

Distorsiones cognitivas como sesgos confirmatorios en la ansiedad con pacientes odontológicos.

Rosario Lara Machado, Ana Jaramillo Zambrano, Pablo Montalvo Jaramillo y
Andrea Salazar Carrasco*

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato

rlara@pucesa.edu.ec

ajaramillo@pucesa.edu.ec

pmontalvo@pucesa.edu.ec

asalazar@pucesa.edu.ec

Áreas de conocimiento: Psicoterapia, Psicología Educativa, Estadística, Lingüística

Resumen

Las distorsiones cognitivas representan un conjunto de pensamientos o conclusiones y lógicas, equivocadas, o irracionales, que se elaboran desde la infancia, resultado del aprendizaje. Las distorsiones al ser pensamientos erróneos se enlazan en este caso como puente conector con la ansiedad odontológica en los adultos evaluados, ya que el tipo de distorsión y el nivel de ansiedad son congruentes en los resultados encontrados. El objetivo del presente artículo fue analizar la distorsión de pensamiento y su influencia en los niveles de ansiedad en pacientes odontológicos adultos de la Cruz Roja de la ciudad Ambato, Ecuador. Se utilizó una muestra aleatoria compuesta de 93 personas entre hombres y mujeres adultos. Se aplicó la Escala de Miedos Dentales Kleinknecht, La Escala de Ansiedad Dental de Corah modificada y El Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján. Los resultados cuantitativos mostraron correlación estadística significativa entre la distorsión de pensamiento con el nivel de ansiedad, así también existe correlación estadísticamente significativa entre las respuestas de las dos escalas de ansiedad. Se concluyó que existen elementos de memoria, percepción, creencias como elementos de distorsión que originan y mantienen la ansiedad en pacientes odontológicos.

Palabras claves: Ansiedad dental, distorsión de pensamiento, evaluación psicológica, salud.

INTRODUCCIÓN

Todo ser humano a través del proceso de desarrollo psíquico y físico estructura su personalidad en función de elementos biológicos, sociales, cultural, cognitivos, emocionales, conductuales. Las personas por medio de la experiencia y ciertos procesos psicológicos construyen estados disfuncionales como la ansiedad, que se mantienen e incrementan por pensamientos distorsionados (Leahy, 2013).

Para que la ansiedad tenga lugar debe unirse elementos estresantes como una predisposición cognitiva del sujeto (Clark y Beck, 1989; Clark, Beck y Alford, 1999). En 1977, Mahoney afirmó que “los organismos humanos responden en principio a las representaciones de su ambiente, más que al ambiente mismo” (Citado en Riso, 2009.p.26).

Asimismo, la literatura demuestra que al procesar la información aparecen síntomas afectivos, conductuales y fisiológicos de la ansiedad; sin embargo, la distorsión en el procesamiento de la información no es la causa exclusiva de la psicopatología ansiógena, sino que existen variables genéticas, hormonales y fisiológica que involucran a la ansiedad (Clark y Beck, 1989).

Por otra parte, el estímulo puede producir una respuesta cognitiva o una respuesta emocional. Ambas pueden interactuar entre sí y cada una puede establecer una respuesta motora. Mientras que la respuesta emocional puede generar respuestas con el ambiente con indicadores fisiológicos observables. La respuesta motora produce tres tipos de consecuencias. Una conjuntiva, una emocional, una ambiental. Finalmente, la

consecuencia ambiental, puede generar a su vez consecuencias cognitivas y emocionales (Lang, 1979) y en el caso de la ansiedad (Riso, 1988 y 2002).

El pensamiento origina la conducta y la emoción (Hernández-Lira, 2013), en donde el estímulo no es el causante de la conducta, sino que es la valorización a la experiencia, al estímulo para que la se determine la conducta.

Por otro lado, conocemos que las personas con ansiedad, las distorsiones de pensamiento se forman a manera de preguntas de contenido incierto e inseguro frente a posibles consecuencia negativas o amenazantes, lo que corresponde a una ansiedad anticipatoria (Ingram y Read 1989, Kendall e Ingram 1987 y Clark y Beck 1989).

“Las distorsiones cognitivas son conclusiones o productos cognitivos ilógicos o equivocados” (Riso, 2009. p. 56). La teoría conjuntiva explica que la mente de las personas no está constantemente evaluando, analizando e interpretando la información interna o externa, y es por esto que se comete distorsiones, que pueden ser mucho más graves dependiendo de si la persona se encuentra en rangos patológicos (Burns, 1996, 1999; Riso, 2004).

Las distorsiones cognitivas detectadas en investigaciones clínicas se relacionan a los estados de ansiedad, ánimo y desórdenes de la personalidad de los sujetos. Riso (2009), destaca las siguientes:

1. *Lectura de la mente*, el paciente cree saber lo que los demás están pensando y que tiene suficiente evidencia sobre ello.

2. *Adivinar el futuro*, prediciéndolo negativamente, añadiendo fallas o peligros.
3. *Catastrofización*, pensando que lo que le sucede es terrible e insoportable, siendo incapaz de afrontarlo.
4. *Maximizar/Minimizar*, exagera lo negativo y minimiza lo positivo o viceversa mediante una comparación entre sí mismo con otros.
5. *Catalogar o rotular*, asigna rasgos negativos de sí mismo y de otras personas.
6. *Descalificar o dejar de lado lo positivo*, pensando que las cualidades y potenciales de las personas como de sí mismo, no tienen valor.
7. *Filtro mental negativo*, centrándose tan sólo en lo negativo, no pudiendo ver lo positivo.
8. *Sobregeneralización negativa*, percibe un patrón global de negatividad a partir de un único y simple incidente.
9. *Pensamiento dicotómico o del tipo "todo" o "nada"*, el paciente ve la situación en dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades intermedias (matices).
10. *"Debo" o "Tengo que"*, interpretando los eventos en términos de cómo piensa que "deberían ser las cosas", no teniendo en cuenta de lo "que es".
11. *Personalización*, o bien la persona se culpabiliza por eventos negativos sin atribuir que la falla pudo haber venido de otras personas, o a su vez piensan que las personas tienen una actitud negativa hacia él sin considerar otros factores que influyeron para el desenlace de ese evento negativo.
12. *Echar la culpa*, considerando que las otras personas tienen la responsabilidad de lo que le sucede, sin hacerse cargo de sus acciones.
13. *Comparación falsa*, la persona se sienta inferior a las otras personas ya que no es capaz de hacer una comparación realista entre sus capacidades con las capacidades de los demás.
14. *Orientación hacia el remordimiento o "lo que podría haber sido y no fue"*, se enfoca en los resultados negativos del pasado, lamentándose por ello en vez de centrarse en el aquí y en el ahora.
15. *"Y qué sí..."* es una resistencia pasiva o un amanaera de minimizar y de evitar el problema.
16. *Razonamiento emocional*, la persona se guía más de sus sentimientos que de su razón al momento de reflexionar o de tomar una decisión.
17. *Inhabilidad para desconfirmar*, rechazando las evidencias o argumentos que contradicen sus pensamientos negativos.

La ansiedad dental es una reacción emocional caracterizada por sentimientos de aprehensión, nervios y preocupación, debido a un miedo anticipado frente a un posible peligro, mismo que puede acompañarse de respuestas físicas y psíquicas generadas por sistema autónomo. (Lago-Méndez, Diniz Freitas, Sentra-Rivera, 2012).

Dentro de los elementos subjetivos de la ansiedad se encuentran la cognición, la respuesta somática y la

motora. (Lago-Méndez, Diniz Freitas, Sentra- Rivera, 2012).

También respecto a la distinción entre miedo y ansiedad se comprende que el primero es una reacción emocional inmediata, una alarma primitiva de respuesta que puede motivar una conducta de escape que identifica un peligro real, mientras que el segundo es un estado emocional difuso (Lago-Méndez, Diniz Freitas, Sentra- Rivera, 2012).

Otro tema importante es la distinción entre miedo y fobia odontológica la literatura establece una construcción. El termino fobia hace referencia a un intenso, desproporcionado, persistente e irracional miedo dirigido a un objeto, situación, específica incontrolable para la persona, mientras que el miedo maneja un nivel de tolerancia, y el stress puede ser canalizado en forma psíquica y física con estrategias de afrontamiento adecuadas (Lago-Méndez, Diniz Freitas, Sentra- Rivera, 2012).

Las manifestaciones de la ansiedad dental se relacionan con el tratamiento dental, mismo que es muy amplio ya que constituye variedad de categorías y tipos de abordajes, dichas variaciones se correlacionan con variedad de cogniciones, y respuestas físicas y psíquicas (Lago-Méndez, Diniz Freitas, Sentra- Rivera, 2012).

Las Manifestaciones Cognitivas de la Ansiedad Dental hace referencia a la experiencia interna del sujeto y puede expresarse en cambios de contenidos o patrones de pensamiento, aquello incluye un amplio rango de variables relacionadas a la percepción y la evaluación subjetiva del estímulo por parte del paciente, al respecto existen

dos situaciones (Lago-Méndez, Diniz Freitas, Sentra- Rivera, 2012. Citado en Morales, 2012, p.95):

1. Anticipación: miedo a perder los dientes o miedo a la muerte, reflexiones mientras permanecen en la sala de espera, hipersensibilidad a la estimulación dental, esta ansiedad disminuye el nivel de tolerancia al dolor e incrementa la posibilidad de interpretar la intervención odontológica como dolor en gente sensible.
2. Creencias: respecto a que los otros no son capaces de entender su ansiedad dental y sus sentimientos de extrañeza, sentimientos negativos expresados como vulnerabilidad y baja autoestima, recuerdos de experiencias dentales traumáticas.

Las Manifestaciones Fisiológicas de la Ansiedad Dental se caracterizan por sequedad bucal, sudoración, palpitaciones, temblores, estos síntomas aparecen el mismo día de la cita, o la noche anterior a la misma.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El método general utilizado es método científico aplicado a las ciencias sociales y la psicología, mientras que el específico es de tipo correlacional, para encontrar la relación entre las variables distorsiones cognitivas frente a tipos y niveles de ansiedad en el grupo con sus respectivas características (Hernández – Sampieri, Fernández – Collado y Baptista – Lucio, 2010).

Participantes

Representan todos los pacientes adultos que asisten a servicio de odontología de la Cruz Roja de Tungurahua, la muestra estará distribuida entre los dos profesionales que brindan la asistencia odontológica en la institución. Se considera como criterio de exclusión pacientes diagnosticados con Trastornos Psicológicos y Psiquiátricos conjuntos, así también pacientes que tomen fármacos como ansiolíticos o antidepresivos y pacientes quienes asistan a otros servicios de odontología que no sea exclusivamente la Cruz Roja de Tungurahua.

La muestra fue de 93 pacientes de diversas características sociodemográficas (instrucción, sexo, estado civil, residencia, otros) de la ciudad de Ambato de la provincia de Tungurahua con edades entre de los 18 a 75 años.

Los participantes fueron elegidos mediante muestreo probabilístico. Su participación fue voluntaria, tras firmar un consentimiento informado en el que se describían los objetivos del estudio, la institución que lo avala, la confidencialidad de la información recopilada y los datos generales de los investigadores.

Instrumentos

Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján (IPA)

Fue elaborado en el año 1991, permite identificar los principales pensamientos automáticos en forma de distorsiones de pensamiento presentes en los individuos adultos. El instrumento consta de 45 preguntas, en todo el inventario se valoran 15 distorsiones de pensamiento que se calculan en

forma cuantitativa la suma total y la equivalencia de las respuestas en niveles de 0= Nunca pienso en eso, 1=Algunas veces pienso en eso, 2= Bastantes veces pienso en eso, 3= Con mucha frecuencia pienso en eso, el inventario es adaptado por Riofrío y Villegas (Perú, 2015).

Escala de Miedo Dental de Kleinknech

Es una escala establecida para identificar estímulos y reacciones específicas del miedo dental, útil para aplicarla en adultos. Posee dos partes. Parte I los items refieren varias situaciones, sentimientos y reacciones relativos al trabajo de los odontólogos. Parte II los items refieren un listado de cosas y situaciones que la gente menciona como productores de ansiedad y temor. Esta consiste en 20 preguntas con cinco opciones de respuesta, 1= Nunca, 2= Una o dos veces, 3= Algunas veces, 4= A menudo, 5= Casi Siempre. La sumatoria se valora como 20 puntos (Sin miedo) 21-40 puntos (Miedo Bajo) 41-79 (Miedo Moderado) 80-100 (Miedo Alto) . (Kleinknecht, Klepac, & Alexander, 2000).

Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada (MDSA)

La escala DAS, es un cuestionario de autorreporte, creado por Norman Corah, el año 1969 y modificado por Humphris y colaboradores Valora la ansiedad dental en adultos en forma creciente. La puntuación mínima de la escala es de 5 y la máxima de 25, siendo que las puntuaciones de 19 o más según estableció Humphris (53) corresponden a sujetos con ansiedad dental alta o fobia dental. Posee 5 preguntas que se valoran con respuestas desde relajado (1 punto) ligeramente ansioso (2 puntos) bastante ansioso (3 puntos) muy

ansioso e intranquilo (4 puntos)
extremadamente ansioso (5 puntos)
Las propiedades psicométricas de esta escala han sido validadas en varios idiomas.

Procedimiento

El primer paso fue la aplicación de la prueba piloto de los 3 cuestionarios: la Escala de Miedos Dentales Kleinknecht, la Escala de Ansiedad Dental de Corah modificada y el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján, para confirmar la validez y la fiabilidad psicométrica de las pruebas en nuestra población. Una vez verificados estos criterios se procedió con la aplicación de los mismos instrumentos de evaluación, realizando el levamiento de la información en las instalaciones de la Cruz Roja de Tungurahua, lugar en donde asistían los pacientes odontológicos.

Primero, se les informó el objetivo de la investigación, se les solicitó la cooperación voluntaria, a quienes aceptaron responder los cuestionarios se les pidió firmar un consentimiento informado, mismo que contenía un código alfanumérico y le número de cédula de identidad. A continuación, se respondieron las preguntas que surgieron sobre la investigación, se enfatizó sobre el propósito en el ámbito científico y se aseguró la confidencialidad de la información obtenida. Posteriormente se leyó junto con cada paciente uno por uno los ítems, asegurándose previamente la comprensión de los mismos, antes del registro de respuestas.

Los participantes debían responder la intensidad y la frecuencia con la que

experimentaban la ansiedad en la atención odontológica. La ansiedad mental se enfoca en dos ejes respecto a las pruebas, la primera en función del tipo del procedimiento odontológico como tal que recibe el paciente y que podría ser generador de la ansiedad. Y el otro respecto a la persona (odontólogo) que administra el procedimiento. Mientras que las respuestas respecto a las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos se enfocaban en medir la frecuencia y la existencia o no de ciertas distorsiones.

Por último, se informó que no tenía un límite de tiempo para responder los cuestionarios, sin embargo, se solicitó la veracidad en las respuestas. Las aplicaciones se realizaron de manera individual, en un tiempo aproximado de entre 10 a 15 minutos las 3 pruebas por persona.

Finalmente se realizó la tabulación de datos con el programa estadístico SPSS para llevar a cabo el análisis en el área de estudio.

Análisis de datos

Los resultados se analizaron por medio del estadígrafo SPSS, donde se consideró la primera variable dependiente niveles de distorsión de pensamiento donde se consideró el análisis del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján en correlación con la Escala de Miedos Dentales Kleinknecht, posteriormente la misma escala de Ruiz y Luján se correlaciona con la Escala de Ansiedad Dental de Corah, donde los resultados a través de la prueba de chi cuadrado y la regla de decisión, refiere que: Chi cuadrado calculado es mayor que el tabulado,

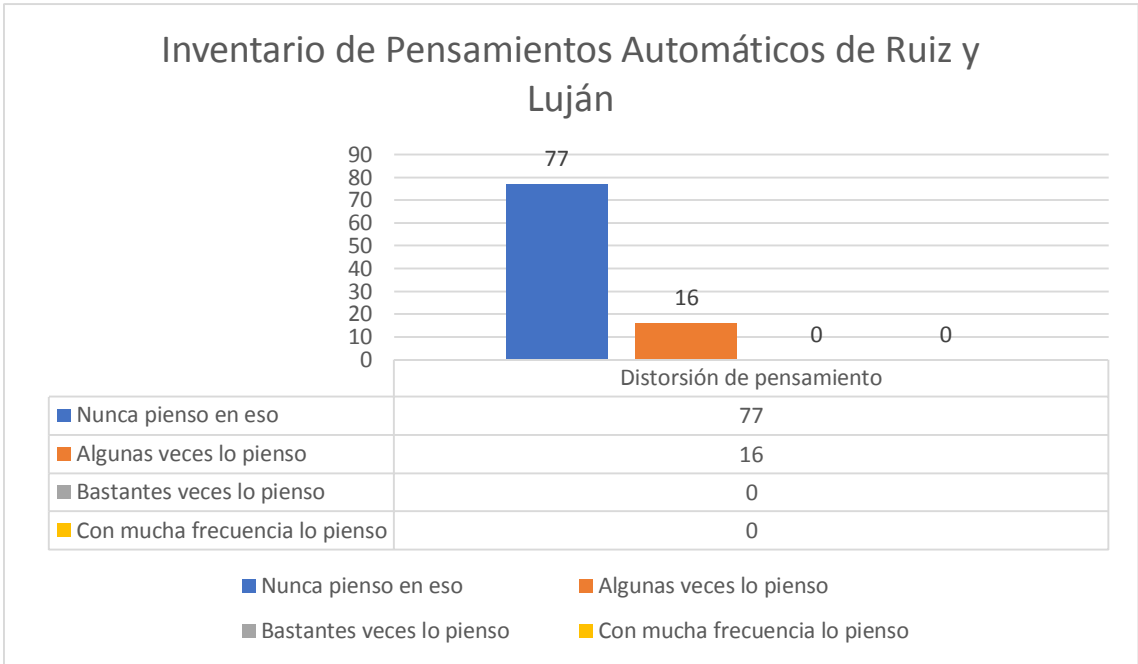
por tanto, si existe dependencia entre variables. El chi cuadrado es de 17.44 mientras que el tabulado es de 5.99 con alfa del 5 % y 2 grados de libertad (gl). A la vez el nivel de significación estadística es de 0.000 calculado en SPSS.

Por otro lado, las Distorsiones de Pensamiento con la Escala de Corah son positivas y crecen simultáneamente en correlación a 0.44 en coeficiente R de Pearson y 0.375 en R de Spearman, asumiendo la hipótesis alternativa, es decir la dependencia.

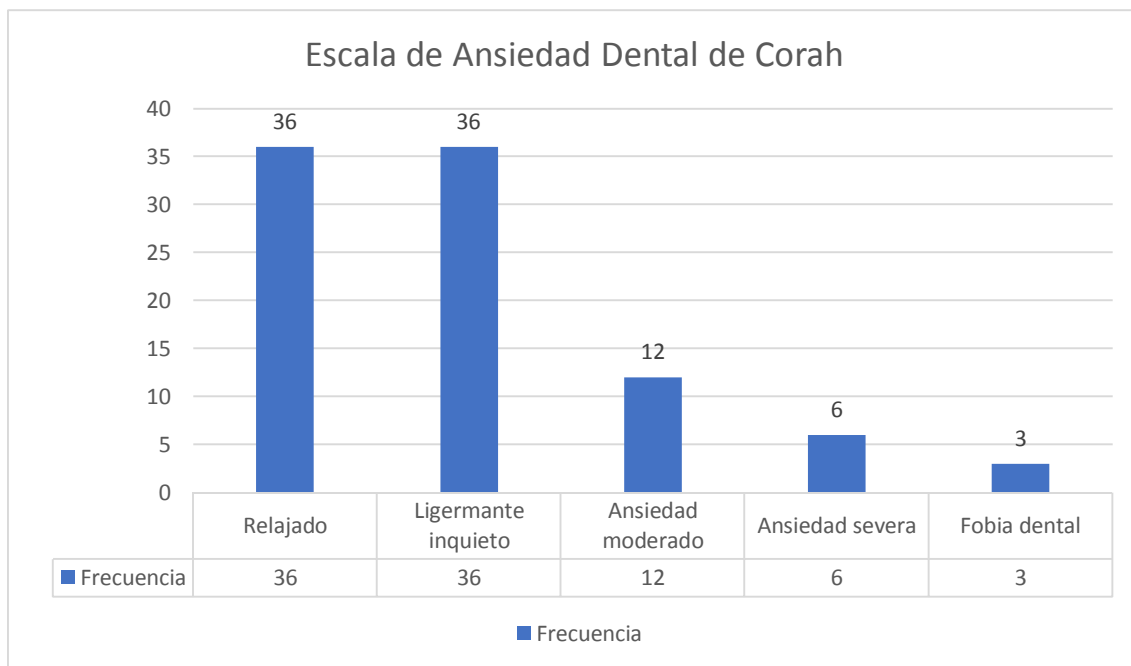
Mientras que las distorsiones de pensamiento con la Escala de Miedos Dentales Kleinknecht los resultados en R de Pearson son de 0.407 mientras que R de Spearman es de 0.420.

Finalmente, la correlación entre las variables dependientes (Escala de Miedos Dentales Kleinknecht y Escala de Ansiedad Dental de Corah) tienen un intervalo en R de Pearson de 0.521 mientras que en R de Spearman la correlación es de 0.510.

Figura 1: Preguntas de la Escala de Ruiz y Lujan respecto de cada distorsión de pensamiento relacionados con los niveles de ansiedad

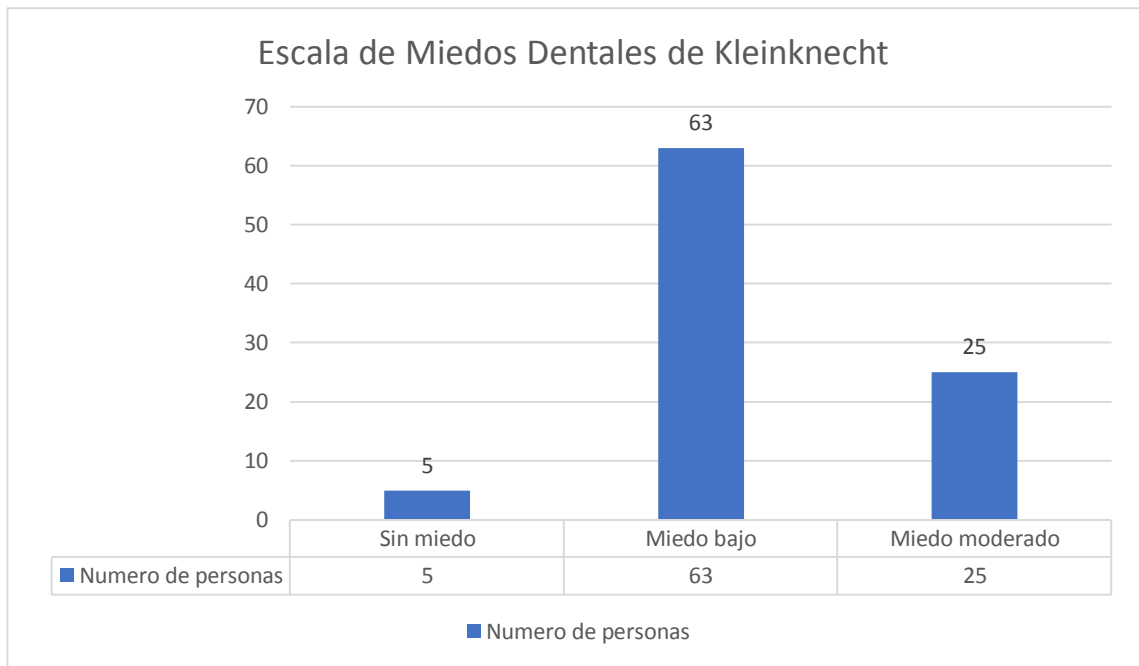


De manera global se observa que respecto a los niveles de pensamientos automáticos y de distorsión de pensamiento, 77 de los 93 participantes que representan el 82.8% presentan un nivel nulo respecto a la frecuencia con la que aparecen las distorsiones de pensamiento en sus vidas en general. Mientras que las 17 personas restantes que es el 17.2% de los encuestados, representan la frecuencia del aparecimiento de las distorsiones de pensamiento refiriendo en algunas veces.

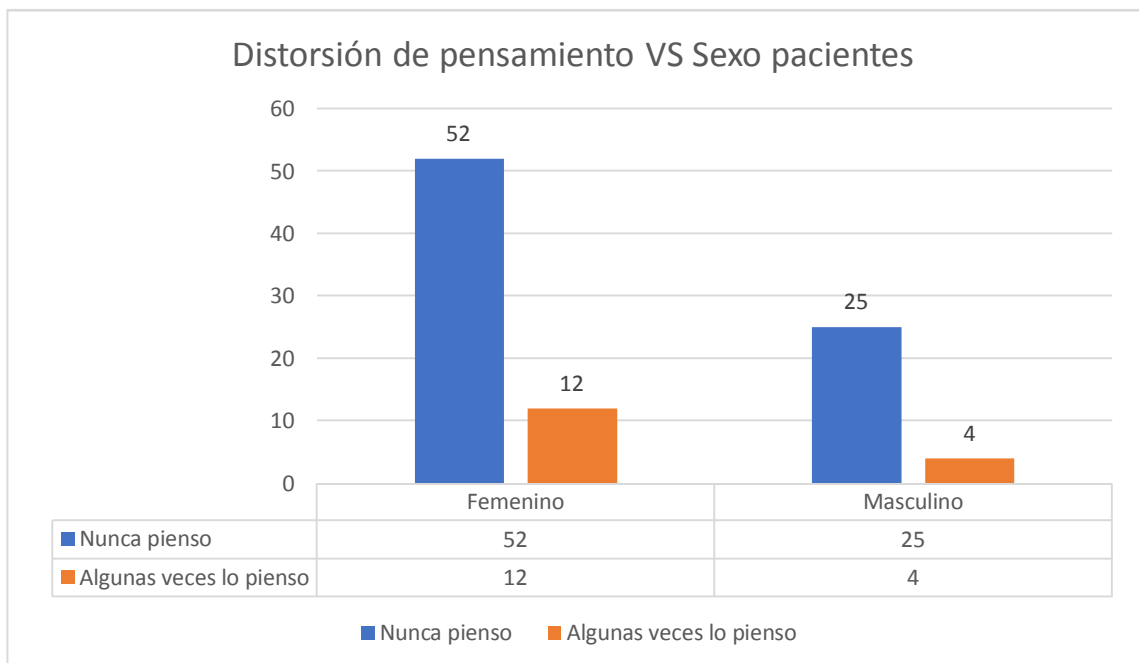


En el gráfico se observa, de manera general, que 36 personas que equivalen al 38.7% de la población se sienten relajados con respecto al tipo de procedimiento al que va a someterse el paciente, así como el tipo de trato que recibe del profesional en la salud dental. Es decir, que la sensación de estar relajado hace referencia a dos criterios que mide la prueba: primero el tipo de procedimiento odontológico como tal que va a recibir el paciente, y el segundo criterio es el tipo de relación, la alianza establecida entre paciente y odontólogo que será la responsable del nivel de ansiedad del paciente.

En orden creciente respecto al apareamiento de la ansiedad el siguiente grupo refiere que el mismo dato coincide con la misma frecuencia y porcentaje refiere a las personas que se encuentran ligeramente inquietas. Mientras que la ansiedad moderada la experimenta 12 personas que equivale al 12.9% de la población. Los valores altos presentan apenas 6 personas con ansiedad severa que equivale al 6.5% de la población. Finalmente, el nivel más alto de fobia dental lo experimentan tres personas que representa el 3.2% de la población evaluada.

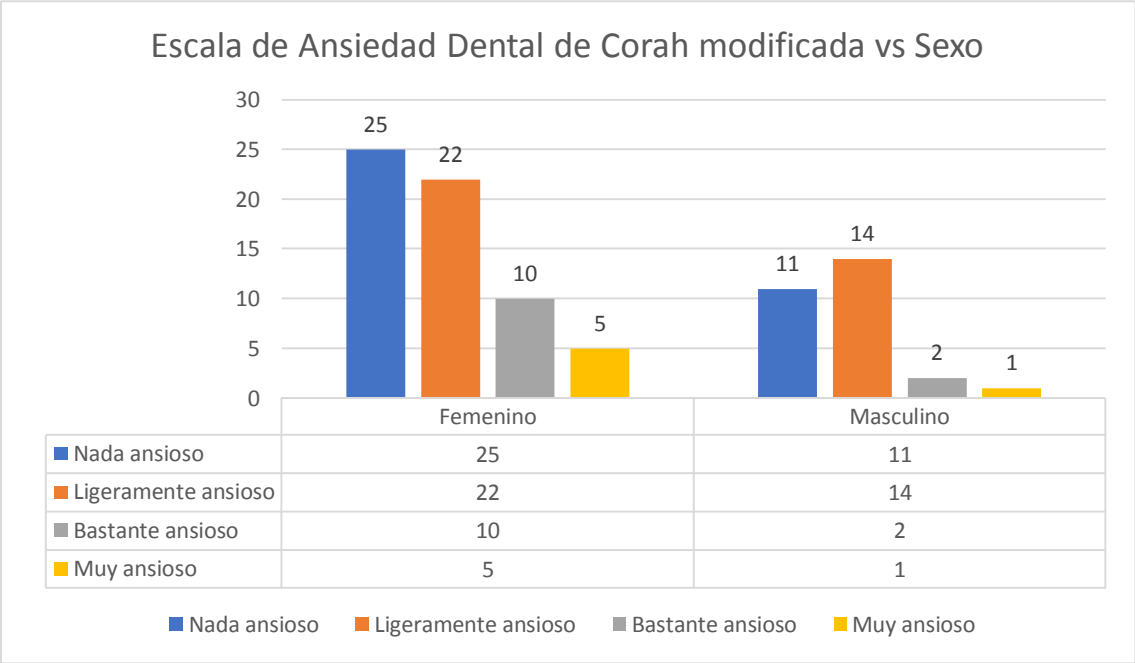


El gráfico muestra de forma general ascendente que en el nivel más bajo, Sin Miedo ,aparecen 5 personas lo que representa el 5.4% , seguido del nivel Medio Bajo lo que representa a 63 participantes con un porcentaje de 67.7%, el tercer nivel Miedo Moderado se representa con 25 personas y equivale a 26.9%.



El gráfico muestra una correlación de datos entre las distorsiones de pensamiento y su frecuencia en función del sexo de los participantes. Los datos

explican que 52 personas mujeres presentan en nivel bajo o nulo de distorsiones de pensamiento (Nunca piensan en eso), mientras que 12 mujeres lo presentan Algunas Veces. Respecto a los hombres 25 no presentan distorsiones de pensamiento y 4 personas Algunas Veces piensan en eso.



El gráfico muestra en la segunda Escala de Ansiedad Dental Corah, datos similares respecto al nivel de ansiedad por sexo, donde las mujeres muestran nuevamente indicadores en el primero , segundo y tercer nivel respectivamente sobre la presencia de ansiedad.

DISCUSIÓN.

Encontramos que la mayoría de la población experimenta de una manera nula o escasa las distorsiones de pensamiento de manera global en sus esquemas mentales de su vida general. Esto se correlaciona con los niveles de ansiedad encontrados en la misma población, lo que certifica que la hipótesis de estudio, es decir, las distorsiones de pensamiento tienen relación directa con los niveles de ansiedad.

A pesar de tener 73 personas con resultado nulos y bajos con respecto a la ansiedad dental, el 28% de la población se reparte con una ansiedad significativa entre un nivel moderado, severo y la fobia dental. Lo que representa de todas formas un porcentaje significativo a nivel global.

Dentro de las entrevistas se detectó que las personas que representan el 30% de la población con ansiedad dental, llegaron al Centro de la Cruz Roja con niveles de ansiedad por prácticas odontológicas antiguas provenientes de otros centros de salud.

Los niveles de ansiedad de la Escala de Miedos Dentales Kleinknecht coinciden con los niveles presentados en la Escala Corah , y los niveles de

pensamientos distorsionados lo que certifica la validez de los datos , así como la correlación de las tres escalas aplicadas .

Es comprensible que los datos puntúen hacia las mujeres ya que la mayor población de estudio fue del sexo femenino, sin embargo estudios en general sobre ansiedad refieren que es la población femenina la que presenta niveles mayores de ansiedad.

El aporte de la Escala Corah es que adicionalmente a la medición de ansiedad reporta casos de fobia, es decir el nivel más alto de ansiedad lo que implica atención particular a nivel psicológico previa atención odontológica.

Bibliografía

Riso, W. (2008). Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Barcelona: Paidós.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.)*. Washington, DC: Author.

Corah NL. (1969) Development of a dental anxiety scale. J Dent Res.

Kleinknecht R, Klepac R, Alexander L. (1973) Origins and characteristics of fear of dentistry. J Am Dent Assoc.

Ruiz y Lujan (1991). Manual de psicoterapia cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/SentirseMejor/sentirse2.htm>

Morales, A. (2012) Tratado de Ansiedad. Psicología de las emociones, motivación y acción. New York: Nova Science Publishers, Inc.

Lago-Mendez, L., Diniz-Freitas, M., Senra-Rivera, C., Seoane-Pesqueira, G., y Gracia- Gracia, A. (2012). Tratado de ansiedad y ansiedad dental. Morales, A. (2012). Tratado de Ansiedad. Psicología de las emociones, motivación y acción. (2012, Nova Science Publishers, Inc., pp.91, 93, 94, 95). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Clark, D.A., (1995) <<Perceived limitation of standard cognitive therapy: A consideration of effort to revise Beck's Theory and therapy>>, en Journal of Cognitive Psychotherapy, № 9, 1995, págs. 153 -172.

Beck, A.T., (1999) <<El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva>>, en I. Caro (comp.), Manual de psicoterapias cognitivas, Barcelona: Paidós.

Leathy, R, L., (1985) <<The costs of developments: Clinical implications>>, en R. L. Leahy (comp.), The development of the self, San DIEGO, Academic Press.

Lang, P.J., (1971) <<The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification>>, en A. E. Bergin y S. I. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, Nueva York: Wiley.

Ingram, R. E., (1986) *Information processing approaches o clinical psychology*, Nueva York, Academics Press.

Burns, D.D., (1996). *Sentirse bien: una nueva fórmula contra las depresiones*, Barcelona: Paidós.