veces se enojó por cosas que estaban fuera de su control?					
11. En el último mes, ¿cuántas veces fue capaz de controlar la manera en que invertía (ocupaba) su tiempo?					
12. En el último mes, ¿cuántas veces sintió que se amontonaban tanto los problemas y que no había manera de poder solucionarlos?					

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

A continuación usted leerá un conjunto de afirmaciones que describen las distintas cosas que hacen las personas para enfrentar diversos problemas personales.

Antes de que usted proceda a contestar dichas afirmaciones debe recordar y describir una situación problema que a usted le halla ocurrido en este último tiempo, y que considere que fue LA MAS PREOCUPANTE E IMPACTANTE para usted.

Describa la situación más preocupante o impactante para usted.

En relación a la situación que usted describe como el problema más preocupante e impactante, indique cual de las siguientes cosas hizo usted para enfrentar esa situación. **DEBE RESPONDER A TODAS LAS AFIRMACIONES Y MARCAR SOLO UNA DE LAS ALTERNATIVAS QUE ESTAS CONSIDERAN.**

	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Muchas veces
1. Concentré mis esfuerzos en hacer algo e intenté luchar contra mi problema o enfermedad.				
2. Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí.				
3. Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste.				
4. Meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo y evité precipitarme (apurarme).				
5. Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo él/ella.				
6. Traté de obtener apoyo afectivo de mis amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.				
7. Aprendí algo de la experiencia; crecí o mejoré como persona.				
8. Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada.				
9. Expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones.				
10. Me negué o resistí a creer lo que había ocurrido.				

	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Muchas veces
11. Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.				
12. Me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada				
13. Salí a beber o tomar unas copas de trago para olvidar el problema o pensar menos en el.				
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.				
15. Fantaseé o imaginé el momento en que podría cambiar las cosas.				
16. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema.				
17. Analicé mi responsabilidad en el problema y me criticé a mí mismo por lo ocurrido.				

TEST PRELIMINAR DE DIAGNOSTICO DE BRUXISMO

1.- ¿Cree usted que aprieta sus dientes inconscientemente?

SI NO

2.- ¿Presenta usted antecedentes de que alguien le halla escuchado emitir ruidos de apriete dentario (rechinamiento) o realizar movimientos mandibulares inconscientes?

SI NO

3. - ¿Ha sido diagnosticado por algún profesional como bruxista?

SI NO

4. - Presencia general de facetas de desgaste

SI NO

TEST ANAMNÉSICO PARA CUANTIFICACIÓN DE BRUXISMO

Nombre : _____
 Edad : _____
 Motivo de consulta : _____
 Ocupación : _____

1. - ¿Cree usted que aprieta sus dientes inconscientemente?

- SI ¿Cuándo? NO
- día (3)
 - Noche (3)
 - Ambas (6)

Bruxismo diurno

2.-¿Presenta usted antecedentes de que usted mismo o terceros lo hallan sorprendido apretando o restregando sus dientes durante el día?

- SI (3) NO

3 - ¿El bruxismo que presenta es para usted ?

- Imperceptible o casi imperceptible (1)
- Controlable (1)
- Molesto (2)
- Descontrolado (3)

Cuantificación autoreportada de bruxismo

4.-Si tuviera que cuantificar su bruxismo en las siguientes escalas ¿que valor tendría para usted?

4.1Escala numérica de 1 a 10: _____ (1-3 =1; 4 - 7= 2; 8- 10 = 3)

4.2Escala visual análoga:

[_____]

Lo ignora completamente

totalmente descontrolado

Diferenciación entre "grinding" y/o "clenching"

5.-Si esta conciente de su bruxismo, usted realiza

- Solo apriete dentario (1)
- Solo restriegue o molienda dentaría (1)
- Ambos (2)
- No sabe

Medición directa de "grinding"

6.-¿Presenta usted antecedentes de que alguien le halla escuchado emitir ruidos de apriete dentario (rechinamiento) o realizar movimientos mandibulares inconscientes cuando usted duerme?

SI (3)

NO

Medición directa de "clenching"

7.-¿Presenta usted molestias o sensibilidad en la cara cuando despierta por la mañana?

SI ¿de que tipo? (3)

NO

8.-¿Presenta usted alguna molestia, ruido articular o dificultad para abrir la boca cuando despierta por la mañana?

SI (3)

NO

9.- ¿Presenta usted frecuentemente al despertar dolor de cabeza?

SI (2)

NO

10.- ¿Presenta usted frecuentemente alguna (s) de las molestias anteriores en otra parte del día?

SI ¿Cuándo y de que tipo? (2)

NO

-En la mañana _____

-Por la tarde _____

-Antes de dormir _____

Relación con alteraciones del sueño

11.- Si realiza bruxismo nocturno, ¿Se despierta por algún motivo que usted crea relacionarlo con bruxismo?

SI ¿cual? (3)

NO

- Por los ruidos que usted mismo emite

- Por dolor en alguna zona relacionada

- Por fatiga de los músculos faciales

- Es despertado por terceros

- Otras

Interacción farmacológica

12.-¿Presenta usted antecedentes de estar o haber ingerido algún tipo de fármaco relajante, antidepresivo u otro similar?

SI ¿Cual? (3)

NO

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS ODONTOLÓGICOS

La determinación de que un paciente que consultó en la facultad de odontología si era Bruxista o No Bruxista se realizó a través del Cuestionario Preliminar de Diagnostico de Bruxismo que consiste en clasificar los pacientes que consultan en la facultad de odontología en dos grupos, Bruxista ó no Bruxista.

Este cuestionario posee factores de descartes como son:

- Ausencia importante de piezas dentarias (menos de 18 dientes en boca)
- Presencia de patologías motoras o neurológicas generales.

Estos factores enuncian características de rechazo para los pacientes que las presenten con el fin de no alterar la medición.

- Consta de 4 ítems.
- Cada ítems tiene 2 categorías de respuesta Si - No.
- Para clasificar los pacientes bruxistas, el cuestionario presenta una parte central de anamnesis dirigida al paciente, considerando como básica la pregunta número 1 contestada positivamente (Bruxismo autoreportado); en caso de ser negativa la respuesta a esta pregunta, debe presentar respuesta positiva en al menos dos de las preguntas 2, 3 y 4 (Bruxismo reportado por terceros).

El Cuestionario Anamnóstico para Cuantificación de Bruxismo consiste en cuantificar mediante índices anamnósticos, los niveles de Bruxismo presentes en los pacientes que pertenecen al grupo de bruxistas de la muestra.

Este cuestionario consta de 12 ítems (pregunta 1-12) que permiten recoger información acerca de los niveles de Bruxismo experimentados por los pacientes, las respuestas negativas (NO) no tienen puntajes, los puntajes a las respuestas positivas están entre paréntesis en el Cuestionario.

Puntajes de Corte. Se suman los puntajes obtenidos y se ubica al sujeto dentro de un rango que indica:

-Leve (1 a 12 puntos)

-Moderado (13 a 24 puntos)

-Severo (25 a 36 puntos)

Cabe destacar que los dos cuestionarios anteriormente mencionados fueron contruidos por los investigadores con la asesoría de su profesos guía y ninguno de ellos ha sido validado.

APÉNDICE - B
ÍNDICES ESTADÍSTICOS

Las pruebas estadísticas utilizadas en la presente investigación corresponden a análisis no paramétricos, los cuales son aplicados cuando el número de la muestra es pequeño, cuando las suposiciones de normalidad poblacional son dudosas y cuando los datos pueden expresarse únicamente por rangos.

Los puntos de corte usados para valorar las asociaciones establecidas, son los sugeridos por H. Garrett en 1990:

- 0,00 a $\pm 0,20$ denota asociación indiferente y despreciable;
- $\pm 0,20$ a $\pm 0,40$ denota asociación baja, existente pero leve;
- $\pm 0,40$ a $\pm 0,70$ denota asociación sustancial o marcada;
- $\pm 0,70$ a $\pm 1,00$ denota asociación alta a muy alta.

PRUEBA JI CUADRADA PARA TABLAS DE CONTINGENCIA CON DOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN (2 X 2)

Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas. Las variables involucradas son dos, cuyo nivel de medición es nominal u ordinal (intervalos o razón, reducidas a ordinales).

La ji cuadrada se calcula a través de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable, que en la presente investigación corresponden a bruxismo y estrés. A su vez cada variable se subdivide en dos o más categorías. Es decir, se clasifica a la muestra de la población en dos características (Estrés y Bruxismo) y se forma la Tabla de contingencia con las frecuencias relativas que se observaron para las dos clasificaciones y sus correspondientes categorías.

Los supuestos que se consideran para la aplicación de esta prueba son los siguientes:

- Cada una de las variables tiene por lo menos 2 categorías mutuamente excluyentes.
- Las dos clasificaciones son independientes.
- Más del 20% de las celdas correspondientes a la tabla de contingencia deben tener frecuencia esperada mayor que 5.

Esta prueba fue aplicada en el objetivo N°1, a partir del cual se plantearon las siguientes hipótesis:

- (1) H_0 : El Estrés Percibido no está asociado al diagnóstico de bruxismo en los pacientes.
- (2) H_1 : El Estrés Percibido está asociado al diagnóstico de bruxismo en los pacientes.

Estadístico de Prueba:

$$T = \frac{N(O_{11} * O_{22} - O_{12} * O_{21})}{n_1 * n_2 * c_1 * c_2} \sim \chi^2(1)$$

Bajo H_0

COEFICIENTE λ DE GOODMAN AND KRUSKAL

Es un coeficiente para evaluar si las variables incluidas en una tabla de contingencia o tabulación cruzada están asociadas. Se utiliza en tablas de contingencia de cualquier tamaño, aplicándose a variables nominales.

Para efectos de realizar el análisis estadístico se define una variable independiente o predictora (bruxismo), y una variable dependiente o predicción (estrés percibido).

El coeficiente λ , varía de 0 a 1, donde:

- 1 significa que puede predecirse sin error a la variable dependiente definida en la tabla, sobre la base de la independiente (asociación perfecta como predictor)
- 0 indica que no existe asociación.

Este coeficiente fue utilizado en el objetivo N°1, con el fin de establecer el grado de asociación entre la variable bruxismo y la variable estrés percibido. Así mismo, fue utilizado en el análisis del objetivo N°2 para establecer la asociación entre la presencia y ausencia de bruxismo y las estrategias de afrontamiento al estrés.

TAU - B DE KENDALL

Esta es una medida de asociación no paramétrica, que se utiliza para evaluar si las variables incluidas en la tabla de contingencia o tabulación cruzada están asociadas. Es útil para tablas de contingencia de cualquier tamaño, pero es más apropiada para tablas con igual número de renglones y columnas. Las variables deben de estar medidas por lo menos en una escala ordinal.

Esta medida de asociación kendall's tau-b, se denota como τ_b y tiene un recorrido entre -1 y 1 .

Donde:

-1 : nos indica que existe una asociación inversa (negativa).

0 : nos indica que no existe asociación. (independencia).

1 : indica que existe una asociación directa (positiva).

La fórmula de este coeficiente es:

$$\tau_b = \frac{P - Q}{\sqrt{(P + Q + T_x)(P + Q + T_y)}} = \text{Tau-b}$$

Donde: P : Número de coincidencias

Q : Número de pares discordantes

T_x : Número de pares con empate sólo en x

T_y : es el número de pares con empate sólo en y

Si hay más casos concordantes la asociación es positiva

Si hay más casos discordantes la asociación es negativa

Si hay igual número de casos no hay asociación.

Este índice fue utilizado para el análisis de los datos del objetivo específico N°3, para asociar niveles de bruxismo y niveles de estrés.

TAU C DE KENDALL

Esta es una medida de asociación no paramétrica, que se utiliza para evaluar si las variables incluidas en la tabla de contingencia o tabulación cruzada están asociadas. Es útil para tablas de contingencia de cualquier tamaño, pero es más apropiada para tablas con distinto número de renglones y columnas. Las variables deben de estar medidas por lo menos en una escala ordinal.

Esta medida de asociación kendall's tau-c, se denota como τ_c y tiene un recorrido entre -1 y 1 , donde:

-1 : nos indica que existe una asociación inversa (negativa).

0 : nos indica que no existe asociación (independencia).

1 : indica que existe una asociación directa (positiva).

La fórmula de este coeficiente es:

$$\tau_c = \frac{2m(P - Q)}{N^2(m - 1)} = \text{Tau - c}$$

Donde:

- P : es el número de coincidencias
- Q : es el número de pares discordantes
- m: es el número de filas y columnas
- N: es el número total de observaciones

Si hay más casos concordantes la asociación es positiva

Si hay más casos discordantes la asociación es negativa

Si hay igual número de casos no hay asociación.

Este índice fue utilizado en el análisis de los datos del objetivo específico N° 4, para asociar niveles de bruxismo y estrategias de afrontamiento al estrés; y en el análisis de los datos del objetivo específico N° 5, para asociar niveles de estrés percibido y la utilización de estrategias de afrontamiento en bruxistas y no bruxistas.

APÉNDICE - C

TABLAS DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE
ESTRÉS PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°1: Afrontamiento Activo

		P1			Total
		Casi nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	1	0	2	3
	Moderado	1	3	20	24
	Severo	2	4	8	14
	Total	4	7	30	41

Tabla No. 26. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 1: “concentré mis esfuerzos en hacer algo e intenté luchar contra mi problema o enfermedad”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°2: Planificación

		P2			Total
		Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	0	2	1	3
	Moderado	4	7	13	24
	Severo	2	4	8	14
	Total	6	13	22	41

Tabla No. 27. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 2: “desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí”) y nivel de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°3: Supresión de Actividades Competitivas

		P3				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas veces	
Bruxismo	Leve	1	0	2	0	3
	Moderado	6	4	9	5	24
	Severo	4	1	3	6	14
	Total	11	5	14	11	41

Tabla No. 28. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 3: Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste.) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°4: Autocontrol y

Contención de Manera Planificada

		P4				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	0	0	0	3	3
	Moderado	2	2	7	13	24
	Severo	0	5	2	7	14
	Total	2	7	9	23	41

Tabla No. 29. Frecuencias de la respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 4: “meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo y evité precipitarme (apurarme)”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°5: Búsqueda de

Apoyo Social por Motivos Instrumentales

		P5				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	1	0	1	1	3
	Moderado	7	7	1	9	24
	Severo	2	6	1	5	14
	Total	10	13	3	15	41

Tabla No. 30. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 5: “Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo él/ella”) y nivel de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°6: Búsqueda de

Apoyo Social por Motivos Afectivos

		P6				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	0	0	1	2	3
	Moderado	3	2	5	14	24
	Severo	1	6	2	5	14
	Total	4	8	8	21	41

Tabla No. 31. Frecuencias de la respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 6: “traté de obtener apoyo afectivo de mis amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.”) y nivel de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°7: Reinterpretación
Positiva y Crecimiento

		P7				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	0	0	0	3	3
	Moderado	3	1	4	16	24
	Severo	0	2	5	7	14
	Total	3	3	9	26	41

Tabla No. 32. Frecuencias de la respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 7: “aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona.”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°8: Aceptación de Responsabilidad

		P8				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	1	0	2	0	3
	Moderado	10	2	4	8	24
	Severo	8	2	1	3	14
	Total	19	4	7	11	41

Tabla No. 33. Frecuencias de la respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 8: “Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°9: Focalización y
Ventilación de Emociones

		P9				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	0	0	0	3	3
	Moderado	3	7	2	12	24
	Severo	3	2	5	4	14
	Total	6	9	7	19	41

Tabla No. 34. Frecuencias de la respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 9: “expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones.”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°10: Negación

		P10				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	1	1	1	0	3
	Moderado	10	3	6	5	24
	Severo	10	2	1	1	14
	Total	21	6	8	6	41

Tabla No. 35. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 10: “Me negué o resistí a creer lo que había ocurrido.”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°11: Descompromiso Conductual

		P11				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	2	1		0	3
	Moderado	14	5	4	1	24
	Severo	7	3	3	1	14
	Total	23	9	7	2	41

Tabla No. 36. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 11: “admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°12: Descompromiso Mental

		P12				Total
		Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	0	1	1	1	3
	Moderado	11	8	2	3	24
	Severo	5	4	2	3	14
	Total	16	13	5	7	41

Tabla No. 37. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 12: “me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°13: Descompromiso

Mediante Alcohol y drogas

		P13				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	3	0	0	0	3
	Moderado	21	1	1	1	24
	Severo	12	0	2	0	14
	Total	36	1	3	1	41

Tabla No. 38. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 13: “salí a beber o tomar unas copas de trago para olvidar el problema o pensar menos en el”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°14: Autocontrol (No expresión de emociones)

		P14				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	1	0	2	0	3
	Moderado	6	2	7	9	24
	Severo	2	6	2	4	14
	Total	9	8	11	13	41

Tabla No. 39. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 14: “intenté guardar para mí mis sentimientos”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°15: Escape y Evitación

		P15				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	1	0	0	2	3
	Moderado	3	3	8	10	24
	Severo	2	1	3	8	14
	Total	6	4	11	20	41

Tabla No. 40. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 15: “fantasé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°16: Confrontación Directa

		P16				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	1	0	2	0	3
	Moderado	8	4	3	9	24
	Severo	6	1	2	5	14
	Total	15	5	7	14	41

Tabla No. 41. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 16: “manifesté mi enojo a las personas responsables del problema”) y niveles de bruxismo.

Niveles de Bruxismo y Estrategia N°17: Aceptación de Responsabilidad y Autocrítica

		P17				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Bruxismo	Leve	2	0	1	0	3
	Moderado	8	2	3	11	24
	Severo	2	2	3	7	14
	Total	12	4	7	18	41

Tabla No. 42. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 17: “analicé mi responsabilidad en el problema y me critiqué a mi mismo por lo ocurrido”) y niveles de bruxismo.

APÉNDICE - D

TABLAS DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE ESTRÉS
PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
AL ESTRÉS EN BRUXISTAS Y NO BRUXISTAS

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°1:

Afrontamiento Activo

		P1			Total
		Casi nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	0	1	1
	Medio	2	3	16	21
	Alto	2	4	13	19
	Total	4	7	30	41

Tabla No. 43. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 1: “concentré mis esfuerzos en hacer algo e intenté luchar contra mi problema o enfermedad”) y nivel de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°1:

Afrontamiento Activo

		P1			Total
		Casi nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	0	0	4	4
	Medio	1	4	7	12
	Alto	3	3	18	24
	Total	4	7	29	40

Tabla No. 44. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 1: “concentré mis esfuerzos en hacer algo e intenté luchar contra mi problema o enfermedad”) y nivel de estrés en pacientes sin Bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°2: Planificación

		P2			Total
		Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	0	1	1
	Medio	3	8	10	21
	Alto	3	5	11	19
	Total	6	13	22	41

Tabla No. 45. Frecuencias de la respuestas entre las variables estrategia de afrontamiento (Pregunta 2: “desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí”) y nivel de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°2: Planificación

		P2			Total
		Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	0	2	2	4
	Medio	2	4	6	12
	Alto	4	7	13	24
	Total	6	13	21	40

Tabla No. 46. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 2: “desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí”) y nivel de estrés en pacientes sin bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°3: Supresión de Actividades Competitivas

		P3				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas veces	
Estrés	Bajo	0		1	0	1
	Medio	6	5	6	4	21
	Alto	5	0	7	7	19
	Total	11	5	14	11	41

Tabla No. 47. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 3: Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste.) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°3: Supresión de Actividades Competitivas

		P3				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	2	0	0	2	4
	Medio	2		8	2	12
	Alto	7	4	6	7	24
	Total	11	4	14	11	40

Tabla No. 48. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 3: Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en éste.) y niveles de estrés en pacientes no bruxistas.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°4: Autocontrol y
Contención de Manera Planificada

		P4				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	0	0	1	1
	Medio	1	2	5	13	21
	Alto	1	5	4	9	19
	Total	2	7	9	23	41

Tabla No. 49. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 4: “meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo y evité precipitarme (apurarme)”) y nivel de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°4: Autocontrol y
Contención de Manera Planificada

		P4				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	0	2	0	2	4
	Medio	0	0	5	7	12
	Alto	2	5	4	13	24
	Total	2	7	9	22	40

Tabla No. 50. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 4: “meforcé a esperar el momento adecuado para hacer algo y evité precipitarme (apurarme)”) y nivel de estrés en pacientes sin bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°5: Búsqueda de
Apoyo Social por Motivos Instrumentales

		P5				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	0	1	0	1
	Medio	3	10	2	6	21
	Alto	7	3	0	9	19
	Total	10	13	3	15	41

Tabla No. 51. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 5 : “hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo él/ella”) y nivel de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas Estrategia N°5 y Búsqueda de Apoyo Social por Motivos Instrumentales

		P5				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	1	1	0	2	4
	Medio	3	1	2	6	12
	Alto	6	10	1	7	24
	Total	10	12	3	15	40

Tabla No. 52. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 5: “Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo él/ella”) y nivel de estrés en pacientes sin Bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°6: Búsqueda de Apoyo Social por Motivos-Afectivos

		P6				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	0	1	0	1
	Medio	2	4	4	11	21
	Alto	2	4	3	10	19
	Total	4	8	8	21	41

Tabla No. 53. Frecuencias de la respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 6: “traté de obtener apoyo afectivo de mis amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°6: Búsqueda de Apoyo Social por Motivos Afectivos

		P6				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	2	0	0	2	4
	Medio	0	4	3	5	12
	Alto	2	4	4	14	24
	Total	4	8	7	21	40

Tabla No. 54. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 6: “traté de obtener apoyo afectivo de mis amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión.”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°7:

Reinterpretación Positiva y Crecimiento

		P7				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	0	0	1	1
	Medio	1	0	5	15	21
	Alto	2	3	4	10	19
	Total	3	3	9	26	41

Tabla No. 55. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 7: “aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona.”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°7:

Reinterpretación Positiva y Crecimiento

		P7				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	0	0	0	4	4
	Medio	1	2	1	8	12
	Alto	2	1	8	13	24
	Total	3	3	9	25	40

Tabla No. 56. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 7: “aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona.”) y niveles de estrés en pacientes sin bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°8: Aceptación de Responsabilidad

		P8				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	1	0	0	0	1
	Medio	9	3	3	6	21
	Alto	9	1	4	5	19
	Total	19	4	7	11	41

Tabla No. 57. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 8: “Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada”) y niveles de estrés en pacientes con Bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°8: Aceptación de Responsabilidad

		P8				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	0	0	0	4	4
	Medio	7	2	3	0	12
	Alto	11	2	4	7	24
	Total	18	4	7	11	40

Tabla No. 58. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 8: “acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada”) y niveles de estrés en pacientes no bruxistas.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°9: Focalización y Ventilación de Emociones-

		P9				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	1	0	0	1
	Medio	1	4	4	12	21
	Alto	5	4	3	7	19
	Total	6	9	7	19	41

Tabla No. 59. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 9: “expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones.”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°9: Focalización y Ventilación de Emociones-

		P9				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	1	0	1	2	4
	Medio	2	3	2	5	12
	Alto	3	6	3	12	24
	Total	6	9	6	19	40

Tabla No. 60. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 9: “expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones.”) y niveles de estrés en pacientes no bruxistas.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°10: Negación

		P10				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	1	0	0	0	1
	Medio	8	4	4	5	21
	Alto	12	2	4	1	19
	Total	21	6	8	6	41

Tabla No. 61. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 10: “me negué o resistí a creer lo que había ocurrido.”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°10: Negación

		P10				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	2	1	0	1	4
	Medio	7	3	2	0	12
	Alto	12	2	5	5	24
	Total	21	6	7	6	40

Tabla No. 62. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 10: “me negué o resistí a creer lo que había ocurrido.”) y niveles de Estrés en pacientes no bruxistas.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°11:

Descompromiso Conductual

		P11				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	1	0	0	1
	Medio	12	3	4	2	21
	Alto	11	5	3	0	19
	Total	23	9	7	2	41

Tabla No. 63. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 11: “admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo.”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°11:

Descompromiso Conductual

		P11				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	2	0	1	1	4
	Medio	3	6	3	0	12
	Alto	18	3	3	0	24
	Total	23	9	7	1	40

Tabla No. 64. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 11: “admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo”) y niveles de estrés en pacientes no bruxistas.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°12:

Descompromiso Mental

		P12				Total
		Nunca	Casi nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	1	0	0	1
	Medio	7	9	2	3	21
	Alto	9	3	3	4	19
	Total	16	13	5	7	41

Tabla No. 65. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 12: “me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°12:

Descompromiso Mental

		P12				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	2	0	0	2	4
	Medio	4	5	2	1	12
	Alto	10	7	3	4	24
	Total	16	12	5	7	40

Tabla No. 66. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 12: “me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada”) y niveles de estrés en pacientes sin bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°13: Descompromiso

Mediante Alcohol y Drogas

		P13				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	1	0	0	0	1
	Medio	19	1	0	1	21
	Alto	16	0	3	0	19
	Total	36	1	3	1	41

Tabla No. 67. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 13: “salí a beber o tomar unas copas de trago para olvidar el problema o pensar menos en el”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°13: Descompromiso

Mediante Alcohol y Drogas

		P13				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	3	0	0	1	4
	Medio	10	0	2	0	12
	Alto	22	1	1	0	24
	Total	35	1	3	1	40

Tabla No. 68. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 13: “salí a beber o tomar unas copas de trago para olvidar el problema o pensar menos en el”) y niveles de estrés en pacientes sin bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°14:

Autocontrol (No Expresión de Emociones)

		P14				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	0	1	0	1
	Medio	6	3	7	5	21
	Alto	3	5	3	8	19
	Total	9	8	11	13	41

Tabla No. 69. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 14: “intenté guardar para mí mis sentimientos”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°14:

Autocontrol (No Expresión de Emociones)

		P14				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	1	1	0	2	4
	Medio	1	3	4	4	12
	Alto	7	4	6	7	24
	Total	9	8	10	13	40

Tabla No. 70. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 14: “intenté guardar para mí mis sentimientos”) y niveles de estrés en pacientes sin bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°15: Escape y Evitación

		P15				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	1	0	0	1
	Medio	4	2	6	9	21
	Alto	2	1	5	11	19
	Total	6	4	11	20	41

Tabla No. 71. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 15: “fantasé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°15: Escape y Evitación

		P15				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	2	0	0	2	4
	Medio	1	3	3	5	12
	Alto	2	1	8	13	24
	Total	5	4	11	20	40

Tabla No. 72. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 15: “fantasé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas”) y niveles de estrés en pacientes sin bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°16: Confrontación Directa

		P16				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	1	0	0	1
	Medio	7	2	2	10	21
	Alto	8	2	5	4	19
	Total	15	5	7	14	41

Tabla No. 73. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 16: “manifesté mi enojo a las personas responsables del problema”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°16: Confrontación Directa

		P16				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	2	1	0	1	4
	Medio	2	3	3	4	12
	Alto	11	1	4	8	24
	Total	15	5	7	13	40

Tabla No. 74. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 16: “manifesté mi enojo a las personas responsables del problema”) y niveles de estrés en pacientes sin bruxismo.

Niveles de Estrés en Bruxistas y Estrategia N°17: Aceptación de Responsabilidad y Autocrítica

		P17				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
Estrés	Bajo	0	0	1	0	1
	Medio	9	1	4	7	21
	Alto	3	3	2	11	19
	Total	12	4	7	18	41

Tabla No. 75. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 17: “analicé mi responsabilidad en el problema y me critiqué a mi mismo por lo ocurrido”) y niveles de estrés en pacientes con bruxismo.

Niveles de Estrés en No Bruxistas y Estrategia N°17: Aceptación de
Responsabilidad y Autocrítica

		P17				Total
		Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces	
No Bruxista con Estrés	Bajo	2	0	0	2	4
	Medio	2	2	3	5	12
	Alto	8	2	3	11	24
	Total	12	4	6	18	40

Tabla No. 76. Frecuencias de las respuestas entre las variables estrategias de afrontamiento (Pregunta 17: “analicé mi responsabilidad en el problema y me critiqué a mí mismo por lo ocurrido”) y niveles de estrés en pacientes sin bruxismo.